

Editorial

Na fila da frente .....	3
Luís Januário	

Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido .....	5
Mónica Oliva, Manuel Salgado	

Intoxicações agudas na criança. Actualização das medidas gerais .....	13
Fernanda Rodrigues, Luís Lemos	

Transporte do recém-nascido na alta hospitalar .....	21
Micaela Guardiano, Maria Beatriz Guedes, Mário Mateus, Maria José Centeno, Hercília Guimarães	

Transporte de crianças em automóvel. O que fazem os nossos pais .....	25
Alexandra Marujo, Pascoal Moleiro, Dolores Faria	

Evolução do estado vacinal da população infantil num Centro de Saúde urbano: estudo compara- tivo entre os anos de 1986 e 2000 .....	41
Cláudia Gonçalves, Angélica Gouveia	

Factores de risco em desenvolvimento .....	47
Cristina Garrido, José Eduardo Boavida	

Medicamentos prescritos no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico .....	57
Luís Lemos, Fernanda Rodrigues	

Um caso inesquecível Doutor... dói-me o dente .....	61
--	----

Revisões bibliográficas .....	63
-------------------------------	----

Informações .....	65
-------------------	----

Director  
Luís Lemos

Editor  
Luís Januário

Redacção  
Boavida Fernandes  
Fernando Fagundes  
Manuel Salgado

Conselho de leitura  
Os profissionais do  
quadro técnico do  
Hospital Pediátrico

e

Neonatologia  
Conceição Ramos  
Gabriela Mimoso  
Mário Branco  
António Marques

Clínica Geral  
Maria José Hespanha

Dermatologia  
Ana Moreno

Estatística e Métodos  
Pedro Ferreira

Propriedade  
Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado  
Sandra Fonseca  
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000-076 Coimbra  
Fax: 239 484 464  
Tel.: 239 480 335  
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt  
www.asic.pt

Assinaturas 2003  
Anual — € 22,00  
Sócios da ASIC — € 19,50  
Estrangeiro — € 27,00  
PALOPS — € 19,50

Concepção gráfica e paginação electrónica  
RPM-Ideias e Comunicação, Lda  
Rua Antero de Quental, 250  
3000-031 Coimbra  
Tel.: 239 852 940  
Fax: 239 852 949  
E-mail: atelier@rpm.pt

Montagem e impressão  
Litografia Coimbra, SA  
Depósito Legal nº242/82



1. A revista "Saúde Infantil" destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.
4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas.**
6. Preparação dos originais:
- A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito. Poderá também ser enviado para **asic.hp@mail.telepac.pt**.
- B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que o 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, telefone, e-mail e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.

E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).

F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções: a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho). b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica). c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros). d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações supérfuas ou repetir no texto dados dos quadros.

G. Bibliografia (deverá ser mencionada por ordem de entrada no texto). Estilo Vancouver.

Exemplos:

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

*artigo de livro* - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading 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.

H. Quadros e ilustrações:

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

## Na fila da frente

Maria de Lourdes Chieira deixou o seu lugar no Hospital Pediátrico de Coimbra. Foi praticamente tudo o que um pediatra pode desejar: Assistente hospitalar do Hospital Pediátrico de Coimbra na sua fundação (1977); responsável pelo Sector de Imunoalergologia Pediátrica do Hospital Pediátrico desde 1979; membro da direcção do Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos (1985/88); membro do Comité Nacional do European Pediatric Allergy and Clinical Immunology (1983/1990); fundadora e vice-presidente da Secção de Imunoalergologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1985/1990); membro da direcção do Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos (1991/1992) e da direcção da Sociedade Portuguesa de Pediatria desde 1992 — actual Vice-Presidente; fundadora da Associação Portuguesa de Fibrose Quística (APFG) 1998 e coordenadora do Núcleo da Zona Centro; delegada da Sociedade Portuguesa de Pediatria à Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP) (1994/2000). A partir de agora o seu dinamismo sereno reflectir-se-á na S.P.P e naturalmente nas reuniões científicas em que continuará a participar. Foi, depois de António Torrado da Silva e de Henrique Carmo-na da Mota, directora do Hospital Pediátrico, cargo que exerceu de 1992 até Dezembro de 1999. Bateu-se pela independência do Hospital e com persistência pela construção do Novo Hospital. É esta uma boa ocasião para falar brevemente do Hospital que ela deixa.

Espera-se para o final do ano a aprovação do Projecto e o lançamento do concurso de obra do Novo Hospital. Segundo o calendário a que o actual governo se comprometeu — e que tem até agora cumprido com rigor, as obras iniciar-se-ão ainda em 2004. A participação da Câmara da cidade no que diz respeito ao planeamento das acessibilidades também tem decorrido nos prazos adequados.

Preocupante é no entanto a indefinição relativa à direcção do Hospital, à política de recursos humanos, à relação com os Cuidados Primários de Saúde.

Do lugar humilde de observação em que nos encontramos não podemos ter uma ideia de conjunto sobre os reflexos que as medidas introduzidas no S.N.S. estão a produzir. A situação do H.P. é provavelmente peculiar. O Hospital continua integrado num Centro Hospitalar cuja missão foi questionada e com uma crise directiva que não pode ser iludida. O Conselho de Administração do CHC encontra-se em gestão corrente desde a saída da nova lei de gestão hospitalar e sem iniciativa desde, pelo menos, há um ano, altura em que o director clínico do CHC terminou o mandato. O HP foi mantido ao longo de toda a sua história na dependência de serviços centrais bem intencionados mas sem proximidade física, nem conhecimentos, nem vocação, nem sensibilidade pelas questões relativas à saúde das crianças e adolescentes. O facto do director clínico cessante do CHC ter respeitado a autonomia do Hospital, cumprindo o seu programa, não pode apagar o que é para todos uma evidência: só um milagre de malabarismo regulamentar e de bom senso dos responsáveis



poderá manter o HP no seio do CHC, sem destruir o que resta da sua especificidade. E a especificidade do HP é um outro nome para a qualidade. Muito apregoada mas não menos ameaçada, de tal forma que se arrisca a tornar uma memória de tempos idos ou um *slogan* para uso cerimonial.

Por outro lado, o facto de não ter nunca existido uma planificação e coordenação das políticas de saúde a nível local ou regional; dos Cuidados primários e da medicina Familiar passarem pelo momento mais crítico da sua história recente; de não terem sido tomadas medidas de orientação da urgência pediátrica pelo menos semelhantes às que se processaram em grandes centros urbanos; da Comissão Nacional da Mulher e da Criança ter sido desactivada e da Comissão com as mesmas finalidades a funcionar no seio da ARS se manter em estado vegetativo, tudo isto se tem repercutido negativamente no funcionamento do Hospital.

No velho Anfiteatro a equipa médica do HP encontra-se no início do dia de trabalho, às nove horas de 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e sextas e nas tardes de terças e quintas. É quando, todos juntos, falamos dos *nossos doentes* e daquilo que chamamos a nossa ciência. É também o momento em que nos contamos e em que, tantas vezes, com uma palavra, um sorriso, um olhar, ganhamos o alento para continuar. Com a saída de Maria de Lourdes Chieira fica vago mais um lugar da fila da frente. Quase sem se notar, um(a) dos(as) mais novos(as) virá ocupá-lo. Uma nova etapa da vida do Hospital terá lugar. Oxalá eles se reconheçam na história, nem sempre feliz, que nós nem escrevemos.

Luís Januário

# saúde infantil

## Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido

Mónica Oliva<sup>1</sup>, Manuel Saigado<sup>2</sup>

"Vem aí o nosso bebé... que bom! Mas... e agora? Temos tantas dúvidas... o banho, o cordão, o quarto, a posição de dormir... Será que vamos ser capazes?"

### Resumo

Ser Pai, receber um recém-nascido, é enfrentar novos desafios. Talvez por isso muitos considerem úteis todos os "pequenos conselhos" que recebem. Os autores fizeram uma revisão dos conceitos actuais de puericultura a prestar ao recém-nascido no domicílio. São abordados temas como o transporte em segurança no automóvel; o quarto, fazendo ênfase nas recomendações sobre prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL); os cuidados a ter com a pele, incluindo o cordão umbilical, o banho e a aplicação de emolientes. Por fim será equacionado o papel da chupeta.

**Palavras-chave:** recém-nascido, puericultura, transporte, SMSL, pele, chupeta.

### Summary

Taking care of a newborn is a challenge for the parents. Therefore most of them consider useful all the available "tips". The authors revised concepts of neonatal care at home, such as: safe car transportation; the room, emphasizing the prevention of sudden infant death syndrome (SIDS); skincare, including the umbilical cord, the bath and the use of emollients. Finally the role of the pacifier will be discussed.

**Keywords:** newborn, child care, car seat, SIDS, skincare, pacifier.

<sup>1</sup> Interna de Pediatria | <sup>2</sup> Assistente Graduado de Pediatria  
Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

Os pais sofrem de grande ansiedade nos primeiros dias de vida do seu bebé. O nascimento induz um estado de confusão de sentimentos, em que a felicidade caminha de mão dada com o medo de não ser capaz. Tudo é agravado se a informação que receberem for contraditória. Os autores fizeram um trabalho de revisão que engloba os principais cuidados a ter com o recém-nascido (RN) em casa. Informar e esclarecer a família sobre o transporte no automóvel, o quarto, o banho, a roupa e a chupeta, referindo os principais problemas associados a cada tema, foi o objectivo desta revisão.

### Transporte no automóvel

A primeira viagem do RN tem que ser segura e, por isso, este deve sair da maternidade já numa cadeirinha própria.

Segundo a lei portuguesa é obrigatório viajar em dispositivo de retenção até aos 3 anos. A partir dessa idade e até aos 12 anos ou 1,5 metro de altura, está recomendado que as crianças viajem em lugares prioritariamente equipados com um dispositivo de retenção, aprovado para o seu tamanho e peso. Caso este não exista, as crianças terão de usar o cinto de segurança (1).

Todos os modelos de cadeiras vendidos no nosso país foram homologados a nível comunitário – presença da "Etiqueta E". Existem dois grupos de cadeirinhas que podem ser usadas desde o nascimento, as do grupo 0 e 0+, respectivamente até 10 kg (dos 0 aos 9 meses) e até 13 kg (dos 0 aos 18 meses). Estas são muitas vezes denominadas de assento invertido pois devem ser sempre instaladas no sentido inverso ao da marcha do veículo. Não devem ser colocadas no banco da frente se houver "airbag" pois, em caso de acidente, este constitui um perigo real de morte (1,2). O segundo grupo é designado por 0/I e 0+/I. Estas cadeirinhas destinadas até aos 18 kg (dos 0 meses aos 4 anos) podem ser instaladas, preferencialmente até aos 18 meses, com as costas viradas para a frente do automóvel (no banco da frente ou no banco de trás) e, posteriormente, colocadas de frente como os outros assentos (só no banco de trás).

Existem, ainda, alcofas rígidas aprovadas (etiqueta E) que podem ser uma boa solução para prematuros, já que o RN de termo normal só cabe nela até cerca dos 3-4 meses. A cabeça do bebé deve ficar sempre virada para o interior do automóvel (1).

Antes de efectuar a compra, os pais devem experimentar a cadeira no próprio carro, verificando se é de fácil instalação, se se adapta ao modelo do veículo, nomeadamente se o comprimento dos cintos de segurança é suficiente para a prender de acordo com as instruções. Sistemas complicados podem desencorajar o seu uso sistemático.

Um dispositivo só é eficaz se for utilizado correctamente, de acordo com as instruções de montagem. As regras gerais de utilização das cadeirinhas de assento invertido são referidas no Quadro 1:

**Quadro 1:** Regras gerais de utilização de cadeirinhas de assento invertido.

- nunca colocar num lugar equipado com "airbag"
- até aos 18 meses, montar sempre no sentido inverso ao da marcha (i.e. com as costas viradas para a frente do automóvel) mesmo no banco de trás
- apertar sempre os cintos interiores e ajustá-los diariamente por forma a não ficarem folgados nem torcidos (folga ideal de um dedo)
- prender sempre a cadeira correctamente com o cinto de segurança do automóvel

A cadeira deve ser utilizada em todas as viagens, independentemente da distância a percorrer. Todos os passageiros devem usar cinto, pois em caso de acidente o seu peso pode "esmagar" o bebé. Não devem existir objectos soltos dentro do carro, que na eventualidade de uma travagem ou acidente se transformem em projecteis (1,3).

**Quarto e prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente**

Falar com os pais sobre o quarto é prevenir a SMSL. Nos países desenvolvidos esta é a primeira causa de morte entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida. A sua incidência é rara até ao primeiro mês, a partir daí aumenta atingindo um pico entre o segundo e quarto mês para depois diminuir (4,5,6).

A etiologia e patofisiologia continuam por esclarecer (5). Os factores de risco mais frequentemente identificados são enumerados no Quadro 2:

**Quadro 2:** Factores de risco da SMSL.

- dormir em decúbito ventral ou lateral
- uso de superfícies moles para dormir (almofada, colchão mole, edredão...)
- exposição pré e pós-natal ao tabaco
- aquecimento excessivo
- vigilância pré-natal insuficiente ou ausente
- idade materna jovem
- prematuridade e/ou baixo peso de nascimento

O decúbito ventral é o principal factor de risco modificável. Campanhas de sensibilização nos EUA, nos anos 90, conseguiram reduzir de 70% para 20% o total de lactentes colocados a dormir em decúbito ventral, com uma concomitante diminuição de 40% na incidência de SMSL (4,5,7).



A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que o lactente saudável seja colocado a dormir em decúbito dorsal visto esta ser a posição que confere menor risco. O decúbito lateral embora mais seguro que o decúbito ventral, tem um risco superior ao decúbito dorsal (4,6,7). Para a prevenção da SMSL a AAP faz as recomendações que constam do Quadro 3:

**Quadro 3:** Recomendações para a prevenção da SMSL.

- Dormir em decúbito dorsal
- Evitar exposição tabágica pré e pós-natal
- Não adormecer o bebé em superfícies moles (colchão mole, sofás, cama de adultos, etc.)
- Manter a cabeça do lactente sempre destapada
- Não usar almofadas, alcofas, edredões, brinquedos ou peças de roupa que possam cobrir o lactente
- Dormir com os pés a tocar o fundo da cama (dispor a roupa da cama de forma a não cobrir a cabeça)
- A roupa da cama deve ficar ao nível do tronco e presa debaixo do colchão
- Manter a temperatura do quarto entre 18 e 21°C
- Evitar o aquecimento excessivo, usando o mesmo número e tipo de peças de agasalho que o adulto
- Não dormir no meio dos pais

A temperatura ideal do quarto será entre 18 e 21°C de forma a evitar o aquecimento excessivo mas também a hipotermia que é frequente nos ex-prematuros logo que chegam a casa após a alta das maternidades (8). A avaliação da temperatura do bebé poderá realizar-se colocando o dorso da mão do observador na nuca ou no abdómen do bebé e em caso de dúvida com o termómetro.

A adopção sistemática do decúbito dorsal fez-se inicialmente acompanhar de alguns receios — aumento do risco de aspiração, vómito, ALTE — que não vieram a confirmar-se (7). Contudo, é sabido que esta medida se associou a um aumento de 5 vezes na incidência da plagiocefalia posicional (deformidade posicional da cabeça, geralmente à direita, na qual existe um achatamento occipital, um afastamento do pavilhão auricular homolateral, na observação de topo, e uma eventual assimetria facial correspondente) (9). Trata-se de uma situação benigna, com evolução espontânea favorável e que pode ser evitada ou minimizada alternando a posição da cabeça, sempre em decúbito dorsal, durante o sono. Tendo em conta que o bebé se irá voltar para o lado com maior estimulação exterior (habitualmente vira-se para a mãe), basta, muitas vezes, alternar a posição da cama ou do bebé. Não está aconselhado o uso de dispositivos para manter a cabeça em determinada posição (7).



Quando acordado, sob vigilância, o bebê deve ser colocado, por períodos, em decúbito ventral (4,7,9). Esta medida permite também prevenir um ligeiro atraso das aquisições motoras que parece ocorrer nos lactentes que dormem em decúbito dorsal. Contudo, esta diferença deixa de existir por volta dos dezoito meses (4).

Deve-se, ainda, evitar a permanência prolongada na cadeira de transporte no automóvel ou na cadeira de balouço pois, como o pequeno lactente não consegue manter a cabeça na linha média irá desenvolver rapidamente uma preferência occipital (9).

## Banho

O banho diário é mais um ritual de prazer do que uma necessidade (10). A temperatura ambiente deve ser superior a 22°C e a da água deve rondar os 36°C. Esta, idealmente, deve ser testada com meios precisos (termómetro) (11).

Para o lactente de termo, o banho de imersão, três vezes por semana, pode ter um efeito calmante através da estimulação táctil, além de hidratar a pele (12).

Tendo em conta que a secreção sebácea do RN é baixa, a aplicação de sabão/sabonete é habitualmente desnecessária e pode ser nociva. Ao alterar o pH da pele, o seu uso pode favorecer a colonização bacteriana; além disso, contêm substâncias potencialmente irritativas que poderão ser prejudiciais (12).

Nas primeiras semanas de vida dever-se-ia usar no banho só água, tépida, principalmente nos prematuros ou recém-nascidos com compromisso da função barreira da pele (12). O sabão/sabonete quando utilizado deve ser suave, ter um pH neutro, não conter aditivos e o seu uso ser limitado às áreas mais sujas. Deve-se evitar esfregar a pele e enxaguar bem para remover todo o produto (12).

Teoricamente, os produtos para bebê, ditos sem aditivos, seriam preferíveis. No entanto não existem estudos comparativos que avaliem a segurança dos mesmos, pelo que, na prática, oferecem poucas vantagens provadas relativamente a um qualquer sabonete de pH neutro, sem perfume (10,11,12).

Ainda é frequente ser dada a recomendação da "ginástica" da retracção do prepúcio durante o banho de forma a "prevenir" a futura cirurgia. Contudo, se 96% dos RN têm fimose fisiológica, esta resolve-se de forma espontânea e progressiva em mais de 95% dos casos até aos 7 anos de idade: mantêm fimose ao ano de idade só 50%, aos 2 anos só 20%, aos 3 anos só 10% e aos 7 anos menos de 5% (13). A "ginástica prepucial" na hora do banho está contra-indicada já que manipulações repetidas e intempestivas podem provocar fissuras do anel prepucial com posterior fibrose e consequentemente, fimose secundária, agora patológica (13).

## Cordão umbilical

Relativamente aos cuidados a ter com o cordão umbilical recomenda-se que este seja mantido limpo e seco, pelo que hoje se defende que não deve ser coberto com a fralda ou faixa. Não devem ser aplicados emolientes.

Continua por esclarecer qual o método mais eficaz e seguro para assepsia do cordão (12). Se por um lado um artigo de 2000 (12) e um tratado de dermatologia neonatal de 2001 (11) refiram que a aplicação de anti-sépticos permite controlar a colonização bacteriana do coto, embora atrase a sua queda, a revisão sistemática da base de dados de Cochrane

sobre o assunto, conclui que manter o cordão limpo parece tão eficaz e seguro quanto a utilização de antibióticos ou anti-sépticos (14). Um estudo publicado em 2002 refere que a aplicação de álcool a 70% uma vez por dia parece ser segura e eficaz na promoção da queda do cordão (15) mas, já em 2003, foi publicado um estudo segundo o qual poderá optar-se pela ausência de tratamento bactericida local, sendo suficiente uma higiene adequada, desde que acompanhada de uma vigilância apertada (16).

### **Cuidados com a pele**

Uma hidratação adequada dos queratinócitos é essencial para a manutenção das funções da pele, para otimizar o efeito barreira contra agressões externas e para manter o equilíbrio térmico e hidroelectrolítico (11,12). Comparativamente com a pele da criança mais velha e do adulto, a epiderme do RN é mais seca e tem menor capacidade em reter água, pelo que a sua hidratação é essencial.

Os emolientes são substâncias que amaciam a pele por manterem a epiderme hidratada; ao intercalarem-se nos interstícios desta, funcionam como uma barreira mecânica à perda de água. Recomenda-se o seu uso, especialmente nos prematuros e em todos os recém-nascidos com pele seca ou com fissuras (12).

Dentro deste tipo de produtos podemos considerar dois grandes grupos: as pomadas e o grupo dos óleos, cremes e loções. As pomadas (ex. vaselina) são mais eficazes em termos de oclusão mas menos agradáveis ao tacto. Os cremes e loções embora se espalhem melhor, são menos eficazes como barreira e normalmente têm ingredientes que podem ser potencialmente irritantes, sensibilizantes ou tóxicos (10,11).

A eficácia de qualquer emoliente aumenta se aplicado imediatamente após o banho, com a pele ainda húmida (10). A adição de óleos à água do banho não é eficaz como hidratante, para além de tornar a banheira e o bebé escorregadios (10).

No RN devem ser usados com precaução produtos que contenham propilenoglicol, glicerina, lactato de amónio, alcatrão mineral e triclosan (11).

### **Cuidados na zona da fralda**

Vários estudos concluíram que as fraldas superabsorventes são superiores às fraldas de pano na prevenção da dermatite da fralda, provavelmente devido à sua elevada capacidade em absorver e reter líquidos (11).

A aplicação de produtos para a zona da fralda está amplamente difundida, embora a sua escolha dependa essencialmente do *marketing*.

Um estudo limitado, comparou quatro marcas de toalhetes tendo chegado à conclusão que o pH da pele varia com o do toalhete, embora não tivesse havido diferença na integridade cutânea (11).

Em lactentes com pele normal, não é necessário aplicar, por rotina, produtos tópicos para prevenir a dermatite da fralda (10). Alguns destes produtos não são isentos de riscos: os aditivos podem causar sensibilização de contacto e/ou irritação local em crianças susceptíveis e a aplicação vigorosa de pós (ex. pó de talco) pode causar pneumonite irritativa por aspiração (10).

Em caso de dermatite irritativa da fralda está indicada a aplicação de uma pomada/pasta de óxido de zinco ou vaselina (10,11,12). Mas em toda a dermatite da fralda que se arrasta dever-se-á considerar a sobre-infecção por *Candida albicans* com necessidade de tratamento antifúngico.

### Roupa

A roupa do bebé deve ser confortável. O algodão e outras fibras naturais são geralmente bem toleradas quando em contacto com a pele.

Na limpeza da roupa do lactente está contra-indicado o uso de detergentes que contenham pentaclorofenol ou hipoclorito de sódio.

A quantidade de roupa a usar é, geralmente, o principal problema. Embora o número total de glândulas sebáceas esteja presente ao nascimento, a sua capacidade de produzir suor em resposta a um estímulo está diminuída nos primeiros dois anos de vida. O sobre-agasalhamento e a presença em ambientes quentes pode ser responsável por hipertermia no RN e contribuir para o aparecimento de miliaria (10). Regra geral o lactente deve ser vestido com mais ou menos o mesmo número de peças que o adulto mais "frio" está a usar.

### Chupeta

A introdução da chupeta nos "hábitos" do RN não é isenta de riscos. Se por um lado alguns estudos referem uma menor incidência da SMSL com o uso da chupeta, esta associação não é necessariamente de causalidade estando, ainda, por provar essa relação (4). Por outro lado o seu uso tem sido associado ao aumento da incidência de otite média aguda, de patologia dentária e de candidíase oral (favorecendo a sua recorrência) (17).

O efeito negativo do uso da chupeta no aleitamento materno tem sido referido por vários autores. Foi recentemente publicado o primeiro ensaio clínico aleatório que demonstra que a introdução precoce da chupeta diminui não só a probabilidade do RN estar sob leite materno exclusivo no primeiro mês de vida mas também a duração total do aleitamento. Às famílias que queiram introduzir a chupeta os autores recomendam que o façam após o período neonatal (18).

A chupeta em si não deverá ser a única responsável pela menor prevalência do aleitamento materno, mas sim os comportamentos que estão subjacentes à sua oferta ao RN. Nos primeiros meses de vida e, em especial no primeiro mês, fisiologicamente os lactentes fazem mamadas muito frequentes e curtas. Ao contrário de toda a fisiologia animal, a "normalização horária" da sociedade tem sido estendida ao RN, com a imposição horária tanto na duração das mamadas como nos espaçamento das mesmas e na consequente recusa das mamadas a pedido. Para compensar a natural apetência do bebé a procurar a mama, a sociedade tenta contrariar este comportamento substituindo a mama por um objecto cuja utilidade fica melhor caracterizado pelo nome utilizado pelos americanos: *pacifier*. O resultado desta atitude será um menor estímulo e consequentemente menor produção de leite pela mãe. Ficam assim criadas, infelizmente, as condições para a fácil aceitação, pelo lactente, dum objecto semelhante à chupeta — a tetina — e a consequente redução da prevalência do aleitamento materno.

Por último, uma chamada de atenção para o potencial risco de diminuição de interacção social: "... o bebé com a chupeta fica voltado para dentro, sem interacção, alheio ao meio. Dorme mais (demais?)..." "Encaremos a chupeta como uma arma terapêutica... a ser utilizada quando a dor ou o incómodo parecem ser mais perturbadores ou desorganizadores da aprendizagem do bebé..." (19).

## Conclusão

À luz dos conhecimentos actuais e tendo em mente o valor da uniformidade de critérios, estas parecem ser as recomendações que deveríamos prestar diariamente. Contudo, o conhecimento evolui... e a verdade de hoje não é obrigatoriamente a de amanhã...

## Bibliografia

1. Cordeiro M, Menezes H C. ABC da Segurança – vol III Edição Pais & Filhos.
2. Cadeiras de criança para carro. Proteste 237 Junho 2003.
3. APSI. Folheto Transporte os seus filhos em segurança no automóvel. Dez 2001.
4. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics* 2000; 105: 650-6.
5. Daley KC. Updates on sudden infant death syndrome. *Cur Opin Pediatr* 2003;15(2) :222-5.
6. Nagler J. Sudden infant death syndrome. *Current Opinion in Pediatrics* 2002, 14(2): 247-250.
7. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS: Update. 2003.
8. Salgado M, Nogueira S, Santos A. Um caso inesquecível: Três faltas: de calor, senso e informação. E alguma sorte. *Saúde Infantil* 2001;23(3): 71-3.
9. Biggs W S. Diagnosis and Management of Posicional Head Deformity. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1953-6.
10. Siegfried E. Principles of treatment. In: Schachner L A, Hansen R C. *Pediatric Dermatology*. 2nd Ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 165-216.
11. Siegfried E C. Neonatal Skincare and Toxicology. In: Eichenfield L F, Frieden I J, Esterly N B. *Textbook of Neonatal Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders, 2001: 62-72.
12. Darmstadt G L, Dimulos J G. Neonatal Skincare. *Pediat Clin North Amer* 2000; 47(4): 757-82.
13. Duarte C, Salgado M. Fimose – uma actualização. *Saúde Infantil* 2000; 22(3): 73-5.
14. Zupan J, Garner P. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev*.2000; (2) : CD001057.
15. Golombok S G, Brill P E, Salice A L. Randomized trial of alcohol versus triple dye for umbilical cord care. *Clin Pediatr (Phila)* 2002; 41 (6): 419-23.
16. Janssen P A, Selwood B L, Dobson S R, et al. To dye or Not to Dye: A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care. *Pediatrics* 2003;111(1): 15-20.
17. Aliboni V G, Alfir J D, Pastrana S C. Uso del chupete: hallazgos preliminares. *Arch Argent Pediatr*.2002; 100(2): 114-9.
18. Howard C R, Howard F M, Lamphear B P, et al. Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3): 511-8.
19. Januário L. A mãe, o pai, os avós, os padrinhos e o bebé deles – à volta da primeira consulta do recém-nascido. *Saúde Infantil* 1997; 19(3): 63-73.



### Resumo

As intoxicações agudas exógenas constituem uma percentagem importante dos atendimentos nos serviços de urgência, constituindo as crianças o grupo etário em que ocorrem com maior frequência. Entre nós, os medicamentos são as substâncias mais frequentemente implicadas e dentro destas as benzodiazepinas ocupam o primeiro lugar.

Nos últimos anos muitas das práticas estabelecidas, nomeadamente na prevenção da absorção, passaram a ser questionadas e algumas mesmo abandonadas ou reservadas para situações particulares. A administração de carvão activado será a única intervenção para a maioria das intoxicações em crianças e, sempre que possível, deverá ser administrado na 1ª hora após ingestão de tóxico.

**Palavras-chave:** intoxicações agudas, medidas gerais.

### Summary

Acute exogenous poisoning accounts for an important number of emergency attendances, the majority of which among children. Among us, the most commonly involved agents are drugs, with benzodiazepines in the first place.

Over the last years some well-established interventions, in particular those preventing absorption, have been either abandoned or their use questioned. Activated charcoal could be the sole intervention for the majority of childhood poisoning and, when possible, should be given during the first hour after poison ingestion.

**Keywords:** acute poisoning, general management.

<sup>1</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria | <sup>2</sup> Chefe de Serviço de Pediatria  
Serviço de Urgência - Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

As intoxicações agudas são situações relativamente frequentes nos Serviços de Urgência dos Hospitais Pediátricos ou Serviços de Pediatria, predominando as intoxicações involuntárias/acidentais em idade pré escolar (1-5). As substâncias mais frequentemente envolvidas foram variando ao longo dos últimos anos mas, com os medicamentos a ocupar sempre o primeiro lugar. No período de 1998-2001, no Hospital Pediátrico de Coimbra, as intoxicações foram maioritariamente devidas a benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, anti-inflamatórios não esteroides e paracetamol e anti-histaminicos (comunicação pessoal), à semelhança do referido noutras séries nacionais (5).

Um número significativo de casos de intoxicações agudas é atendido inicialmente nas estruturas de saúde locais. As medidas aí definidas e instituídas bem como as previstas para o transporte, podem ser cruciais. Informação escrita com a história clínica e medidas já tomadas deverá sempre acompanhar o doente enviado ao hospital.

Ao longo dos últimos anos assistiu-se a uma modificação de atitudes nas medidas gerais, nomeadamente relativamente à prevenção da absorção do tóxico (3,4,6).

## Medidas gerais

### 1. Identificação do tóxico

O nome do tóxico, composição, quantidade ingerida, peso da criança e hora do contacto devem ser identificados sempre que possível. Sendo a quantidade muitas vezes difícil de avaliar, deverá ter-se em conta a quantidade máxima que poderá ter sido ingerida, vendo o que ainda resta. Numa percentagem de casos não é possível identificar o tóxico em causa e nas crianças mais velhas/adolescentes a história de ingestão muitas vezes não é confirmada, sendo necessário grande índice de suspeição (1). É importante questionar sobre todas as substâncias que possam ter estado ao alcance da criança. Um exame físico cuidadoso poderá orientar-nos para possíveis grupos de substâncias que se associam a quadros clínicos característicos. Algumas intoxicações podem também dar origem a sinais e sintomas que simulam outras doenças atrasando o diagnóstico e consequente actuação.

### 2. Medidas de suporte

As medidas iniciais serão sempre assegurar a via aérea, respiração e circulação. A depressão do sistema nervoso central é frequente com alguns tóxicos, podendo levar a compromisso da via aérea, falência respiratória ou aspição (1).

Os vômitos e diarreia podem causar desidratação e choque hipovolémico, sendo necessário corrigi-lo. Pode também surgir hipotensão, acidose metabólica, hipoglicémia, convulsões, devendo ser em cada caso tratadas.

### 3. Prevenção da absorção

Em seguida deverá ser feita a prevenção da absorção. Medidas frequentemente usadas no passado, tais como a indução do vômito com xarope de ipeca e a lavagem gástrica, têm actualmente um papel muito limitado. As American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists, American Board of Applied

Toxicology e Canadian Association of Poison Control Centers publicaram recentemente orientações gerais, baseadas em extensa revisão da literatura (7-11).

A indução do vômito e lavagem gástrica estão contra-indicadas se a substância em causa é um cáustico ou hidrocarbonetos voláteis (1) e a protecção da via aérea é fundamental se esta última manobra vai ser efectuada em crianças com alteração do estado de consciência. Também na administração de carvão activado terá que haver precauções se existir um estado de consciência alterado pelo risco de aspiração ou se houver diminuição da motilidade intestinal pelo risco de obstrução (12).

### **Xarope de Ipeca (XI)**

Muito utilizado no passado o seu papel actual é muito limitado (6,12)

Em estudos animais e clínicos a quantidade de tóxico removida era muito variável diminuindo com o tempo, sendo os dados insuficientes para defender o benefício da sua administração imediatamente após ingestão do tóxico (6,7,12). Poderá também atrasar a administração de carvão activado ou diminuir a sua eficácia pelo vômito, ou ainda atrasar a administração de antídotos (7,12).

Não deve assim ser usado por rotina podendo, no entanto, ser ponderada a sua utilização se for possível a administração menos de 60 minutos após ingestão do tóxico (7), para as substâncias não adsorvidas pelo carvão (12), quando está contra-indicada a lavagem gástrica (12) ou ainda se estão presentes resíduos alimentares ou a substância em causa é sob a forma de comprimido, tornando pouco eficaz a lavagem gástrica com as sondas de pequenas dimensões, utilizadas em crianças.

Poderá também haver algum papel para a sua administração em casa imediatamente após ingestão do tóxico (6), mas conduz ao risco da sua inadequada utilização, nomeadamente após contacto com substâncias para as quais está contra-indicado ou ingeridas em quantidades não tóxicas.

A dose a administrar é:

- 6-12 meses: 5-10 ml, seguido de 120-240 ml de água
- 1-12 anos: 15 ml, seguido de 120-240 ml de água
- > 12 anos: 15-30 ml, seguido de 240 ml de água

Se não ocorrer vômito, a mesma dose poderá ser repetida 20 a 30 minutos depois.

### **Lavagem gástrica (LG)**

Também muito utilizada no passado, actualmente o seu papel é limitado (3), não devendo ser usada por rotina nas intoxicações (8) e devendo sempre ser pesado o risco/benefício da sua utilização (12). O seu valor é muito duvidoso se efectuada mais de 60 minutos após contacto com o tóxico (12).

Em estudos animais e com voluntários a quantidade de tóxico removida era muito variável e diminuía com o tempo (8). Nos estudos clínicos não há evidência de benefício com a sua utilização e pode aumentar a morbilidade (8). Pode ser traumática e a eficácia é ainda mais limitada se estão presentes resíduos alimentares ou se a substância em causa é sob a forma de comprimido, pelos motivos atrás referidos.

Pode ser ponderada a sua utilização se for possível efectua-la menos de 60 minutos após ingestão do tóxico (8), se este for líquido e se for provável que não existam alimentos no estômago.

### **Carvão activado (CA)**

O CA adsorve várias substâncias, sendo excepções as substâncias da tabela 1 (4).

Estudos em animais e voluntários mostraram que a quantidade removida diminui com o tempo e o maior benefício ocorre quando administrado na primeira hora após ingestão do tóxico (10). É seguro e tanto mais eficaz quanto mais precocemente administrado (12). É ainda eficaz quando administrado depois de 60 minutos após ingestão de alguns fármacos tais como substâncias de libertação lenta, anticolinérgicos e substâncias com circulação entero-hepática (4,12). Doses múltiplas estão indicadas nos casos de intoxicação por carbamazepina, barbitúricos, dapsona, quinino, teofilina e outras drogas de libertação prolongada (estudos experimentais e clínicos), salicilatos e *Amanita phalloides* (pouca evidência), digoxina, fenilbutazona, fenitoina, piroxicam (estudos em voluntários) (1,11).

Tem-se assistido a uma importância crescente da sua utilização pré-hospitalar, considerando-se que esta poderá ser uma das terapêuticas do futuro (4).

É eficaz sem LG prévia (4).

Uma preocupação tem sido o sabor, dificultando a sua administração pela boca. Vários autores referem no entanto boa aceitação quando misturado com sumos de fruta (4), confirmado na nossa experiência mais recente

Administrado pela boca ou por sonda naso-gástrica vai ligar-se ao tóxico reduzindo a sua absorção. A dose a administrar é de 1g/kg (4), até dose máxima de 100g no adolescente e adulto (10). A administração de dose única não tem sido associada a obstipação (10). Se houver indicação para doses repetidas, dar a cada 4 horas (3).

Está em estudo a utilização do super CA com maior superfície de adsorção (4). Em resumo, esta será a única intervenção para a maioria das intoxicações em crianças e, sempre que possível, deverá ser administrado na 1ª hora após ingestão de tóxico adsorvido pelo CA, em dose única excepto em caso de substâncias em que está provada eficácia de doses múltiplas.

### **Catárticos**

Não há evidência de benefício com a sua utilização isoladamente ou em associação com o CA (9), sendo conhecidos possíveis efeitos secundários (náuseas, vômitos, dor abdominal, hipernatrémia, hipermagnesiémia). Se for decidida a sua administração, deverá der dada dose única, após o CA. O uso concomitante de catárticos com doses múltiplas de CA, não está recomendado (11).

### **4. Aumento da excreção**

As técnicas de eliminação activa (irrigação intestinal total, diálise, hemoperfusão, hemofiltração, acidificação/alcalinização urinária) têm um papel limitado, estando reservadas para meio hospitalar nas situações em que exposições prolongadas a altas concentrações de



tóxico são potencialmente graves tais como nos casos de instabilidade hemodinâmica, convulsões não controláveis, falência de órgão (1).

### 5. Investigação laboratorial

Podem ser efectuados doseamentos de vários fármacos no sangue e urina mas uma história clínica bem feita pode em muitos casos dispensá-los. Alguns destes doseamentos são caros e nem sempre é possível obter resultados imediatos.

### 6. Critérios de internamento

A decisão de internar deverá ter em conta vários factores tais como sinais e sintomas presentes, tóxico em causa, dose, tempo após ingestão e as circunstâncias envolventes (deliberado, negligência, abuso, história familiar, grau de confiança da família).

Todas as crianças sintomáticas deverão ficar internadas. Se assintomáticas, um curto período de observação poderá ser suficiente, tendo no entanto sempre em conta o tempo previsível para o aparecimento dos sintomas, tardio para alguns fármacos (1) incluindo o ácido acetil-salicílico, ferro, paracetamol, antidepressivos tricíclicos e paraquat, bem como substâncias de libertação prolongada (12).

### 7. Monitorização

Deverá ser feita de acordo com a substância em causa e poderá incluir monitorização das funções hepática, renal, glicémia, entre outras.

### 8. Antídotos específicos

Várias substâncias têm antídotos específicos (tabela 2), que deverão ser administrados após identificação do tóxico em causa.

**Tabela 1.** Substâncias não adsorvidas pelo carvão activado:

Álcool
Hidrocarbonetos
Óleos voláteis
Lixívia
Ferro
Lítio

**Tabela 2.** Antídotos específicos.

<b>Tóxico</b>	<b>Antídoto</b>
Benzodiazepinas	Flumazenil
$\beta$ -bloqueantes	Adrenalina, glucagon
Ferro	Desferrioxamina
Isoniazida	Piridoxina; bicarbonato sódio
Meta-hemoglobinémia	Azul de metileno
Metaclopramida	Prociclidina
Monóxido de carbono	Oxigénio
Opiáceos	Naloxona
Organofosforados	Atropina, pralidoxima
Paracetamol	N-acetilcisteína
Tiroxina	Propanolol

## Bibliografia

1. Riordan M, Rylance G, Berry K. Poisoning in children 1: general management. Arch Dis Child 2002;87:392-96.
2. Baptista C, Simões F, Faria C. Intoxicações – casuística de 3 anos. Saúde Infant 1999;6:45-52.
3. Jones A, Volans G. Management of self poisoning. BMJ 1999;19:1414-7.
4. Burns MM. Activated charcoal as the sole intervention for treatment after childhood poisoning. Current Opinion in Pediatrics 2000;12:166-171.
5. Teixeira A, Correia M, Rodrigues G, Sequeira J. Novas preocupações e atitudes nas intoxicações agudas pediátricas. Acta Pediatr. Port. 2002;33:433-9.
6. Quang Lawrence, Woolf AD. Past, present and future of ipeca syrup. Current Opinion in Pediatrics 2000;12:153-162.
7. Krenzelok EP, McGuigan M, Lheur P. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Statement: Ipeca Syrup. J Toxicol Clin Toxicol 1997;35:699-709.
8. Vale JA. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Statement: Gastric Lavage. J Toxicol Clin Toxicol 1997;35:711-719.
9. Barcelaux D, McGuigan M, Hartigan-Go K. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Statement: Cathartics. J Toxicol Clin Toxicol 1997;35:743-752.
10. Chyka PA, Seger D. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Statement: Single-Dose Activated Charcoal. J Toxicol Clin Toxicol 1997;35:721-741.
11. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position Statement and practice guidelines on the use of multi-dose activated charcoal in the treatment of acute poisoning. J Toxicol Clin Toxicol 1999;37:731-751.
12. British National Formulary. Emergency treatment of poisoning. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britan, 2002.

Correspondência: Fernanda Rodrigues | Serviço de Urgência | Hospital Pediátrico de Coimbra  
 Av. Bissaya Barreto | 3000 Coimbra  
 e-mail: urgência@hpc.chc.min-saude.pt

## O estranho, muito estranho, caso do Maxilase® (e familiares)

É um fármaco incluído no grupo dos ditos "anti-inflamatórios enzimáticos", lançado no mercado — há que reconhecê-lo, pelos vistos com êxito! — nos anos 70.

É um mistério a sua ainda hoje larga prescrição no sector extra-hospitalar (e no hospitalar?!). As objecções que se lhe levantam não têm que ver com a respectiva idade! A aspirina é bem mais velhinha e continua firme! É que aparentemente nada, mas mesmo nada, do ponto de vista científico, sustenta esta molécula que dá pelo nome comercial de Maxilase.

Frequentemente sabemos de mais uma situação clínica em que este fármaco foi prescrito. A este respeito, a nossa reconhecidamente modesta listagem actual, foi obtida através de informações verbais prestadas por pediatras atentos, familiares de crianças e por cartas que acompanham os doentes ao nosso Serviço de Urgência e inclui (ver tabela):

Maxilase®, exemplos de utilizações correntes:

- Pneumonias
- Tosse
- Asma (crises aguda), Bronquiolites
- Estomatite herpética
- Otitis médias agudas
- Amigdalites
- Traumatologia

Tentando rever o que dizem sobre este produto fontes bibliográficas recentes e de prestígio inquestionável na área da farmacologia, obtivemos alguns dados significativos.

Em dois dos livros, no capítulo sobre anti-inflamatórios não-esteróides, não existe sequer qualquer referência a anti-inflamatórios enzimáticos (1,2).

Na última edição de um livro de texto, que é uma referência mundial em Farmacologia (3), refere-se a "suposta actividade" dos anti-inflamatórios enzimáticos na redução do edema/inflamação, pelo que não são aconselhados.

O Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (4), diz textualmente que estes produtos (anti-inflamatórios enzimáticos) "são de actividade discutível pelo que não foi considerada justificada a sua permanência no actual formulário", reconhecendo contudo o seu "actual largo consumo".

No Prontuário Terapêutico (5), com a mesma chancela do Infarmed/Ministério da Saúde da publicação anterior, mas destinado a quem prescreve fora dos hospitais, aparece (p. 293) uma referência a "Enzimas anti-inflamatórias", logo seguida dos seguintes dizeres: "não há evidência da eficácia destas enzimas quando administradas por via oral, em situações inflamatórias". Neste grupo estão indicadas seis moléculas diferentes, todas para adminis-

tração oral, sendo a primeira o Maxilase® e em relação a cada uma delas está textualmente repetido, nas "Indicações" respectivas: "Não há evidência da eficácia desta enzima em situações inflamatórias".

Apesar de tudo isto verifica-se na mesma página... que todos os enzimas "anti-inflamatórios" de que temos vindo a falar são comparticipados a 40% pelo SNS. Uma incoerência inacreditável.

A última edição impressa do Prontuário é de 2001. Na edição actualizada que nos aparece na Internet, verificamos (felizmente, era o mínimo que se podia pedir!) que acabou a comparticipação do estado à família dos enzimas mencionados. Mas pode continuar a perguntar-se por que razão estes fármacos não foram simplesmente eliminados na edição *on-line*.

Que mais será preciso dizer?!

1. Que se trata, com toda a probabilidade, de um paradigmático exemplo da estagnação formativa, na área terapêutica, por parte de um número considerável de médicos (o produto parece ser prescrito por "tradição", já que nem existe promoção agressiva — se é que existe actualmente promoção! E porque é que deveria haver, neste contexto?!).
2. Por outro lado, independentemente de não ser possível provar a sua eficácia terapêutica, não há nenhuma referências bibliográficas que suportem a utilização de anti-inflamatórios em boa parte das situações em que correntemente esta molécula é utilizada (ver lista inicial). Esta é a outra faceta da estagnação formativa...

Então, como anti-inflamatório bem tolerado em Pediatria para uso em situações correntes, benignas, em que haja indicações, os autores mencionados nas primeiras três referências bibliográficas, sugerem na primeira linha o Ibuprofeno. Apoiado!

**Luís Lemos - Chefe de Serviço - Hospital Pediátrico**

## Bibliografia

1. Rang HP, Dale MM, Ritter JM . Pharmacology 4th ed. Churchill Livingstone 1999 Edimburg.
2. British National Formulary, ed. British Medical Association e Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2002.
3. Sweetmann SC. Martindale – The complete drug reference, 33th ed. 2002, Pharmaceutical Press, London.
4. Comissão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. 7ª Ed. Infarmed Lisboa, 2000.
5. Prontuário Terapêutico, ed. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Lisboa, 2001.



# saúde infantil

## Transporte do recém-nascido na alta hospitalar

Micaela Guardiano<sup>1</sup>, Maria Beatriz Guedes<sup>2</sup>, Mário Mateus<sup>2</sup>, Maria José Centeno<sup>2</sup>, Hercília Guimarães<sup>3</sup>

### Resumo

Com o objectivo de averiguar os conhecimentos dos pais relativos à segurança no transporte do recém-nascido; na alta hospitalar, foram efectuados 117 inquéritos a puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital de São João.

Verificou-se existir uma informação adequada relativamente aos conhecimentos abordados em cerca de 50% dos inquéritos tornando evidente que continua a haver um mau esclarecimento dos pais relativamente às medidas necessárias ao aumento da segurança infantil dentro do veículo automóvel. O conselho de um profissional de saúde foi determinante na escolha da cadeira de transporte em aproximadamente 25% dos casos pelo que, para além das medidas de fiscalização cada vez mais direccionadas para a prevenção de acidentes, é também função do pediatra participar activamente neste processo de formação (1).

**Palavras-chave:** recém-nascido, transporte, segurança, alta hospitalar.

### Summary

Regarding to the knowledge of the parents about the safety of the newborn transportation in the hospital discharge, 117 inquiries to the post-parturition inpatients, in the Obstetric Service, were done. It was found that only 50% of the inquired patients had adequate information. This concludes that there is still a lack of clarification to the parents about the safety measures regarding the child security inside the vehicle. The medical staff advice was important in the decision for the child set choice in about 25% of the time. This emphasizes the importance of the active participation of the Paediatrician in this educational process.

**Keywords:** newborn, transportation, security, hospital discharge.

<sup>1</sup> Interna Complementar de Pediatria

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduada, Serviço de Neonatologia

<sup>3</sup> Chefe de Serviço, Serviço de Neonatologia

Departamento de Pediatria, Hospital de S. João

## Introdução

O asfalto é a peste negra do século XXI, uma epidemia que ceifa perto de 1,22 milhões de pessoas por ano e reduz a esperança média de vida das populações em trinta anos. Em 2020, segundo a OMS, a sinistralidade rodoviária será a terceira causa de morte, ultrapassando flagelos como a guerra e a SIDA. Em Portugal, os acidentes rodoviários continuam a ser a principal causa de morte em crianças (2). O uso sistemático e correcto de cadeiras e dispositivos de retenção nos automóveis teria um grande impacto na diminuição da mortalidade até aos seis anos (3).

## Objectivos

- I.** Averiguar os conhecimentos dos pais relativos à segurança no transporte do recém-nascido na alta hospitalar;
- II.** Esclarecer as dúvidas dos pais e divulgar a sua importância na prevenção de acidentes.

## Material e métodos

Estudo efectuado no Serviço de Obstetrícia do Hospital de S. João, através de um inquérito realizado de 1 a 30 de Setembro de 2002, a 117 mães internadas após o parto, com a colaboração frequente dos pais. O inquérito anónimo era respondido na ausência do médico e consistia em perguntas simples de resposta alternativa relativas aos conhecimentos sobre a segurança no transporte do recém-nascido na alta hospitalar procurando estabelecer relação com o grau de escolaridade dos progenitores.

Posteriormente era estabelecido um diálogo com a mãe/pais sobre o tema do inquérito, esclarecendo conceitos errados e dúvidas.

## Resultados

No total de 117 inquéritos, um ou ambos os progenitores tinham frequência do ensino superior em 34 (29%), escolaridade correspondente ao 12º ano em 24 (20,5%), equivalente ao 10º-11º anos em 7 (5,9%) casos e inferior ao 9º ano de escolaridade em 48 (41%).

Verificou-se possuírem os pais conhecimentos adequados quanto ao transporte do recém-nascido na alta hospitalar em 48 (41%) inquéritos com intenção de o efectuar em cadeira apropriada, devidamente adaptada ao veículo automóvel, no banco de trás do mesmo.

Em 60 (51,3%) inquéritos foi demonstrada intenção de fazer o transporte em alcofa, e em 9 (7,7%) ao colo da mãe. De acordo com 4 (3,4%) dos inquéritos o transporte seria feito no banco da frente do veículo e em 4 (3,4%) foi defendido o uso de cinto de segurança.

Interrogadas quanto aos critérios utilizados para a escolha da cadeira de transporte 88 (75,2%) afirmaram ter sido a sua escolha baseada na segurança e 34 (29%) no gosto pessoal. Em 44 (37,6%) dos inquéritos o conforto foi tido como critério importante de escolha. Em 31 inquéritos (26,5%) o conselho de um profissional de saúde foi determinante na escolha feita; em 15 casos (12,8%) foi o conselho do vendedor que foi tido em consideração e em 8 casos (6,8%) a opinião de amigos. Em 29 (24,8%) inquéritos não tinha sido adquirida cadeira de transporte adequada até à data das respostas.

Verificou-se que os pais com escolaridade superior (frequência de ensino superior) apresentavam ideias correctas em relação à segurança no transporte das suas crianças em 27 (71%) inquéritos; tal verificou-se também em 14 (58,3%) inquéritos no caso de pais com escolaridade correspondente ao 12º ano, e em 8 (14,5%) dos inquéritos respondidos por pais com escolaridade menor ou igual ao 11º ano.

### Protocolo do Inquérito

Mãe: Idade----- Escolaridade-----Profissão-----

Pai: Idade-----Escolaridade-----Profissão-----

Como pretende transportar o seu filho no dia da alta?

Alcova ☐ Cadeira ☐ Colo ☐ Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

a) Que meio de transporte irá utilizar?

Automóvel ☐ Autocarro ☐ Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

b) Como irá a criança colocada no veículo?

Atrás ☐ À frente ☐ Com cinto ☐ Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

Já possui alguma cadeira adequada ao transporte da criança no interior do veículo?

SIM ☐ NÃO ☐

a) Como decidiu a sua compra ?

Conselho do profissional de saúde ☐ Conselho de amigos ☐ Gosto pessoal ☐

Conselho do vendedor ☐

b) Que critérios teve em consideração?

Segurança ☐ Conforto ☐ Aspecto ☐ Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

### Comentários

Os resultados deste trabalho mostram que, antes da alta, os pais dos recém-nascidos têm inúmeras dúvidas e ideias incorrectas quanto à segurança no transporte dos seus filhos. Verificou-se, contudo que os pais com escolaridade superior (frequência de ensino superior) apresentavam maior esclarecimento.

Esta foi uma oportunidade de formação dos pais presentes na maternidade neste período. Todos os pediatras e outros profissionais de saúde deverão estar cada vez mais sensibilizados para este problema e abordá-lo nas visitas durante a permanência nas maternidades e na alta hospitalar(2,4). Alguns minutos gastos na formação dos pais podem salvar a vida de uma criança(5).

## Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. Safe transportation of newborns at hospital discharge. *Pediatrics*. 1999;104: 986-987.
2. Flores J, Acidentes Rodoviarios, *Revista Auto-Motor*, Março de 2003.
3. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. The Arizona Child Fatality Review Program Experience. *Pediatrics*. Jul 2002; 110: 10-11.
4. Murphy JM, Child passenger safety. *J Pediatr Health Care*, 1998, May-Jun; 12(3); 130-8.
5. Bull MJ, Sheese J. Update for the pediatrician on child passenger safety: five principles for safer travel. *Pediatrics*. 2000; 106: 1113-1116.



## Transporte de crianças em automóvel O que fazem os nossos pais

Alexandra Marujo<sup>1</sup>, Pascoal Moleiro<sup>2</sup>, Dolores Faria<sup>3</sup>

### Resumo

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária e definitiva em crianças e jovens, em Portugal.

**Objectivos:** Caracterizar o nível de conhecimento dos pais sobre o transporte de crianças em automóvel e o comportamento adoptado em relação ao transporte dos seus filhos.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal com componente analítico. Aplicação de dois questionários aos pais de crianças atendidas no Serviço de Urgência/Consulta Externa e de recém-nascidos (RN) da Maternidade do Hospital Stº André, Leiria. Estudaram-se as variáveis idade e sexo da criança, idade e escolaridade dos pais, conhecimentos e comportamentos sobre o transporte automóvel dos seus filhos.

**Resultados:** Obtiveram-se 464 questionários (310 crianças e 154 RN). A maioria dos pais (84%), reconhece os acidentes rodoviários como principal causa de mortalidade infantil. Consideram a informação prévia entre média e boa (84%), representando a comunicação social a principal fonte (76%). Reconhecem a cadeira e/ou alcofa rígida aprovada as formas de transporte mais seguras 98% dos pais de RN; manifestam a intenção de as usar à saída da Maternidade 69% e 14% respectivamente. Dos pais de crianças mais velhas, 93% admitiram usar algum sistema de transporte, não o fazendo sempre 19%. Verificou-se a maior taxa de protecção correcta dos 18M-3A (90%) e incorrecta abaixo dos 18M (54%) e entre os 4-14A (41%).

**Conclusão:** O conhecimento dos pais em relação ao transporte de crianças em segurança é insuficiente, sendo urgente implementar medidas que alterem os comportamentos.

**Palavras-chave:** acidentes rodoviários, automóvel, recém-nascidos, crianças, sistemas de retenção.

### Summary

Motor vehicle accidents are the leading cause of dead and temporary and definitive incapacity for children in Portugal.

**Objectives:** To assess parents' knowledge in child vehicle transportation and the behaviors associated with their sons' transportation.

**Methods:** Cross sectional study. Two questionnaires were applied to children's parents attending ER Service/Outpatient Unit and Newborns of Stº André Hospital, Leiria. Children's age and gender, parents' age and degree of education, knowledge and behavior about child safety were evaluated.

<sup>1</sup> Interna Complementar de Clínica Geral - Centro de Saúde da Marinha Grande

<sup>2</sup> Interno Complementar de Pediatria - Hospital Santo André, SA - Leiria

<sup>3</sup> Assistente de Pediatria - Hospital Santo André, SA - Leiria

**Results:** 464 questionnaires were evaluated. The majority of parents, 84%, refer motor vehicle accidents as the leading cause of pediatric mortality. Previous information was considered satisfactory in 84% and the media was identified as the main source in 76%. Seat car and/or rigid transport cot were considered the safest restraint systems for 98% of newborn parents; in newborn discharge from hospital the car seat was used by 69% of them and rigid transport cot by 14%. Of the parents of older children, 93% use a restraint system, but not always 19%. The highest rate of correct restraint occurred in infant from 18 months to 3 years (90%) and the lowest above 18 months (54%) and from 4 to 14 years (41%).

**Conclusion:** Parents' knowledge about child safety transport isn't enough; additional efforts are required to change behaviors.

**Keywords:** motor vehicles accidents, car, newborns, children, restraint systems.

## Introdução

Os acidentes rodoviários continuam a ser a principal causa de morte e incapacidade temporária e definitiva em crianças e jovens, em Portugal (1).

Apesar da diminuição do número de vítimas ao longo da última década, somos o país da União Europeia com a maior taxa de mortalidade infantil por acidentes de viação(1). Em 2001, verificaram-se 10695 vítimas com idade inferior ou igual a 19 anos. Destas, 169 faleceram (79 das quais eram passageiros) e por cada morte, 5 ficaram com incapacidades para toda a vida. Constatou-se ainda que 67% da totalidade dos acidentes ocorreram em curtos percursos(2).

As crianças estão sujeitas a um maior risco de morte e lesões graves, comparativamente com os adultos. Para isso contribuem, quer aspectos inerentes aos automóveis (inadequação dos sistemas de segurança, abertura rápida dos *airbags*) quer ao rápido crescimento/elasticidade das crianças (particularmente antes dos 18 meses na região cervical) (3). A correcta utilização dos sistemas de retenção adequados ao peso e idade da criança é fundamental (ver normas em Adenda I). Tem-se verificado, no entanto, que a utilização destes sistemas é ainda manifestamente insuficiente. De acordo com um estudo de observação realizado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), nas auto-estradas portuguesas, entre 1 e 2 de Setembro de 2001, até aos 12 anos, verificou-se que: 60% das crianças viajavam sem qualquer tipo de protecção (dos 0-3 anos, 37% e dos 4-12 anos, 70%) e aumentou a incorrecta utilização dos dispositivos de retenção, sendo os erros mais comuns bebés voltados para a frente antes dos 18 meses, cintos colocados debaixo dos braços ou com folgas exageradas(1).

As campanhas/conselhos de educação, com o objectivo de modificar estes padrões de comportamento dos pais representam actualmente um dos instrumentos mais importantes na prevenção da morte e lesões graves resultantes dos acidentes de viação(4).

Com o presente trabalho pretendeu-se conhecer a realidade de uma população de acordo com os seguintes objectivos:



1. Caracterizar o nível de conhecimentos dos pais sobre o transporte de crianças em automóvel.
2. Caracterizar os comportamentos adoptados em relação ao transporte dos filhos.

## Métodos

Effectuou-se um estudo descritivo transversal com componente analítico.

Foram aplicados dois questionários originais e não validados (ver Adenda II), de uma forma aleatória, aos pais das crianças/ recém-nascidos (RN) atendidos no Serviço de Urgência Pediátrica (SU), na Consulta Externa (C.Ext.) e na Maternidade do Hospital Santo André, Leiria (HSA-SA). O estudo decorreu entre 1/8/02 e 30/9/02.

Avaliaram-se as seguintes variáveis: idade da criança, idade e escolaridade dos pais, conhecimentos e comportamentos sobre o transporte automóvel dos seus filhos.

As respostas obtidas foram codificadas e registadas em suporte informático (Microsoft Excel®). Para a análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-quadrado do programa SPSS®.

## Resultados

Foram utilizados no estudo 464 questionários (destes 154 correspondem aos pais de RN). Constituíram a amostra todos os pais que quiseram participar. Foram considerados inválidos os incorrectamente preenchidos e/ou com residência no estrangeiro.

A média etária dos pais inquiridos foi de 30.9 anos (max. 50 anos/min.16 anos) para a mãe e de 33.4 para o pai (max. 54 anos/min.16 anos). Têm a escolaridade obrigatória 63% das mães e 72% dos pais (Fig.1).

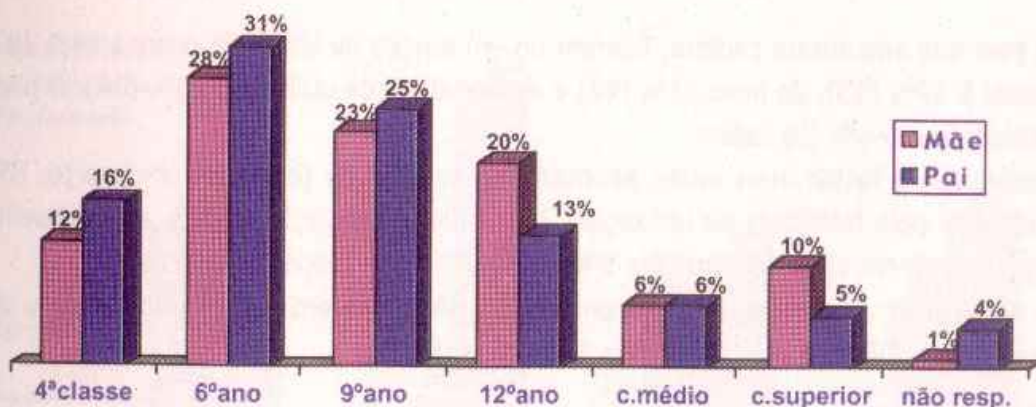
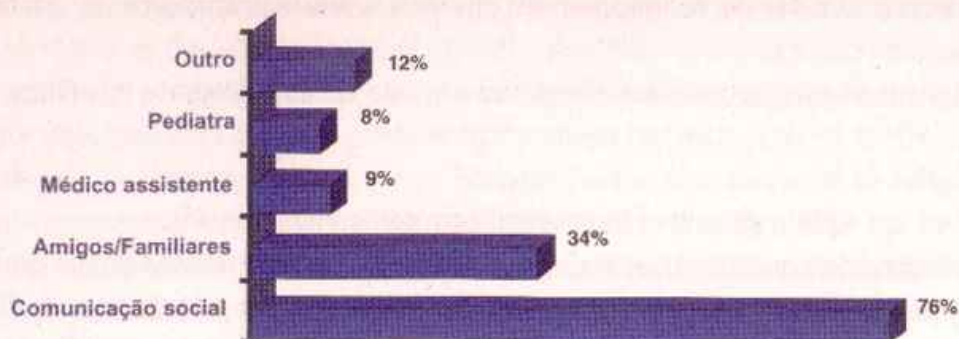


Fig. 1- Escolaridade dos pais.

Reconhecem os acidentes de viação como principal causa de morte na criança 84% (390) dos pais.

Consideram o nível de informação prévio sobre sistemas de transporte muito bom 6% (28) dos pais, bom a médio 84% (390) e mau ou muito mau 10% (46). A comunicação social foi a forma de informação mais referida (76%) - Fig. 2.

Relativamente ao transporte de recém-nascidos (n=154), 98% (105) dos pais consideram a cadeira e/ou a alfofa rígida aprovada as formas de transporte mais seguras, adquirindo-os 92% (143) — Quadro 1.



**Fig. 2** – Distribuição das formas de informação

À saída da maternidade manifestaram a intenção de transportar o filho ao colo ou em alcofa simples 17% (Quadro 1) e dos que adquiriram cadeira, de a colocar voltada para frente 26% (2% não responderam).

+	Mais seguros	n	%	Adquiridos	n	%	Saída da Maternidade	n	%
	cadeira	105	68	cadeira	121	78	cadeira	106	69
-	cad + alcofa ra	39	25	cad + alcofa	15	9	alcofa ra	22	14
	alcofa ra	7	5	alcofa	7	5	alcofa	19	12
	alcofa	2	1	alcofa ra	7	5	colo	7	5
	colo	1	1	não adq	4	3	-----	---	---

**Quadro 1** – Transporte do RN.

(cad – cadeira; alcofa ra – alcofa rígida aprovada; não adq – não adquiriu)

Os 136 pais que adquiriram cadeira, fizeram-no em função da idade da criança 64% (87), da etiqueta E 39% (53), do peso 31% (42) e da facilidade de utilização 25% (34). O preço foi considerado em 4% (9) casos.

A segurança foi o factor mais vezes apontado na escolha da forma de transporte, 85% (129), seguido pela facilidade de utilização, 26% (40). A indicação médica e os conselhos de amigos/familiares contribuíram com 9% (13) e 7% (11) respectivamente.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento dos pais de primeiros filhos e pais com filhos anteriores (Fig.3).



**Fig. 3** – Transporte do 1º vs 2º filho à saída da maternidade.



A média etária na avaliação do transporte de crianças foi de 4,1 anos (min. 17 dias e max. 14 anos, mediana 3 anos) (Fig. 4).

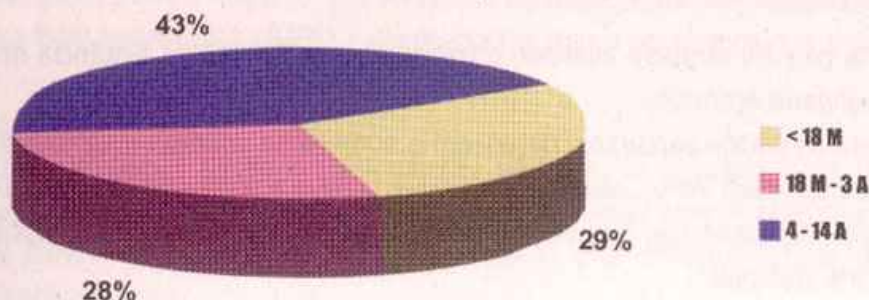


Fig. 4 - Distribuição etária.

Afirmam utilizar algum tipo de protecção no transporte dos filhos em automóvel 93% (289) dos pais, fazendo-o sempre 74% (232) e quase sempre 14% (43). Esse comportamento é motivado pela segurança em 87% (251), pela facilidade de utilização em 16% (46) e pelo aconselhamento médico em 5% (14). Amigos e familiares, questões económicas, oferta/empréstimo totalizam 6% (16).

A idade da criança foi o aspecto mais vezes referido (69%) pelos pais que utilizam cadeiras ( $n=232/310$ ), seguido pelo peso e etiqueta E (42% e 34% respectivamente). Consideraram a compatibilidade com o automóvel 14%.

No quotidiano, mais de metade das crianças com idade inferior a 18 meses e superior a 4 anos está e ser transportada de forma incorrecta. O transporte é feito correctamente em 90% das crianças entre os 18 meses e os 3 anos (Fig. 5).

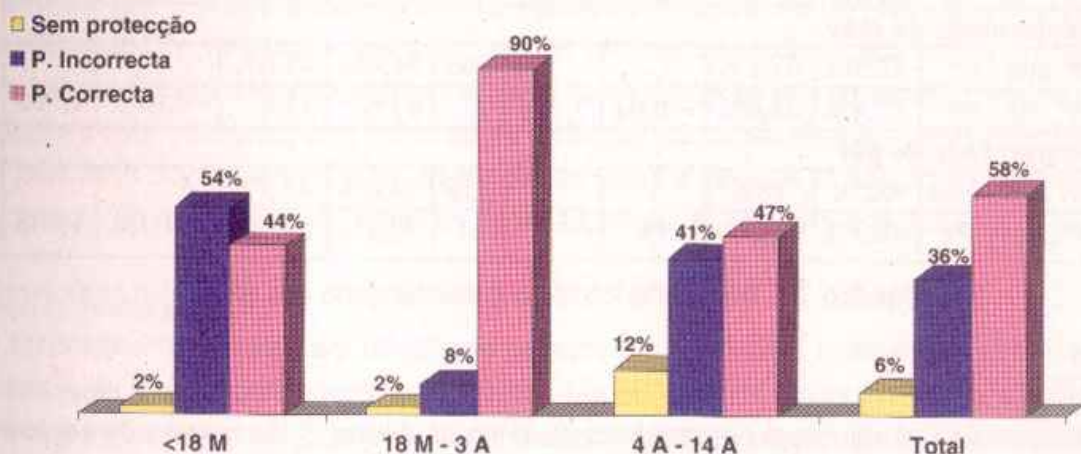


Fig. 5 - Comportamentos dos pais nos diferentes grupos etários.

Os erros mais frequentes encontrados nos diferentes grupos etários foram:

- Abaixo dos 18 meses ( $n=89$ ): a utilização de alcofa em 3%, de cadeira voltada para a frente em 49% (das quais, metade se verificou em crianças com mais de 12 meses) e de cadeira colocada no banco da frente com *airbag* activado em 1%.
- Entre os 18 meses-3 anos ( $n=87$ ): o uso de cinto de segurança em 8%.

- Dos 4-14 anos (n=134): o uso de cinto de segurança antes do 12 anos ou 36Kg em 37%, o cinto mal aplicado (debaixo dos braços ou sobre a barriga) em 4%.

Neste grupo de pais foi também avaliado o transporte em função da distância dos percursos e a sinistralidade anterior.

Dos longos para os curtos percursos, diminuem o número de crianças a utilizar sistema de segurança (de 83% para 74%), aumentam as que viajam à solta (de 6% para 14%), não se encontrando diferenças nas que viajam ao colo (entre 2% e 3%). Não responderam a esta questão 9% dos pais.

Sofreram pelo menos um acidente de viação envolvendo um filho, 6% (20) dos inquiridos. Em 75% (15), este ocorreu dentro da localidade. Não usavam qualquer sistema de protecção 35% crianças (7) e 40% (8) sofreram traumatismos relacionados com o acidente (4 feridas, 2 fracturas) necessitando 30% (6) de internamento.

O Quadro 2 reporta-se ao nível de escolaridade de todos os pais participantes. Quer no grupo das mães de RN quer de crianças e também no grupo de pais de crianças, encontraram-se valores mais elevados de transporte incorrecto nos que têm escolaridade inferior ao 9º ano. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas. Em relação aos pais de RN, os resultados foram relativamente homogéneos, não se verificando diferenças com significado estatístico.

Transporte correcto										
do RN						de crianças				
	n	Sim	Não	p	OR	n	Sim	Não	p	OR
Escolaridade da mãe										
≤ 9º ano	85	52,9%	47,1%	= 0,04	2,719	206	54,4%	45,6%	=0,037	1,705
> 9º ano	69	75,4%	24,6%			97	67%	33%		
Escolaridade do pai										
≤ 9º ano	100	62%	38%	ns	—	236	54,6%	45,3%	= 0,026	1,348
> 9º ano	48	68,7%	31,3%			61	70,5%	29,5%		

**Quadro 2** - Transporte correcto e escolaridade dos pais.

## Discussão

O problema da (in)segurança no transporte de crianças existe(5). As normas de segurança estão regulamentadas na Legislação em vigor(6) e são promovidas por entidades como a APSI, no entanto continuam a ser desrespeitadas pelos pais como demonstra o nosso estudo:

- São os RN transportados ao colo ou em alcofa simples e em cadeiras voltadas para a frente;
- São as crianças voltadas para a frente antes dos 18 meses, as transportadas precocemente com cinto de segurança e as que viajam à solta (cujo número aumenta das longas para as curtas distâncias).

Estes erros são concordantes com os encontrados pela APSI no seu estudo realizado em Setembro de 2001, sendo também o grupo dos 4 aos 14 anos o mais afectado (1).

Os pais reconheceram o impacto dos acidentes rodoviários na mortalidade infantil, consideraram-se bem informados (84%) e preocupados com a segurança dos seus filhos (85% a 87%).

Afinal, o que falha?

Ao nível da informação, temos a comunicação social como principal fonte de informação (76%), cujo papel é fundamentalmente o de alertar. Temos poucos profissionais de saúde motivados para ensinar (apenas em 17%), quando está previsto fazê-lo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Ao nível dos comportamentos e em oposição ao aparente conhecimento dos pais, na escolha da cadeira é dada mais relevância à idade do que ao peso (na classificação das cadeiras, à venda no mercado, os grupos dizem respeito ao peso das crianças a que se destinam!), do que à etiqueta E (homologação segundo as normas de segurança internacionais) e do que à compatibilidade com o automóvel. Apesar da taxa de protecção correcta na faixa etária dos 18 meses aos 3 anos ser de 90%, isso poderá ser explicado pela menor probabilidade de erro na colocação da cadeira, voltada para a frente, e as crianças serem muito pequenas para usar cinto de segurança. Na população estudada não se encontraram diferenças significativas face ao comportamento de pais de primeiros filhos relativamente a pais com filhos anteriores.

O nível de escolaridade dos pais parece condicionar a protecção, com uma associação com significado estatístico entre a mais baixa escolaridade e a maior taxa de transporte incorrecto.

De referir que o nosso estudo apresenta algumas limitações. Por um lado foi utilizado um questionário não validado, o que pode originar um viés de medição, por outro, os comportamentos referidos pelos inquiridos carecem da confirmação por observação directa. Em relação a este último aspecto e a título de exemplo, em monitorizações feitas regularmente pela APSI nomeadamente em Setembro de 2002 a taxa de utilização aparentemente incorrecta de dispositivos de retenção foi de 48,5% na faixa etária dos 0-3 anos (7).

## Conclusão

O conhecimento dos pais em relação ao correcto transporte das crianças em automóvel é insuficiente e o comportamento inadequado. São necessárias novas formas de abordagem na prevenção das graves consequências dos acidentes de viação. Os programas futuros deverão passar por informar os novos pais o mais precocemente possível, alertando-os para a importância e para os benefícios da correcta utilização dos sistemas de retenção.

O papel dos profissionais de saúde revelou-se precário. Na prática deveriam desempenhar um papel importante a este nível, como parte integrante das consultas de pediatria e planeamento familiar e na maternidade.

E porque é urgente implementar medidas que alterem os comportamentos, os autores elaboraram uma ficha informativa para pais (Adenda I).



## Bibliografia

1. APSI, Segurança Rodoviária - O Estado da Nação, Publicação da Associação para a promoção da segurança infantil 2001;16: 2.
2. Direcção Geral de Viação. Estatística de sinistralidade 2002. In: [www.dgv.pt](http://www.dgv.pt).
3. APSI, A criança no automóvel. In [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).
4. Pepper-Penn B. Seat Belt Safety Education: When Informing the Public About the Law Isn't Enough. Neonatal Network 1996; 15 (1): 7-9.
5. Zurro A. Dispositivos de protecção infantil. Guias de educação e promoção da saúde 2000; 5: 91- 101.
6. Direcção Geral de Viação. Cuidados no transporte casa/escola/casa. In: [www.dgv.pt](http://www.dgv.pt).
7. APSI, Press Release. Setembro 2002.

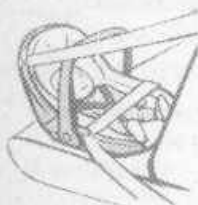
Correspondência: Alexandra Marujo | Centro de Saúde da Marinha Grande  
[alexandra-marujo @ clix.pt](mailto:alexandra-marujo@clix.pt)



## Adenda I – Normas de transporte seguro (apoio técnico APSI)

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal. O uso de sistemas de retenção próprios para crianças é a única forma de protecção eficaz (80% na prevenção de morte e ferimentos graves). Os seus filhos dependem de si para viajarem em segurança.

- **cadeira de segurança voltada para trás**, num lugar com cinto de segurança de 3 pontos e sem airbag, desde que sai da maternidade.



Cadeira 0-13Kg

- Cadeira aprovada até aos 13 Kg é a mais adequada para o bebé ou recém-nascido

- Cadeira aprovada até aos 18 Kg que possa ser instalada voltada para trás

- **cadeira de segurança** continua a ser indispensável, idealmente voltada para trás até aos 13 Kg, mas se optar por voltar para a frente ter muita atenção à instalação (procure ajuda de um especialista)



Cadeira de apoio

- Cadeira aprovada até aos 18 Kg, voltada para trás até a criança ter 13 Kg

Cadeira de apoio aprovada até aos 25 ou 36 Kg

- \* A partir dos 7 ou 8 anos pode utilizar apenas o banco elevatório

- **cinto de segurança** protege a criança de forma eficaz

- cinto deve ficar sobre a bacia e a meio do ombro
- nunca utilizar debaixo do braço ou atrás das costas

A cadeira apropriada deve ser:

1. Segura - respeitar as normas de segurança (etiqueta "E")
2. Utilizada correctamente e adaptada ao carro (bem instalada)
  - experimentar antes de comprar
  - seguir rigorosamente as instruções de montagem
3. Adequada ao peso/idade da criança e confortável
4. Fácil de usar
5. Utilizada **sempre** (quer vá para perto ou para longe, depressa ou devagar)



d. Se escolheu a cadeira, como a coloca?

- ☐ Banco da frente
- ☐ Banco da frente com airbag desactivado
- ☐ Banco de trás
- \_\_\_\_\_
- ☐ Voltada para a frente
- ☐ Voltada para trás

e. Que aspectos teve em conta na escolha da cadeira?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade da criança | <input type="checkbox"/> Etiqueta E                      |
| <input type="checkbox"/> Peso da criança  | <input type="checkbox"/> Compatibilidade com o automóvel |
| <input type="checkbox"/> Preço            | <input type="checkbox"/> Facilidade de utilização        |

f. Se utiliza cinto de segurança como o coloca?

- ☐ Debaixo dos braços
- ☐ Ombro - Braço
- ☐ Sobre a barriga
- \_\_\_\_\_
- ☐ Banco da frente
- ☐ Banco de trás

6. Numa viagem de automóvel de longa distância, como costuma transportar o seu filho?

- ☐ Banco da frente
- ☐ Banco de trás
- \_\_\_\_\_
- ☐ À solta
- ☐ Ao colo
- ☐ Com o sistema de segurança que possui

7. E em curtas distâncias (dentro das localidades)?

- ☐ Banco da frente
- ☐ Banco de trás
- \_\_\_\_\_
- ☐ À solta
- ☐ Ao colo
- ☐ Com o sistema de segurança que possui

8. Já foi vítima de algum acidente de viação envolvendo o seu filho? ☐ Sim ☐ Não

o Onde ocorreu ?

- ☐ Dentro da localidade
- ☐ Viagem de longa distância

o Usava algum sistema de transporte / segurança? ☐ Não ☐ Sim

o Tipo de acidente:

- ☐ Traumatismo – local \_\_\_\_\_ com ferida? ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Com internamento com fractura? ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Sem internamento

Obrigado pela colaboração.





e. Se escolheu a cadeira, como a vai colocar no carro?

- ☐ Banco da frente
- ☐ Banco da frente com airbag desactivado
- ☐ Banco de trás
- \_\_\_\_\_
- ☐ Voltada para a frente
- ☐ Voltada para trás

f. Que aspectos teve em conta na escolha da cadeira?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade da criança | <input type="checkbox"/> Etiqueta E (garantia da DGS)    |
| <input type="checkbox"/> Peso da criança  | <input type="checkbox"/> Compatibilidade com o automóvel |
| <input type="checkbox"/> Preço            | <input type="checkbox"/> Facilidade de utilização        |

7. Se tem mais filhos, indique:

Idade actual e como o transportou à saída da maternidade?

- \_\_\_\_\_ anos
- ☐ Ao colo
  - ☐ Cadeira
  - ☐ Alcofa vulgar
  - ☐ Alcofa com suportes de segurança
  - ☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ anos
- ☐ Ao colo
  - ☐ Cadeira
  - ☐ Alcofa vulgar
  - ☐ Alcofa com suportes de segurança
  - ☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ anos
- ☐ Ao colo
  - ☐ Cadeira
  - ☐ Alcofa vulgar
  - ☐ Alcofa com suportes de segurança
  - ☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ anos
- ☐ Ao colo
  - ☐ Cadeira
  - ☐ Alcofa vulgar
  - ☐ Alcofa com suportes de segurança
  - ☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

Obrigado pela colaboração

## Dados sobre mortalidade infantil em Portugal

De acordo com o INE, nasceram 114383 crianças (13/h) em 2002, contra as 112825 nascidas em 2001.

Em 2002 morreram 574 lactentes. A maioria dos óbitos ocorreu em recém-nascidos (um por dia) — 68% de óbitos neonatais contra 32% pós-neonatais (um dia sim dia não)

Apesar de em 2002 não se ter assistido ao habitual decréscimo da taxa de mortalidade infantil, o INE sublinha que "entre os Estados-membros da União Europeia, Portugal foi o que registou entre 1985 e 2001, a maior descida dessa taxa. Em 1985, os portugueses estavam no topo da lista negra com uma taxa de 17,8‰, a maior da Europa; em 2001 a mortalidade infantil em Portugal desceu para 5‰".

### 2001-2002

	Mortal. Infantil	M. Neonatal	M. Pós-Natal
Portugal	5.0	3.2	1.8
Centro	3.8	2.1	1.7
Alentejo	4.2	3.1	1.1
Lisboa e VT	4.7	3.0	1.7
Algarve	4.7	3.4	1.3
Norte	5.7	3.6	2.1
Açores	5.8	3.9	1.9
Madeira	7.0	4.1	2.9

REGIÕES (2001-2002) A taxa de mortalidade infantil (MI) portuguesa em 2001/2 foi de 5.0‰, (neonatal — MNN — de 3.2‰ e pós-NN — MPNN — de 1.8‰) com acentuadas diferenças regionais. A taxa de MI (MNN/MPNN) na região Centro foi de 3,8‰ (2.1-1.7) e no Alentejo de 4,2‰ (3.1-1.1); na região de Lisboa e Vale do Tejo foi de 4.7‰ (3-1.7) tal como no Algarve — 4.7 ‰ (3.4-1.3). No Norte foi de 5,7‰ (3.6-2.1), nos Açores de 5.8‰ (3.9-1.9) e na Madeira de 7.0‰ (4.1-2.9).

HCM

## Cascata da frustração

Correm céleres, entre nós, os tempos de tudo querer, fruir ou desfrutar.

O sucesso é para muitos a "religião" da moda, mas os caminhos que a ele conduzem são variados, nem sempre sem uma densa poeira a envolver quem os percorre. Os escrupulosos mesmo os mais respeitáveis incomodam hoje poucas consciências. Nas tribos, cada vez mais numerosas na procura do sucesso só as metas contam; os obstáculos óbvios ou dissimulados que os diferentes percursos condicionam não incomodam, mesmo quando interferem com os direitos fundamentais de outros.

Entre os tipos de sucesso o mais democratizado é o económico. Quando ele é obtido sem esforço, tanto melhor, já que reflecte a tão almejada "esperteza" muito vangloriada, ainda, entre nós. Serão esses que posteriormente são vistos como modelos de "herói" pelos mais jovens, aspirantes naturais à tribo das mordomias. Para o recrutamento eficaz e contínuo nada melhor que a NOITE. É na vigência desta que mais facilmente se transmite via boca/orelha muita experiência. As histórias muito fabuladas, são todas de fácil, reluzente e inquestionável sucesso. Para as valorizar mais serão intervaladas com pequenas doses de satisfação servidas para os diferentes tipos de necessidades, incutidas ou impulsionadas pelo instinto.

O crescimento aritmético destas hostes tem sido exponencial, assim como a exigência lucrativa de quem oferece e disponibiliza os meios. Mas para que o mercado não deixe, porventura, de ser florescente e apelativo nada melhor que aumentar a duração efectiva da NOITE. A condição humana impõe naturais limites à resistência de cada um. Atingido este, há que disponibilizar aos "religiosos" da NOITE uma nova receita da já velha e muito apreciada sopa da pedra. A "pedrada" ajudará a manter ou reforçar, momentaneamente, o ritmo afluente o natural cansaço e fantasiando a realidade do momento com cores que efectivamente ela não dispõe.

Para iniciação dos mais resistentes ou escrupulosos nada melhor do que prolongar os festejos começados já madrugada dentro. O orgulho egocêntrico do adolescente, ainda pouco esclarecido, por um lado e a imposição contagiante do grupo por outro, farão brotar a avidez por novas sensações desconhecidas por uns, repetitivas para outros mas desejadas também por invisíveis promotores.

Com o peso de tanta experimentação, mais cedo ou mais tarde, a frustração será visível nos olhos daqueles que ousaram desfrutar, não tiveram depois a coragem de parar e procurar alternativas seguramente mais laboriosas e exigentes à luz do dia.

Que levará uma Sociedade, em particular os seus legítimos Representantes a deixarem prolongar todos os dias e um pouco por todo o lado, os festejos nocturnos até à alvorada? A discrepância com as Sociedades do Norte que também pagam as suas despesas em Euros e de onde nos chegam as remessas dos Emigrantes e os fundos Comunitários não

pode ser mais óbvia; por lá as horas a que a juventude recolhe são as mesmas a que por cá começa a "NOITE".

Estarão as Sociedades do Sul condenadas a viver na e para a pseudo-diversão alicerçada na alienação?

Quanto tempo, ainda, vai ser necessário para que deixemos de ser os mais atingidos pelo vírus do VIH na Europa dita comunitária?

Até quando é que os nossos jovens terão que continuar a ensanguentar, pelo raio da auro-ra, o negro do nosso asfalto já de si tão avermelhado?

A História ensina que o bem de uns está, muitas vezes, alicerçado no mal de outros, mas as Sociedades que não sabem acautelar a sua vitalidade futura vão perdendo a pouco e pouco a solvibilidade.

Por tudo isto, quem decide não pode continuar a ser passivamente conivente!!!

**J. Arêlo Manso**



# saúde infantil

## Evolução do estado vacinal da população infantil num Centro de Saúde urbano: estudo comparativo entre os anos de 1986 e 2000

Cláudia Gonçalves<sup>1</sup>, Angélica Gouveia<sup>2</sup>

### Resumo

Este trabalho tem como objectivo a revisão de um estudo realizado em 1986 sobre avaliação das taxas de cobertura vacinal da população infantil do Centro de Saúde de Soares dos Reis e a sua comparação com estudo semelhante realizado no ano de 2000.

A metodologia seguida consistiu na consulta dos ficheiros de vacinação analisando-se todas as fichas correspondentes às crianças que na altura do estudo (Agosto 2000), tinham 23 meses ou 6 anos e 11 meses, totalizando 114 casos.

Todos os resultados foram comparados entre os dois grupos etários e com os resultados obtidos no estudo de 1986; de uma forma geral verificou-se uma evolução positiva em termos de cobertura vacinal tendo-se passado de uma taxa de 33% para 85% em relação às crianças de 23 meses, e de 14% para 91% em relação às crianças mais velhas (6 anos e 11 meses).

A imunidade de grupo foi conseguida para a e DTP e VAP no grupo de crianças de 23 meses e para a VASPR apenas no grupo dos 6 anos e 11 meses; o próximo desafio assenta na diminuição de "oportunidades de vacinação perdidas" para optimizarmos o estado de imunização das nossas crianças.

**Palavras-chave:** cobertura vacinal, oportunidades perdidas, crianças.

### Summary

The objective of this study was to review a previous study that was done in 1986 about evaluation of immunization rates in children from primary health-care setting Soares dos Reis and to compare it with a similar study done in 2000.

The methods used were the review and analysis of vaccination registrations from children that were 23 months and 6 years and 11 months-old in August 2000; we had a total of 114 cases. The variables studied were: age, sex, residence area and rate of children immunizations.

All the results were compared between age groups and with results obtained in the 1986 study. In general, there was a positive evolution in immunization rates: we had 14% and 33% respectively for 6 years 11months-old and 23 months-old children; now in 2000 we have 91% and 85% for the same age groups.

The group immunization was achieved to diphteria-tetanus-pertussis and poliomyelitis vaccines in the 23 months old children and to measles, parotiditis and rubella only in the age group of 6 years and 11 months; the next challenge is to diminish the "missed opportunities" in order to improve the immunization status of our children.

**Keywords:** immunization, missed opportunities, children.

<sup>1</sup> Interna Complementar de Pediatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

<sup>2</sup> Chefe de Serviço de Saúde Pública do Centro de Saúde Soares dos Reis

## Introdução

Em 1986, o estudo realizado(1) teve como objectivo fazer a análise dos níveis de cobertura vacinal nas crianças da área do Centro de Saúde, com o intuito de propor medidas que visassem uma melhoria do estado vacinal da população infantil.

No ano de 2000, propusemo-nos fazer uma análise semelhante com a finalidade de perceber qual a evolução nestes últimos 14 anos.

O actual Plano Nacional de Vacinação (PNV) (2), que entrou em vigor em Janeiro de 2000 e veio substituir o PNV de 1990, apresenta algumas alterações que são muito significativas comparativamente ao usado no estudo de 1986 (por exemplo, a introdução da vacina do sarampo). Esta actualização teve em conta factores epidemiológicos, tecnológicos, sociais e organizacionais, mantendo-se o seu objectivo inicial: minimizar o impacto das doenças alvo na saúde da população, visando mesmo a erradicação de doenças como a poliomielite e o sarampo.

## Material e métodos

O Centro de Saúde Soares dos Reis é constituído por dois pólos: a "sede" e a sua extensão das Camélias; no total tem 52.332 utentes inscritos; serve a população de duas freguesias: Mafamude e Vilar de Andorinho. No seu conjunto abarcam uma população residente estimada de 63.800 habitantes (dados fornecidos pelas Juntas de Freguesia), de características essencialmente urbanas. A população da área referida representa 25% da população do Concelho de Vila Nova de Gaia (3).

Em Agosto de 2000, foi realizado um estudo transversal tendo sido analisados os dados constantes dos ficheiros de registos de administração vacinal relativos a todas as crianças que à data tinham 23 meses (nascidas no mês de Agosto de 1998) e as que tinham 6 anos e 11 meses (nascidas no mês de Agosto de 1993). As variáveis estudadas foram: idade, sexo, freguesia de residência e cobertura vacinal. Só foram consideradas as inoculações efectuadas até 31 de Julho. Foram aceites os critérios vigentes no PNV de 1990 para a definição do cumprimento do plano vacinal. Assim, foram consideradas como tendo uma primovacinação completa:

- As crianças de 23 meses que tinham efectuado BCG – 1 administração no primeiro mês de vida; vacina triplice (DTP) e vacina da polio (VAP) – 3 doses sem ter em conta o intervalo entre as tomas; vacina do sarampo (VASPR) – 1 única administração.
- As crianças de 6 anos e 11 meses que, para além da primovacinação, tivessem efectuado doses vacinais de reforço de DTP (2 doses) e VAP (1 dose).

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo método do  $X^2$ , tendo-se considerado significância quando  $p < 0,05$ .

Foram comparados os dados obtidos em 1986 com os do presente estudo.

## Resultados

No ano de 2000 foram analisadas as fichas de vacinação de 114 crianças (61 com 23 meses e 53 com 6 anos e 11 meses). A distribuição por sexos foi uniforme e sobreponível à da população estudada em 1986. No ano 2000, o Centro de Saúde em questão já não servia

as populações de Oliveira do Douro nem de Avintes, que dispõem agora de um centro de Saúde próprio.

Em 1986 e 2000 foram analisadas as taxas de cobertura vacinal completa, geral e em relação a cada vacina e por grupos etários. – Quadro 1. Para o grupo de 23 meses verificámos uma elevação da taxa geral de vacinação de 33% para 85%, e para o grupo dos 6 anos e 11 meses uma elevação de 14% para 91%.

**Quadro 1:** Cobertura vacinal da BCG, DTP, VAP e VASPR nos anos 1986 e 2000. Comparação entre os grupos etários.

	<b>A -Estudo realizado em 1986</b>			<b>B - Estudo realizado em 2000</b>		
	Crianças 6A+11m n= 81	Crianças 23m n=98	<i>p</i>	Crianças 6A+11m n=53	Crianças 23m n=61	<i>p</i>
<b>BCG</b>						
Sim	-	-		100%	98%	< 0,40 NS
Não	-	-		0 %	2%	
<b>DTP</b>						
Completa	16%	59 %	<0,001 S	91%	95%	<0,40 NS
Inc/ ausente	84%	41 %		9%	5%	
<b>VAP</b>						
Completa	14%	53%	<0,001 S	91%	95%	<0,40 NS
Inc/ ausente	86 %	47%		9%	5%	
<b>VASPR</b>						
Sim	40 %	33%	<0,40	96%	85%	<0,05 S
Não	60%	67%		4%	15%	
<b>GERAL</b>	14%	33%	<0,005 S	91%	85%	< 0,40 NS

S – significativo NS – não significativo

Relativamente a cada vacina "per si" verificámos que, em 1986, as diferenças eram significativas para a DTP e VAP entre os dois grupos estudados, sendo as taxas superiores nas crianças mais novas; para a VASPR não se encontraram diferenças significativas. No entanto, é de realçar a baixíssima taxa de vacinação nos dois grupos, em 1986.

No ano de 2000, não houve diferenças significativas em relação à VAP e DTP, mas sim quanto à VASPR. Realça-se contudo a mais elevada cobertura vacinal em ambos os grupos etários, em relação ao estudo anterior.

No estudo de 2000, também foram comparadas as taxas de vacinação nas datas recomendadas, por vacina e para cada escalão etário – Quadro 2. Verificaram-se sempre taxas inferiores à taxa total de vacinação; no grupo dos 23 meses este atraso foi significativo em relação à DTP e à VAP.

Relativamente às vacinas que, em 2000 não constavam ainda do PNV – Quadro 3 – pudemos constatar que o grupo das crianças mais novas (23 meses) apresentava em relação à vacina anti-Haemophylus influenza b, uma taxa de cobertura de vacinal completa de 79%.

Em relação à vacina anti-hepatite B esta taxa foi de 32% para as crianças mais velhas e de 23% para as mais novas.

**Quadro 2:** Estudo de 2000. Comparação de Taxas de vacinação nas datas recomendadas, entre os dois grupos etários.

	6 anos e 11 meses n = 53		23 meses n = 61		p
	Total de vacinados	Vacinados dentro da data	Total de vacinados	Vacinados dentro da data	
<b>BCG</b>	100%	87%	98%	89%	>0,50 NS
<b>DTP</b>	91%	85%	95%	46%	<0,001 S
<b>VAP</b>	91%	85%	95%	46%	<0,001 S
<b>VASPR</b>	96%	42%	85%	54%	<0,30 NS

p refere-se à comparação entre os grupos de vacinados dentro da data

S – significativo NS – não significativo

**Quadro 3:** Vacinas efectuadas extra PNV no ano 2000.

	5 A + 11 m n=53	23 m n=61	p
<b>Hib *</b>			
Esquema completo	38%	79%	< 0,001 S
Esquema incompleto	6%	16%	
Não efectuada	56%	5%	
<b>Vacina anti hepatite B**</b>			
Esquema completo	32%	23%	< 0,30 NS
Esquema incompleto	8%	13%	
Não efectuada	60%	64%	

\* Esquemas de acordo com a idade: <6m: 3+1 ; 7-11m: 2+1 ; 12-15m: 2 ; >15m: 1

\*\* Esquema completo 3 doses ; esquema incompleto < 3 doses

S – significativo NS – não significativo

## Discussão

A análise dos dados apresentados revela uma franca melhoria da cobertura vacinal da população servida pelo Centro de Saúde Soares dos Reis – Vila Nova de Gaia.

O objectivo do Comité Europeu da OMS em 1985 era atingir uma cobertura vacinal de 90% aos 2 anos de idade, até ao ano de 1990 (4). No nosso estudo verificamos um incremento da taxa global de vacinação muito favorável.

Relativamente à vacina BCG (quadros 1 e 2), não foi possível tecer considerações, uma vez que não dispomos de dados relativamente ao estudo de 1986; nessa altura este parâmetro não foi avaliado já que um grande número de crianças não era vacinado no Centro de Saúde mas sim em hospitais, maternidades ou no SLAT. Em 2000 a taxa de vacinação foi de 98 e 100%, respectivamente para as crianças de 23 meses e 6 anos e 11 meses.

Ao analisarmos a taxa de vacinação DTP, VAP e VASPR é notória a evolução alcançada. No



grupo dos 23 meses são atingidos os 95% de cobertura vacinal recomendados pela OMS para se obter a imunidade de grupo (2), para a DTP e VAP; quanto à VASPR foi atingida uma cobertura vacinal de 96% apenas para o grupo de crianças mais velhas.

Importa destacar que apesar das taxas de cobertura vacinal para cada vacina individualmente serem altas, existem ainda muitas situações de atrasos em relação às datas preconizadas; note-se por exemplo, que no grupo dos 23 meses apenas 46% das crianças foram vacinadas nas datas recomendadas em relação à DTP e VAP e 54% em relação à VASPR. Estes resultados são sobreponíveis aos encontrados em estudo semelhante realizado em 1994 na região de Castelo Branco (4). Curiosamente no nosso estudo, as taxas de vacinação nas datas recomendadas são inferiores nas crianças mais novas, o que poderá significar estarmos perante uma maior perda de oportunidades de vacinação, o que deverá ser cuidadosamente revisto.

A evidência das taxas de vacinação geral serem mais elevadas no grupo dos 6anos e 11m (91%) do que no grupo etário dos 23 meses (85%) leva-nos a pensar que o facto dos primeiros serem mais velhos lhes proporcionou mais tempo para efectuar a vacinação numa fase mais tardia da que é recomendada; esta é também a idade de entrada na escolaridade obrigatória, o que exige a actualização do Boletim de Vacinas. Esta diferença também tem sido encontrada noutros estudos (5,6,7).

Uma última palavra para as vacinas não contempladas no PNV (à data do estudo) para chamar a atenção à boa adesão que houve em relação à vacina anti-Hib que entrou no nosso mercado em Junho de 1994. Setenta e nove por cento das crianças de 23 meses apresentavam o total das inoculações recomendadas e 16% tinham pelo menos uma dose. Em relação às crianças mais velhas, esta diferença (esquema completo) foi significativa.

A vacina anti-hepatite B à data estava apenas indicada para o grupo etário dos 11 aos 13 anos; no entanto verificou-se que aos 23 meses, 23% das crianças estudadas já tinham 3 doses da vacina, o que nos parece positivo.

## Conclusões

Para melhorar a cobertura vacinal é importante que cada região conheça as suas taxas de vacinação de acordo com a idade, principalmente nos primeiros 2 anos de vida, e se identifiquem os factores de risco para taxas de vacinação inadequadas.

Perante os resultados obtidos no estudo do ano 2000 podemos concluir que estamos muito próximos dos objectivos da OMS. Nos grupos etários avaliados, com uma diferença pequena de idades, verifica-se já uma tendência de melhoria significativa ao observar-se para as crianças mais novas uma cobertura de 95% para a DTP e VAP e de 85% para a VASPR que atingirá certamente os 95% num futuro muito próximo.

Parece-nos fundamental que os profissionais de saúde se consciencializem da importância de uma adequada cobertura vacinal da população no sentido de não deixar passar nenhuma oportunidade de vacinar as crianças. Pensa-se que alguns motivos da "perda de oportunidade de vacinação", se prendam com situações burocráticas, muitas vezes difíceis de contornar, como a precária ligação entre os Serviços de Saúde ou a falta de lotes de vacinas. No entanto, na maioria das vezes devem-se a concepções erradas dos profissionais

quanto às contra-indicações e quanto à administração simultânea de vacinas. É neste ponto que podemos e devemos orientar os nossos esforços no sentido de divulgar o programa de vacinação, motivar e informar as famílias e realizar uma formação permanente de outros profissionais ligados à área da vacinação.

#### Agradecimentos:

Às Dras. Teresa Caldeira e Susana Aires Pereira que colaboraram na análise estatística dos dados e na revisão do manuscrito.

#### Bibliografia

1. "Avaliação dos níveis de cobertura vacinal da população infantil da área do centro de saúde de Soares dos Reis, em Vila Nova de Gaia, em crianças com 23 meses e com 6 anos e 11 meses" - Teresa Barroco de Melo. Estudo não publicado realizado no Centro de Saúde Soares dos Reis em 1986.
2. Programa Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas. Direcção Geral de Saúde. Lisboa 2001.
3. Diagnóstico de Situação de Saúde do Centro de Saúde de Soares dos Reis (1993-1999). Relatório anual não publicado. Maio 2000.
4. AL Teixeira, F Marcelo, A G Almeida, P Silvestre, C Pereira, C Figueiredo. Cobertura Vacinal na Idade Pré-Escolar. Revista de Saúde Amato Lusitano 1997; 6-7; 30-38.
5. EC Rodewald, PG Szilagyi, SG Humiston, RF Rauberts, KJ Roghmann. Is an Emergency Department visit a marker for under vaccination and missed vaccination opportunities among children who have access to primary care? Pediatrics 1993; 91 (3): 605-11.
6. PG Szilagyi, EC Rodewald, SG Humiston, RF Rauberts et al. Missed opportunities for children vaccination in office practices and the effect on vaccination status. Pediatrics 1993; 91 (1): 1-7.
7. JS Gindler, FT Cutts, ME Barnett-Antinori, ER Zell et al. Success and failures in vaccine delivery: Evaluation of the immunization delivery system in Puerto Rico. Pediatrics 1993; 91 (2): 315-20.

# saúde infantil

## Factores de risco em desenvolvimento

Cristina Garrido<sup>1</sup>, José Eduardo Boavida<sup>2</sup>

### Resumo

Com a melhoria dos padrões de mortalidade infantil, o desenvolvimento psicomotor e a sua patologia passaram a ser preocupações importantes dos profissionais de saúde. Os autores descrevem de forma esquemática, alguns dos factores biológicos e ambientais que colocam as crianças em risco para perturbações do desenvolvimento. Concluem salientando a importância da identificação destes factores, para um adequado seguimento e uma correcta intervenção.

**Palavras-chave:** desenvolvimento psicomotor, factores de risco.

### Summary

With a significant decrease in infant mortality rates in the last decades, child development and its pathology became an important concern for health professionals. The authors describe briefly some of the major environmental and biological risk factors for developmental disabilities. As a conclusion the authors stress the importance of the correct identification of risk factors for follow-up and intervention purposes.

**Keywords:** risk factors, infant development.

<sup>1</sup> Interna de Pediatria do Hospital Geral de Santo António

<sup>2</sup> Assistente Graduado de Pediatria do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

Na Idade Média, cerca de metade das crianças morriam antes de completar os 5 anos. Actualmente, com a redução significativa da mortalidade infantil, associada à crescente melhoria na qualidade de vida, o desenvolvimento da criança e concretamente os factores que o influenciam, têm estado no centro das preocupações de médicos e de todos os profissionais que lidam com a saúde infantil em geral e com a patologia do desenvolvimento em particular. Na realidade, estima-se que cerca de 15% das crianças apresentem alterações do comportamento e/ou desenvolvimento (1).

Todas as crianças estão expostas a diferentes riscos e oportunidades de desenvolvimento, relacionados não só com a sua saúde física e mental mas também com o ambiente socio-cultural onde nascem e crescem. Por outro lado, os factores ambientais podem claramente influenciar a saúde da criança, quer de forma negativa, (p.e., o impacto da pobreza no peso de nascimento e na nutrição), quer de forma positiva (p.e., a dieta adequada em crianças com certas doenças metabólicas) (2,3).

Considera-se que uma criança está em risco para perturbações de desenvolvimento quando está exposta a condições adversas, de natureza biológica ou ambiental, que se sabe estarem relacionadas com uma maior probabilidade de atrasos no desenvolvimento, défices cognitivos ou motores. Os factores de risco não são mutuamente exclusivos, sendo o risco tanto maior quanto maior a combinação de diferentes factores biológicos e ambientais (4,5).

O objectivo deste artigo é descrever as situações que podem ocorrer nos períodos pré, peri e pós-natal, passíveis de ter impacto no desenvolvimento psicomotor duma criança.

## Factores de risco biológico

Os factores de risco biológico são múltiplos e tal como foi referido, tendem a ocorrer associados a factores ambientais.

### A. Pré-natais

#### a. Idade materna inferior a 18 e superior a 36 anos

A gravidez na adolescência está associada a uma maior prevalência de prematuridade e atraso de crescimento intra-uterino (ACIU). São muitas vezes gestações não desejadas em que a mãe se encontra só e com pouco apoio social. Esta situação coloca estes recém-nascidos em risco particular para atrasos de desenvolvimento. Por outro lado, a gravidez em mulheres com mais de 36 anos está associado a um maior risco de anomalias cromossómicas e a uma maior prevalência de prematuridade e de recém-nascidos de baixo peso (5).

#### b. Vigilância pré-natal inadequada

A vigilância pré-natal inadequada está associada a um maior risco de ruptura prematura de membranas, prematuridade e baixo peso. Esta condição é mais comum em mulheres de meios socioeconómicos mais desfavorecidos e adolescentes (5).

#### c. Infecções congénitas

As infecções congénitas do grupo TORCH (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirus e Herpes) estão associadas a um risco elevado de sequelas neurológicas. O diagnóstico precoce e a ins-



tuição da terapêutica adequada reduzem o risco de lesão neurológica na toxoplasmose e sífilis congénita. A infecção por citomegalovirus (CMV) é relativamente frequente, sendo contudo assintomática à nascença em cerca de 90% dos casos (6). Destes, uma pequena percentagem apresentará na infância problemas de aprendizagem ou défice auditivo.

#### **d. Patologia materna**

A terapêutica anti-convulsivante durante a gravidez está associada a um aumento da prevalência de defeitos congénitos e consequentemente, um aumento de distúrbios do desenvolvimento.

A *diabetes mellitus* relaciona-se com um aumento da prevalência de defeitos congénitos. A hipertensão arterial na grávida pode estar na origem de ACIU e hipoxia fetal (5).

#### **e. Défices nutricionais maternos**

O défice de ácido fólico periconcepcional está associado com um aumento de prevalência de defeitos do tubo neural (7).

A desnutrição e ganho ponderal inadequado durante a gravidez, associada ou não a ACIU, são mais comuns nas mães adolescentes.

#### **f. Toxicodependência, alcoolismo e tabagismo**

A exposição do feto a drogas ilícitas, nomeadamente heroína, marijuana e cocaína, está relacionada, em alguns estudos, com défices cognitivos e problemas de comportamento posteriores. Nestas situações o uso concomitante de álcool e nicotina e a patologia social subjacente aumentam o risco deste tipo de perturbações (8).

O consumo de álcool na população portuguesa e em particular na mulher, mantém-se em níveis preocupantes, apesar da redução dos últimos anos. Embora não existam casuísticas a nível nacional, estima-se que o número de novos casos de síndrome fetal alcoólico ronde os 150 a 450 por ano (9,10). A síndrome caracteriza-se por traços dismórficos associados a presença de má evolução estaturoponderal, atraso do desenvolvimento psicomotor e comportamento hiperactivo (10).

### **B. Perinatais**

#### **a. Asfixia perinatal**

A incidência de asfixia perinatal varia entre os 3 e 9 casos por 1000 nascimentos e pode resultar de vários factores: interrupção aguda do fluxo sanguíneo (prolapso do cordão ou descolamento da placenta) ou crónica (hipotensão materna, insuficiência placentária) ou reanimação inadequada. O risco da encefalopatia hipóxico-isquémica resultante evoluir para um quadro de paralisia cerebral, está relacionado com a sua gravidade, traduzida pelas manifestações clínicas no período neonatal (convulsões resistentes à terapêutica e alterações imagiológicas e/ou electroencefalográficas) (11).

#### **b. Prematuridade**

A imaturidade vascular do Sistema Nervoso Central (SNC) e da retina dos recém-nascidos pretermo está associada a um aumento da prevalência de hemorragias intraventriculares e retinopatia da prematuridade. As sequelas destas patologias são determinantes para o desenvolvimento psicomotor destas crianças. Por outro lado, a surdez neurosensorial tam-

bém é mais prevalente nesta população, pelo que o rastreio sistemático através de potenciais evocados a partir dos 3 meses de idade está indicado nos prematuros com menos de 2 500 g (12, 13).

### **c. Baixo peso ao nascer**

Os recém nascidos de baixo peso, principalmente os de muito baixo peso ao nascer (<750g), têm um risco acrescido de sequelas neurológicas.

O ACIU é na maioria dos casos resultado de uma nutrição ou oxigenação inadequadas. Esta privação pode estar associada, particularmente nos ACIU simétricos, a um desenvolvimento neuronal deficiente (13).

### **d. Hemorragia intraventricular**

As hemorragias intraventriculares (HIV) são observadas quase exclusivamente nos prematuros. A incidência de sequelas neurológicas é muito elevada, atingindo 60% a 90%, nas crianças que tiveram HIV grau III ou IV. As HIV grau I/II não aumentam significativamente o risco de paralisia cerebral ou atraso de desenvolvimento (5,6,13).

### **e. Hiperbilirrubinémia**

A icterícia é uma situação geralmente benigna e muito frequente mesmo no recém-nascido saudável. No entanto, quando são atingidos níveis mais elevados de bilirrubina (superior a 25 mg/dl) ou existe maior vulnerabilidade do recém-nascido (prematuridade, baixo peso), o risco de lesão do sistema nervoso central ou de surdez neurosensorial é significativo (5,7).

### **f. Distúrbios metabólicos**

O rastreio universal de distúrbios metabólicos potencialmente tratáveis veio reduzir as sequelas neurológicas secundárias a hipotireoidismo e fenilcetonúria. No entanto, existem inúmeros erros inatos do metabolismo não tratáveis e com consequências desastrosas para o desenvolvimento neuronal (5,7). Numa criança com défice cognitivo sem causa aparente deve ser considerada esta situação.

### **g. Internamento prolongado**

O internamento prolongado numa Unidade de Cuidados Intensivos no período neonatal priva o recém-nascido do normal contacto precoce com os pais. Para além disso, a necessidade de uma monitorização intensiva leva a que este esteja exposto a níveis de ruído elevados, a uma estimulação luminosa constante e a interrupção frequente dos períodos de sono. Todos estes factores associados a potenciais sequelas orgânicas, são responsáveis pelos problemas de desenvolvimento verificados nos prematuros (7).

### **h. Infecção**

O risco de transmissão mãe-filho do vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) no período perinatal é actualmente de 1-3% se forem cumpridas todas as medidas de prevenção. No entanto, nas gravidezes não vigiadas este risco eleva-se para 25%. A infecção adquirida no período perinatal é geralmente grave.

A incidência de envolvimento do SNC em crianças infectadas no período perinatal nos países em desenvolvimento é de cerca de 50-90% (esta percentagem é inferior nos países desenvolvidos). A forma mais grave de atingimento é a encefalopatia progressiva com deterioração cognitiva, microcefalia e disfunção motora simétrica. Existem, no entanto, formas de comprometimento neurológico menos exuberantes manifestando-se apenas por problemas comportamentais e dificuldades de aprendizagem (12).

### **i. Presença de malformações congénitas**

Cerca de 25% das crianças com defeitos congénitos major apresentam distúrbios do desenvolvimento. Esta percentagem é superior (cerca de 75%) se o recém-nascido for portador de uma malformação cerebral (13).

## **C. Pós-natais**

### **a. Infecção do SNC**

As complicações da meningite bacteriana, mais frequentes quando a infecção ocorre no período neonatal, incluem défice auditivo, epilepsia, hidrocefalia e atraso do desenvolvimento psicomotor. Todas as crianças com esta patologia devem ter um período de seguimento longo em consulta de desenvolvimento, pois as sequelas podem manifestar-se tardiamente (7).

### **b. Traumatismo**

O risco de sequelas neurológicas após um traumatismo craniano depende da sua gravidade, no entanto, mesmo traumatismos *minor* podem estar associados a distúrbios neuropsiquiátricos (14). As crianças vítimas de maus-tratos estão sujeitas a factores de risco social adicionais.

### **c. Epilepsia**

Cerca de um terço das crianças com epilepsia apresentam distúrbios do comportamento e problemas de aprendizagem (15). Na génese destes problemas estão dois factores: a disfunção neuronal consequente às descargas neuronais repetidas e os efeitos laterais da terapêutica anti-convulsivante.

### **d. Má evolução ponderal grave**

Aproximadamente um terço das crianças com má evolução ponderal sem causa orgânica apresenta atraso do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem ou distúrbios de comportamento. O prognóstico das crianças com má evolução ponderal de causa orgânica é mais variável (12).

### **e. Diminuição da acuidade visual e auditiva**

Cerca de 21% das crianças com défice auditivo grave e 66% das que apresentam défice visual grave, apresentam deficiência mental (15).

## **Factores de risco ambiental**

### **1. No primeiro ano de vida**

O primeiro ano de vida é uma fase crucial do desenvolvimento, pois nesta altura o Sistema Nervoso Central encontra-se numa fase de crescimento rápido, sendo muito vulnerável às influências do meio (16). A aquisição de novas habilidades motoras leva a um aumento significativo das capacidades exploratórias do bebé, o que favorece novas aprendizagens. Um recém-nascido de termo, sem qualquer patologia orgânica e rodeado de um meio ambiente favorável, tem todo o potencial para um desenvolvimento psicomotor adequado. Como já vimos, factores de risco orgânicos podem comprometer o normal desenvolvimento da criança, no entanto, também sabemos que um ambiente pouco estimulante no pri-



meiro ano de vida reduz o ritmo das aquisições, diminuindo a qualidade de interacção da criança com o meio e dificultando o desenvolvimento posterior (16,17).

Um estudo publicado em 1998 mostrou que o desenvolvimento de lactentes saudáveis no primeiro ano de vida é prejudicado por factores de risco ambientais (quadro 1). Este efeito é menor do que no grupo de lactentes com patologia orgânica, no entanto, é suficiente para gerar desvantagens psico-sociais capazes de perturbar o desenvolvimento. A associação de factores de risco, destacando-se: mãe com QI <80, ausência do pai, ausência de estimulação e temperamento apagado do lactente, pode prejudicar significativamente o desenvolvimento destas crianças (a associação destes quatro factores origina em média uma redução do índice de desenvolvimento motor de 13,5%) (18).

**Quadro 1:** Variáveis de risco para o desenvolvimento mental e para o desenvolvimento motor no primeiro ano de vida.

Variáveis	Baixo risco	Alto risco
<b>Desenvolvimento mental</b>		
Sexo	Feminino	Masculino
Aleitamento materno	>30 dias	<30 dias
Temperamento apagado	Não	Sim
Inteligência materna	> 80	< 80
Estimulação	75% Superior	25% Inferior
Ingestão de álcool	Não	sim
<b>Desenvolvimento motor</b>		
Aleitamento materno	>30 dias	<30 dias
Temperamento apagado	Não	Sim
Inteligência materna	> 80	<80
Estimulação	75% Superior	25% Inferior
Nível socioeconómico	75% Superior	25% Inferior
Presença do pai	Sim	não

(Adaptado de Andraca I, Pino P, Parra A, Rivera F. "Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas." Rev Saúde Publica, 1998; 32(2): 138-47)

## 2. Até aos 18 anos

Sabe-se que o desenvolvimento cognitivo é largamente dependente do nível socioeconómico da família em que a criança está inserida. O *Estudo Longitudinal de Rochester* (19) foi criado com o objectivo de estudar os factores de risco que determinam esta associação. As crianças foram avaliadas seriadamente entre o primeiro mês e os 18 anos de idade em relação ao desenvolvimento cognitivo, competências psico-sociais e condições ambientais a que estavam expostas.

Apesar de cada factor estudado aumentar o risco de problemas de desenvolvimento e de comportamento, reduzindo o QI 4 pontos em média, é sem dúvida a associação de vários desses factores (mais de 4) que define o grupo de alto risco para distúrbios do desenvol-



vimento (quadro 2). Aos 4 anos, 22% das crianças incluídas no grupo de alto risco apresentavam QI inferior a 85, duplicando esta percentagem na avaliação dos 13 anos. Todas as crianças incluídas no grupo de baixo risco apresentaram QI superior a 85. Ao longo dos anos notou-se uma estabilidade no número de factores de risco ambiental a que as crianças estiveram expostas, não permitindo determinar se é a exposição contínua ou a exposição precoce a estes factores de risco que determinam o desempenho cognitivo deficiente. Conclui o estudo que o desenvolvimento cognitivo e socioemocional dependem das pressões ambientais a que a criança está sujeita, dos recursos familiares para gerir essas pressões, do número de crianças que partilham esses recursos e da flexibilidade dos pais na compreensão dos seus filhos.

**Quadro 2:** Factores de risco para o desenvolvimento cognitivo.

Variáveis	Baixo risco	Alto risco
Doença mental materna	0-1 consultas de psiquiatria	>1 consultas de psiquiatria
Ansiedade materna	75% inferior	25% superior
Perspectivas dos pais	75% superior	25% inferior
Interacção espontânea	75% superior	25% inferior
Condições de stress	75% inferior	25% superior
Profissão	Qualificada	Não qualificada
Nível académico	Curso superior	Sem curso superior
Minoria	Não	sim
Suporte familiar	Pai presente	Pai ausente
Tamanho da família	1-3 crianças	>3 crianças

(Adaptado de Sameroff A. "Environmental risk factors in infancy". *Pediatrics* 1998; 102 (5): 1287-1292)

A pobreza coloca as crianças em risco por duas razões: por um lado, estão mais frequentemente expostas a múltiplos factores de risco (depressão materna, condições de *stress*, suporte social inadequado) e por outro, as consequências das suas dificuldades cognitivas são mais graves do que nas crianças com um nível socioeconómico mais elevado. Nas famílias com dificuldades socioeconómicas a depressão materna, o *stress* e a falta de apoio social são factores de risco interligados que actuam sinergicamente e se perpetuam (2).

### 3. Crianças com patologia prévia

Segundo alguns autores, em algumas situações, o nível socioeconómico da família é mais importante para o posterior desenvolvimento da criança do que o grau de patologia neonatal. Um estudo retrospectivo realizado no Hawai demonstrou que crianças de 2 anos de idade de classe socioeconómica mais elevada, com complicações perinatais, apresentavam QI 5 a 7% inferior às crianças de classes socioeconómicas mais desfavorecidas mas sem complicações neonatais. Por outro lado, crianças com nível socioeconómico inferior com patologia neonatal têm um QI 19 a 37% inferior às que não apresentam patologia neonatal (2). Enquanto que os factores perinatais têm um importante valor predictivo relativamente ao

desenvolvimento de incapacidades cognitivas severas, os factores sociais relacionam-se mais fortemente com atrasos intelectuais, incluindo atrasos da linguagem, mau desempenho académico e distúrbios do comportamento.

Outro estudo posterior teve como objectivo avaliar os factores de risco para o desenvolvimento cognitivo em ex-prematuros de muito baixo peso (< 1000 g). Foram identificados como factores de risco os maus-tratos à criança e algumas características parentais (idade materna inferior a 21 anos, família uni-parental, nível educacional inferior, grupos raciais minoritários). A existência de dilatação ventricular foi o único factor perinatal associado significativamente com um índice cognitivo inferior. Por fim, os autores concluíram que a negligência é um factor de risco independente para o desenvolvimento da criança, sendo mais importante que qualquer outro seja orgânico ou social (20).

## Considerações finais

O desenvolvimento psicomotor é claramente um produto final da função do sistema nervoso mas igualmente da sua interacção com o meio ambiente. Não faz hoje qualquer sentido o velho e "estafado" debate sobre a importância relativa do biológico e do ambiental (*nature versus nurture*). É actualmente aceite por cientistas de diferentes disciplinas, que as influências genéticas e ambientais interagem de forma dinâmica e continuada ao longo de todo o processo do desenvolvimento, sendo ambas simultaneamente, fonte de potencial e desenvolvimento e de risco e disfunção. Não está contudo clara, a forma como o ambiente influencia os genes e como as características genéticas associadas às experiências prévias, influenciam as interacções com o ambiente (21).

As experiências precoces afectam o crescimento e a estrutura do cérebro nos primeiros anos, sendo cada vez melhor a compreensão dos mecanismos subjacentes (16).

Conhecer os múltiplos factores de risco que podem afectar o normal desenvolvimento e ter a consciência da frequente associação potencialmente negativa entre factores ambientais e biológicos, são condições fundamentais para o correcto acompanhamento destas crianças. Pertencer a grupos de risco para problemas de desenvolvimento, não significa obrigatoriamente vir a tê-los. Contudo, idealmente todas as crianças de alto risco, em especial aquelas que associam múltiplos factores biológicos e ambientais, deveriam ser seguidas em consultas de desenvolvimento específicas com o objectivo de detectar precocemente eventuais atrasos ou outras sequelas neurológicas. Fundamental é também o envolvimento em programas de intervenção precoce (22-24), sendo nas situações de risco que a intervenção é verdadeiramente preventiva. Mas o que é intervenção precoce? Que tipo de serviços inclui? Quem a deve receber? Quais os benefícios que se podem esperar? A resposta a estas questões não está no âmbito deste trabalho e justifica seguramente um outro artigo.

Há contudo algumas características básicas a ter em conta no desenvolvimento e implementação de programas de intervenção precoce de qualidade: prestar serviços individualizados numa base comunitária, ser centrado na família, envolver profissionais de saúde, educação, serviço social e outros, e acima de tudo promover um grande envolvimento de quem melhor conhece a criança, os pais (25-27).

## Bibliografia

1. Glascoe FP. "Early detection of development and behavioral problems". *Ped in Rev* 2000; 21: 272-279.
2. Parker S, Greer S, Zucherman B. "Impact of poverty on early child development". *Ped Clin Nort Am* 1998; 35 (6): 1227-37.
3. Garbarino J, Ganzel B. The human ecology of early risk. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, ed. *Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000: 76-93.
4. Rossetti LM. *High-Risk Infants: Identification, assessment, and intervention*. London: Taylor and Francis, 1986.
5. Widerstrom AH, Nickel RE. "Determinants of risk in infancy". In: Widerstrom AH, Mowder BA, Sandall SR, ed. *Infant Development and Risk: An introduction*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997: 61-87.
6. Hay WH, Hayward A, Levin M, Sondheimer J (editors): "Current pediatric diagnosis and treatment". 14th Ed. Lange and Appleton, 1997.
7. Shonkoff JP, Marshal PC. The biology of developmental vulnerability. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, ed. *Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:35-53.
8. Frank D, Jacobs R, Beegly M et al. "Level of prenatal cocaine exposure and scores on the Bayley scales of infant developmental: Modifying effects of caregiver, early intervention, and birthweight". *Pediatrics* 2002; 110: 1143-52.
9. Melo MLM, Barrias J, Lisboa JB. "Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal". *Direcção Geral de Saúde*; Nov. 2001.
10. Batshaw ML, Coulon CJ. Substance Abuse: A preventable threat to development. In: Batshaw ML, ed. *Children with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997:143-162.
11. Timothy RB, Johnson MD. Fetal assessment and subsequent development. In: *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood*, vol 1. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1996:263-270.
12. Behrman RE, Kliegman R, Hal Jenson (editors). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17ª edição. International edition 2003.
13. Bernbaum CJ, Batshaw MI. Born too soon, born too small. In: Batshaw ML, ed. *Children with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997:115-142.
14. Christensen PJ. Pediatric Traumatic Brain Injury. In: *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood*, vol 1. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1996: 245-262.
15. Kirby R. "Co-occurrence of developmental disabilities with birth defects". *MRDD research reviews* 2002; 8; 182-7.
16. Nelson CA. The neurobiological bases of early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, ed. *Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000: 204-231.
17. Guralnick MJ. The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997.
18. Andraca I, Pino P, Parra A, Rivera F. "Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas." *Rev Saúde Publica*, 1998; 32(2): 138-47.
19. Sameroff A. "Environmental risk factors in infancy". *Pediatrics* 1998; 102 (5): 1287-1292.
20. Strathearn L, Gray P, Callaghan M, Wood D. "Child neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: prospective study". *Pediatrics* 2001; 108 (1): 142-51.
21. Blackman JA. Early Intervention: An overview. In: Odom SL, Hanson MJ, Blackman JA, Kaul S, ed. *Early intervention practices around the world*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co, 2003: 1-23.
22. Anderson L, Shinn C, Charles J. "Community interventions to promote health environments: early childhood development and family housing". *MMWR recommendations and reports* 2002; 51: 1-8.
23. Despacho Conjunto 891/99. Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. *Diário da República - II série* 1999; 15566-15568.
24. Allen MC. The High Risk Infant. *Ped Clin Nort Am* 1993; 40 (3): 479-490.
25. Boavida J, Carvalho L. A Comprehensive early intervention training approach. In: Odom SL, Hanson MJ, Blackman JA, Kaul S, ed. *Early intervention practices around the world*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co, 2003: 213-249.
26. Boavida J, Borges L. Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants and young children* 1994; 7 (1): 42-50.
27. Boavida J, Espe-scherwindt M, Borges L. Community-based early intervention: The Coimbra Project. *Child: Care, health and development* 2000; 26 (5): 343-354.

### Resumo

Avaliámos, no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico, em dois períodos de vinte e quatro horas de Fevereiro de 2003, os fármacos receitados a crianças que, após a observação médica, regressaram ao domicílio.

Foram prescritos medicamentos (maioritariamente antipiréticos) a respectivamente 35 e 32% dos pacientes inscritos em cada período.

No último dia do estudo foram inscritas 174 crianças e a 13% foram prescritos antibióticos (sobretudo Amoxicilina).

**Palavras-chave:** medicamentos, prescrições, urgência.

### Summary

Drugs prescribed for children not hospitalized, observed in the Emergency Department of the Pediatric Hospital, were evaluated during two periods of 24 hours, in February 2003.

Drugs (usually antypiretics) were prescribed in 35 and 32% of the total number of children observed in each period.

In the last period, 174 children were observed and antibiotics (mainly amoxicillin) were prescribed in 13%.

**Keywords:** drugs, prescriptions, emergency.

<sup>1</sup> Chefe de Serviço de Pediatria | <sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria  
Serviço de Urgência - Hospital Pediátrico de Coimbra



## Introdução

As reuniões gerais bissemanais do Hospital Pediátrico ( H.P.), que temos mantido praticamente desde a sua abertura em 1977, bem como as reuniões regulares dos diversos sectores, têm contribuído para posições comuns institucionais, periodicamente actualizadas e que surgem, neste contexto, de modo absolutamente natural.

A existência de uma filosofia comum, cientificamente apoiada e regularmente actualizada, é um justo motivo de orgulho do Hospital e envolve também e muito particularmente a área terapêutica, hospitalar e dos sectores do ambulatório.

Uma elevada percentagem das crianças e jovens que são admitidas nos Serviços de Urgência (S.U.) dos hospitais portugueses apresentam situações clínicas benignas, típicas de Cuidados de Saúde Primários.

Pretendemos saber, quais os medicamentos prescritos no nosso S.U. a crianças que regressaram ao domicílio, após observação médica.

## Métodos

O estudo incidiu em 2 períodos de 24 h do mês de Fevereiro de 2003. No primeiro dia registámos a percentagem de crianças a quem tinha sido prescrito qualquer medicamento.

No segundo dia, além deste dado registámos também todos os casos em que foram prescritos antibióticos e a respectiva identificação.

A recolha de dados foi feita sem qualquer conhecimento prévio dos médicos que nesses dias asseguraram o S.U.

## Resultados

Os dados colhidos estão sintetizados no quadro seguinte:

Dias	Nº total de admissões/24h	Prescrição de qualquer medicamento (%)	Prescrição de antibióticos (%)
3	176	35	
7	174	32	13 *

\*Amoxicilina - 13 | Amox + ac. Clav. - 6 | Azitromicina - 1 | Ácido fusídico gel - 3

## Comentários

Destes dados — bem complementados pelo conhecimento quantitativo e qualitativo da patologia não muito diferenciada que ocorre desde sempre ao nosso S.U. e pela monitorização da evolução clínica/readmissões, levada a cabo diariamente pelos dois elementos fixos do S.U. — parece-nos possível concluir que, genericamente, estamos a trabalhar bem: receitar... nem sempre é indispensável, antibióticos... quando necessários.

A percentagem de crianças a quem foram prescritos antibióticos, ainda para mais numa altura do ano de claro predomínio de infecções respiratórias, não deve desmerecer de qualquer bom S.U. de um país do norte da Europa e quanto ao padrão de prescrição dos mesmos... a diferença estará sobretudo na nossa não utilização de Penicilina oral — como se sabe indisponível no mercado nacional desde há muitos anos. Nestas condições é correc-

tíssimo que a Amoxicilina seja o fármaco mais receitado, visto predominarem as infecções respiratórias altas ou baixas.

A ausência de "tarefeiros" — médicos que trabalham nos S.U. em certas zonas do país mas que não participam nas reflexões regulares sobre os casos clínicos e respectivas orientações terapêuticas — e a dinâmica formativa do H.P. são alguns dos mais importantes condimentos para a situação de que este estudo é um bom reflexo.

## Bibliografia

1. Lemos L. A utilização de antibióticos em crianças e jovens no ambulatório: é urgente prescrever menos e melhor. Mundo Médico 2003;28:64-66.



Fui um malandroco...

Nasci antes do tempo porque não estava a crescer bem na barriga da minha mãe. Num dia de verão o meu sossego foi abruptamente interrompido, quando pesava apenas 950 g e quando faltavam ainda 3,5 meses para o resto da minha viagem, que tinha sido programada com tanto carinho.

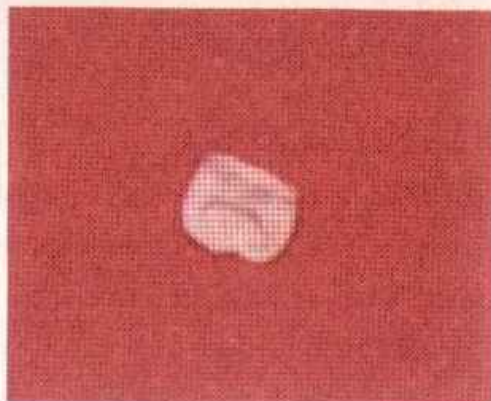
Os meus primeiros dias foram algo atribulados, precisei de ajuda para respirar durante alguns dias — primeiro com uma máquina que soprava de vez em quando e depois com outra que me ajudava a não me cansar tanto. Quando tinha 3 dias pensaram que o meu rabito não era perfeito e fizeram-me viajar numa caixinha quentinha e barulhenta para o hospital dos meninos maiores. Felizmente estava tudo bem e regressei ao fim de 1 semana. Só precisei de clisteres e muita paciência.

Poucos depois de voltar para a minha primeira casa ouvi dizer “olhem tem um alto na gengiva de baixo, será que foi da sonda ou é um quisto?”. Uns dias depois aquele alto começou a doer-me, desatei a chorar mas ninguém percebia o que eu tinha. Fizeram-me festinhas, deram-me “doces e chupas” e como eu continuasse a queixar-me deram um xarope para as dores que me fez bem. No outro dia, acordei mais bem disposto e foi quando disseram “olhem ... tem um dente, por isso ele chorava...”. Dente?! Que disparate, pensei, essas coisas nascem mais tarde (eu tinha apenas 25 dias de vida!), mas... fui lá com língua e senti algo rijo e pequenito. Tão pequenito que não entendo porque me doía tanto...



Este sou eu a chorar, reparem como é lindo o meu dente...





O meu dentito depois de cair em cima do tapete do "rato" do computador. É tão pequenino!!!

Esse meu dentito caiu 4 dias depois e a minha mãe guarda-o carinhosamente embrulhado para me mostrar quando eu for grande.

Agora sou crescido, já tenho quase 2 anos e sou um "reguilote"... Pedi a estas minhas amigas para contarem esta história para todos vocês se lembrarem que, às vezes, também nós pequenitos temos destas coisas...

**Gabriela Mimoso, Adelaide Taborda**  
Equipa da UCIN da MBB - 2003

## Bibliografia

1. Salgado M. Dente Natal. Saúde Infantil 2001;22/1:91-92.





## **Os antipiréticos previnem as convulsões febris?**

As convulsões febris (CF) são desencadeadas pela febre e os antipiréticos são utilizados para baixar ou impedir a subida da febre.

Numa criança com antecedentes de CF os antipiréticos são aconselhados para evitar novas convulsões. A evidência sugere, contudo, que estes fármacos na realidade não previnem convulsões.

Num hospital citado neste artigo, 13% das crianças admitidas com uma primeira CF, desencadearam novos episódios convulsivos pouco depois da entrada apesar da administração "por rotina" de paracetamol, para controlar a febre.

As crianças com elevado risco de repetição de CF (antecedentes de CF complexa, história familiar de CF, idade < 1 ano, febre baixa durante a CF) têm 80% de probabilidade de voltarem a repetir CF enquanto que as que não têm estes factores de risco raramente têm recorrências.

Nem o paracetamol administrado a intervalos regulares ou no momento da febre, nem o Ibuprofeno, nem o Diazepam previnem as CF.

Creio que as mães das crianças com múltiplas CF que frequentam o nosso Serviço de Urgência sabem bem os limites dos antipiréticos! Tal como as enfermeiras, nas Unidades de Internamento de Curta Duração!

**Phillips B. Do antipyretics prevent febrile convulsions?**

**BMJ 2003;88:641-2.**

## **Infecção estreptocócica peri-anal.**

### **A propósito de um surto comunitário, outras informações úteis!**

A infecção estreptocócica peri-anal, descrita pela primeira vez em 1966, é agora melhor conhecida dos pediatras.

A apresentação clássica é a de um eritema com exsudação peri-anal, bem delimitado, com dor rectal (à emissão de fezes, por vezes com retenção secundária das mesmas e fissuras anais secundárias) e fezes por vezes raiadas de sangue. Pode ocorrer um corrimento purulento anal. Não há febre nem sinais sistémicos.

O que era menos conhecida era a possibilidade de uma infecção simultânea de várias crianças (neste estudo 12, das quais 6 frequentavam o mesmo infantário). A idade média era de 6 anos. Em 3 casos a Penicilina oral (2 x dia, 10 dias) não foi suficiente e nestes não houve recorrência após tratamento com um macrólide (7 dias).

De notar que, segundo os autores, esta situação clínica era desconhecida da maior parte dos médicos de Clínica Geral que contactaram as crianças, tendo sido evocados diagnósticos de candidíase perineal e infestação por vermes intestinais.

**Community outbreak of perineal group A streptococcal infection in Denmark. Pettersson JP, Kalso M, Misfeldt J C et al. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:105-9.**

### **Doença da arranhadela do gato ocorrendo simultaneamente em 3 irmãos!**

É raro encontrarem-se referências a uma infecção simultânea de vários familiares pela *Bartonella henselae*. Mas, claro, se todos brincam com os mesmos gatos!...

Neste artigo foram afectados 3 irmãos: um de 8 anos (adenopatia supraclavicular e febre), outro de 11 anos (3 semanas de febre elevada diária, com arrepios, sem adenopatias nem organomegália) e o último, de 13 anos (febre com mais de 2 semanas e adenopatias).

A terapêutica consistiu em Rifampicina, 10 mg/kg/24 h, em 2 tomas, durante 10 dias.

**Cat-scratch disease occurring in three siblings simultaneously. Gonzalez BE, Correa AG, Kaplan SL et al. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:467-9.**





## Próximos congressos ASIC

19 e 20 de Fevereiro de 2004	13º Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico Novos conhecimentos, atitudes e práticas	Grande Hotel das Termas de Luso
25 a 27 de Março de 2004	3º Congresso internacional de reabilitação pediátrica em doenças neuromusculares	Auditório da Reitoria da Univ. Coimbra
1 e 2 de Abril de 2004	X Seminário de Desenvolvimento	Auditório da Reitoria da Univ. Coimbra
18 e 19 de Junho de 2004	XXI Curso de Pediatria Ambulatória	Auditório da Reitoria da Univ. Coimbra

## XX CURSO DE PEDIATRIA AMBULATÓRIA

A 27 e 28 de Junho de 2003 realizou-se no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra o XX Curso de Pediatria Ambulatória (CPA), organizada pela Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC), sob a direcção dos médicos do Hospital Pediátrico (HP), os Drs. Luís Lemos, Luís Januário, Fernanda Rodrigues e Manuel Salgado.

O programa incluiu os temas referidos no Quadro 1:

### Quadro 1: Programa do XX Curso de Pediatria Ambulatória.

- Varicela: problemas actuais — Dr. Manuel Salgado (HP)
- Gengivo-estomatite herpética — Dr.<sup>a</sup> Teresa Silva (HP)
- Os jovens e a noite — Dr. João Breda (Direcção Geral de Saúde)
- Analgesia e reacções pós-vacinais — Enf.<sup>a</sup> Carmen Oliveira e Celeste Ferrão (Centro Saúde de Anadia)
- Prevenção de acidentes rodoviários: uma experiência de sucesso — Dr.<sup>a</sup> Elsa Rocha (Hospital Faro) e Chefe António Carmo (PSP Faro)
- Interligação CSP/Serviço Pediatria: um exemplo — Dr.<sup>a</sup> Carolina Veloso (C.S. Carregal do Sal)
- Casos clínicos — Serviço Consulta Externa (HP)
- Intoxicações agudas — Dr.<sup>a</sup> Fernanda Rodrigues (HP)
- Recém-nascido: cuidados básicos no domicílio — Dr.<sup>a</sup> Mónica Oliva (HP)
- Dor abdominal recorrente — Dr. Ricardo Ferreira (HP)
- Medicamentos controversos — Dr. Luís Lemos (HP)



Das 11 prelecções, 7 foram realizadas por médicos do HP e 4 por convidados de outras instituições.

Inscreveram-se neste Curso 153 congressistas: 114 médicos (33 pediatras, 45 clínicos gerais, 18 internos de pediatria, 9 internos de clínica geral e 9 outros médicos), 38 enfermeiros e 1 estudante (de enfermagem).

Comparativamente ao ano anterior verificaram-se menos 8 inscrições.

Como tem sido habitual nos anteriores CPA, foi solicitado aos presentes que dessem opiniões, fizessem críticas e sugestões para os próximos cursos.

Responderam ao inquérito 58 participantes (38%): 47 médicos (41% dos médicos), 11 enfermeiros (29% dos enfermeiros). Não obtivemos nenhuma resposta ao inquérito por outras categorias profissionais.

Sobre a questão "Opinião Geral sobre o Curso" e se conseguiu os objectivos: "1. Integralmente"; "2. Bem"; "3. Razoavelmente"; "4. Não conseguiu", responderam 57 dos 58: sublinharam "Integralmente" 16 (28%) e Bem 41 (72%).

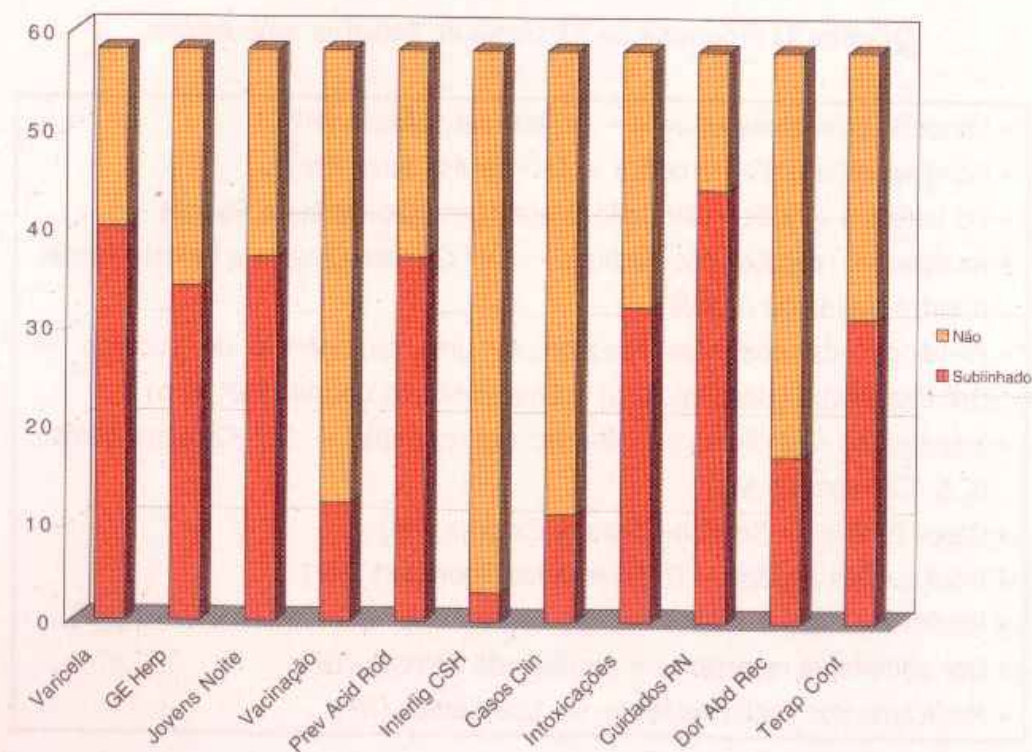
A opinião foi mais favorável pela parte dos médicos. Dos 47 médicos, 14 (30%) e 2 dos 11 enfermeiros (18%) responderam "Integralmente".

Por estas respostas, concluímos que a opinião geral sobre o Curso foi muito favorável.

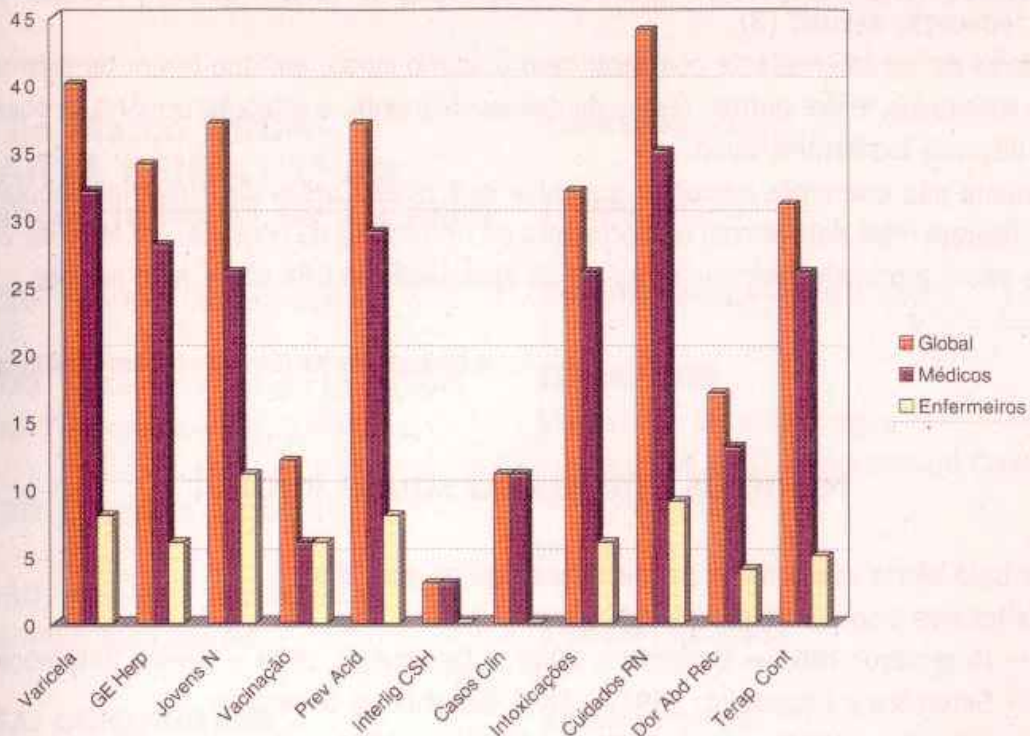
Pedia-se também que sublinhassem as prelecções que foram mais do agrado de cada um.

As cinco mais vezes sublinhadas, por ordem decrescente, foram: "Recém-nascido: cuidados básicos no domicílio" (44 = 76%), "Varicela: problemas actuais" (40 = 70%), "Os jovens e a noite" (37 = 64%), "Gengivo-estomatite herpética" (34 = 59%), "Intoxicações agudas" (32 = 55%) - (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Amostragem global das preferências.





**Gráfico 2:** Preferências entre as categorias profissionais.

Como seria de esperar, verificaram-se algumas diferenças nas preferências entre médicos e enfermeiros: os enfermeiros preferiram temas de índole social enquanto os médicos deram maior relevância aos temas clínicos (Gráfico 2).

Em relação aos "Comentários ao Curso", apenas 24 (41%) dos 58 responderam. A opinião geral foi muito favorável, com apenas 3 críticas.

Entre as opiniões favoráveis agrupámo-las em três grupos: a) Organização; b) Qualidade do Curso; c) Global. O número de resposta é anotado entre parêntesis.

Em relação à Organização foi referido: "pontualidade" (5); "boa organização" (2); "bom almoço" (2).

Em relação à "Qualidade do Curso": "boas apresentações" (8); "bom curso" (5); "boa escolha dos temas" (4); "temas práticos" (4); "boa discussão" (3); "bons comentadores" (2).

Em relação ao "Curso em Geral": "parabéns" (5); "aprendi bastante" (2); "material distribuído muito bom" (1); "nada a criticar" (1).

Em relação às "Críticas", foram três os reparos: "necessidade de mais tempo para a discussão" (1), "sala fria" (1), "críticas pelos oradores em relação à terapêutica que não devem ser utilizadas, mas os mesmos prescrevem-nas na privada" (1).

Não deixa de ser curiosa esta última crítica feita por um médico. Contudo ela é injusta e despropositada: todos os prelectores deste Curso são coerentes nas suas afirmações e nas suas prescrições e maioritariamente não exercem medicina privada.

Foi igualmente pedido que sugerissem temas para os próximos cursos. Foram sugeridos 51 temas diferentes. Os 12 temas mais requisitados foram: "desenvolvimento psicomotor" (7), "crescimento" (7), "infecção urinária" (6), "alimentação" (5), "cefaleias" (5),

"dispneias expiratórias" (4), "ortopedia infantil" (4), "patologia urológica/uropatias de diagnóstico pré-natal" (4), "parasitoses intestinais" (4), "patologia oral" (3), "obesidade" (3) e "educação sexual" (3).

Não deixa de ser interessante comparar com o último curso, em que foram também mais vezes solicitados, entre outros, temas de desenvolvimento, a infecção urinária, a obesidade, a dispneia expiratória/asma.

Finalmente não queremos deixar de sublinhar que estes Cursos de Pediatria Ambulatória (CPA) ficaram mais pobres com o falecimento do Dr. Nicolau da Fonseca, em Maio de 2003. E este ano é a primeira vez que o registo da apreciação ao CPA não é feito por ele.

A Direcção do XX Curso de Pediatria Ambulatória

## Números antigos da saúde infantil

Temos para oferta números da Saúde Infantil até ao ano 2000.

Os exemplares disponíveis são os seguintes:

1986 — Dezembro; 1987 — Dezembro; 1988 — Dezembro; 1989 — Abril e Setembro;  
1990 — Setembro e Dezembro; 1991 — Abril, Setembro e Dezembro;  
1992 — Setembro; 1993 — Abril; 1994 — Dezembro; 1995 — Setembro e Dezembro;  
1996, 1997, 1998, 1999 e 2000 — Abril, Setembro e Dezembro.

Os interessados poderão passar na ASIC para solicitarem os respectivos exemplares. Poderão também contactar por telefone, fax e e-mail (T. 239 484 464, fax 239 482 918, [asic.hp@mail.telepac.pt](mailto:asic.hp@mail.telepac.pt)).

O envio por correio será feito à cobrança (despesas de envio).

A revista Saúde Infantil passará a ser enviada à cobrança (portes de correio), sempre que o seu envio extemporâneo seja causado por atraso no pagamento da assinatura.

## 13º Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico Novos conhecimentos, atitudes e práticas

Local: Grande Hotel das Termas de Luso

Data: 19 e 20 de Fevereiro de 2004

Infecção por *Helicobacter pylori*

Anorexia no lactente e no adolescente

Traumatismos crânio-encefálicos

Diabetes tipo 1

Atraso de crescimento intra-uterino e consequências endócrino-metabólicas

Oncologia pediátrica

# 3º CONGRESSO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA EM DOENÇAS NEUROMUSCULARES

**25 de Março 2004**  
**QUARTA FEIRA / 1º dia**  
**Crianças maiores de 12 anos**

**08h30** Abertura do secretariado

**09h00** Testemunho de um jovem com  
Doença Neuromuscular [15 minutos]

**09h30** Cerimónia de abertura

**10h00** Primeira mesa redonda  
Moderador: José Barros

## **TEMA: COMUNIDADE – ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO**

[20 minutos cada comunicação]

- Escola – Dr. Francisco Vitorino [Presidente do Conselho Directivo da Escola Secundária de Águeda]
- Edifícios públicos – Arquitecto Falcato
- Transportes – Metro do Porto
- Emprego – I.F.P.

**11h15** Discussão

**11h30** Intervalo

**11h45** Segunda Mesa Redonda  
Moderadora: Dra. Isabel Fineza

## **TEMA: COMUNIDADE – ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO**

[15 minutos cada comunicação]

- PNEUMOLOGIA – Dra. Helena Estevão
- ORTOPEDIA – Dr. Jorge Seabra
- PEDOPSIQUIATRIA – Dra. Cristina Oliveira
- CARDIOLOGIA – Dra. Lucia Ribeiro

**12h45** Discussão

**13h00** Almoço

**14h30** Primeira mesa redonda

## **TEMA: DOR**

Moderador: Dr. Luís Borges

- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Inglaterra
- França

**15h15** Discussão

**15h30** Intervalo

## **16h00 "COMUNICAÇÕES LIVRES"**

[3 comunicações de 10 minutos cada]

Moderadores: Ft Marion e Ft Corte Real

- 1 – T.O.Inglesa: Intervenção com a comunidade e famílias de crianças com DUCHENNE
- 2 – Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis

**16h45** Discussão

**17h00** Encerramento das actividades

**26 de Março 2004**  
**QUINTA FEIRA / 2º dia**  
**Crianças dos 6 aos 12 anos**

**09h00** Primeira Mesa Redonda

Moderadora: Dra. Isabel Fineza

## **TEMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – Dr. Eugene**



**09h30** GENÉTICA – Dra. Isabelle Des-  
guerre

**10h00** GENÉTICA – Instituto de Genética  
do Porto

**10h30** Discussão

**10h45** Intervalo

**11h00** Segunda Mesa Redonda  
Moderadora: Ft Alice Beja

### **TEMA: REABILITAÇÃO**

[20 minutos cada palestrante]

— Fisioterapia – Ft. Marion Main e Ft.  
Jacques Paulus

— Terapia Ocupacional – Terry Robinson/  
Aurélie Barrière

— Terapia da Fala: Problemas da alimen-  
tação – Tf. Annie Bagnall

— Nutrição: Dr. Sérgio Velho

**13h00** Discussão

**13h15** Almoço

**14h45** Primeira mesa redonda  
Moderador: Dr. Jorge Seabra

### **TEMA: PREVENÇÃO E INTER- VENÇÃO – EXPERIÊNCIA DA EQUIPA DO HAMMERSMITH HOS- PITAL**

Ortopedista, Ft. Marion, Steve

**15h35** Discussão

**15h45** WORKSHOP

1– INTERVENÇÃO EM RESPIRATÓRIA

2– TECNOLOGIAS DE APOIO

**18h00** Encerramento das actividades

**20h30** Jantar do Congresso

## **27 de Março 2004 SEXTA FEIRA / 3º dia Crianças dos 0 aos 6 anos**

**09h00** Primeira Mesa Redonda  
Moderador: Dr. Luís Borges

### **TEMA: DIAGNÓSTICO PRÉ NATAL [ACONSELHAMENTO GENÉTICO] CONSULTA GENÉTICA H.P.**

**09h20** Avanços na Investigação – Dr.  
Eugene

**09h40** Discussão

**09h50** Intervalo

**10h00** Segunda Mesa Redonda  
Moderador:

### **TEMA:**

Isabelle Desguerre e Dra Helena Estevão

**10h40** Testemunho de uma família de  
criança com Doença Neuromuscular

**11h00** Discussão

– EDUCAÇÃO

– PSICOLOGIA [Cecília Azevinheiro Amaro]

– PAINEL COM APN E ENTIDADES OFICIAIS

**12h00** Cerimónia de encerramento



No número de Abril, no artigo «Síndrome de Down — casuística de uma consulta», o gráfico que aparece na página 47 está errado, pelo que agora apresentamos a versão correcta.

Gráfico 1- Idades na 1ª consulta e actual

