

DIRETORIA SPP - BIÊNIO 2002-2003

Presidente: Eliane Mara Cesário Pereira Maluf
Presidente de Honra: Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1º Vice-Presidente: Paulo Ramos David João (Curitiba)
2º Vice-Presidente: Milton Macedo de Jesus (Londrina)
3º Vice-Presidente: José Carlos Amador (Maringá)
4º Vice-Presidente: Renato Tamehiro (Cascavel)

Secretária Geral: Marizilda Martins
1º Secretário: Aristides Schier da Cruz (Curitiba)
2º Secretário: Eduardo Almeida Rego Filho (Londrina)

Tesouraria
1º Tesoureiro: Gilberto Pascolat
2º Tesoureiro: Dorivan Celso Nogueira

Conselho Fiscal: Diether H. Garbers (Curitiba), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), João Gilberto S. Mira, Gilberto Saciloto (Guarapuava)

Comissão de Sindicância: Marcos P. Ceccato (Curitiba), Luis Henrique Garbers, Robertson D'Agnoluzzo, Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu), Maurício Bettinardi (Ponta Grossa)

Conselho Consultivo: Sérgio Antoniuk (Curitiba), Vitor Costa Palazzo, Ana Paula Kuczynski, Adilson N. Dallastra (Pato Branco), Osório Ogasawara (Paranavaí)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

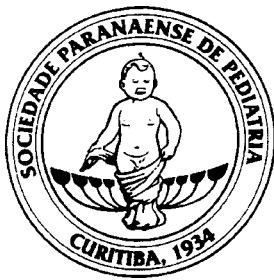
Departamento de Adolescência
Lucimara Gomes Baggio
Departamento de Aleitamento Materno
Zuleica Thonson
Departamento de Alergia - Imunologia
Loreni Kovalhuk
Departamento de Cardiologia
Nelson I. Miyagui
Departamento de Defesa Profissional
Álvaro Luiz de Oliveira
Departamento de Dermatologia
Leide Parolin Marinoni
Departamento de Endocrinologia
Romolo Sandrini Neto
Departamento de Gastroenterologia
Mário César Vieira
Departamento de Infectologia
Cristina Rodrigues da Cruz
Departamento de Nefrologia
Maria Rita Roschel
Departamento de Neonatologia
Ângela Sara Jamusse de Brito
Departamento de Neurologia Pediátrica
Antonio Carlos de Farias
Departamento de Onco-Hematologia
Mara Albonei Pianovski
Departamento de Pneumologia
Carlos Massignan
Departamento de Reumatologia
Paulo Fernando Speling
Departamento de Saúde Mental
Jussara Ribeiro dos Santos Varassin
Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente
Luci Pfeiffer Miranda
Departamento de Terapia Intensiva / Suporte Nutricional
Mario Marcondes Marques Junior

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 03 NÚMERO 02.

O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas. Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR
Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 223-2570 Fax: 41 324-7874 Curitiba - PR
Http://www.spp.org.br e-mail: sppediatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Telefone: 41 335-9233 www.fidellize.com.br Curitiba - PR



Jornal Paranaense de Pediatria

EDITOR - COORDENADOR GERAL

Sérgio Antônio Antoniuk

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Gilberto Pascolat

Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

José Eduardo Carrero

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuo Moriya

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Regina P. G. Vieira Cavalcante Silva

Professora Substituta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Walid Salomão Mousfi

Professor Responsável pela Disciplina de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Löhr

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Carlos A. Riedi

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

César Sabbaga

Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Daltro Zunino

Professor Colaborador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Nefrologia Pediátrica.

Eduardo de Almeida Rego Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Evanguelia Athanasio Shwetz

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Geraldo Graça

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica.

Isac Bruck

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Ismar Strachmann

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Terapia Intensiva.

José Carlos Amador

Mestre em Pediatria

Leide P. Marinoni

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

Lúcio Esteves

Médico Pediatra, 3º Vice Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria

Luiz Antônio Munhoz da Cunha

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Luiz de Lacerda Filho

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica

Mara Albonei Pianovski

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria

Margarida Fatima Fernandes Carvalho

Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo

Marina Hideko Asshiyde

Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

Mário Vieira

Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Milton Elias de Oliveira

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel

Mitsuru Miyaki

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Monica N. Lima Cat

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Informática Médica.

Nelson Augusto Rosário Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

Nelson Itiro Miyague

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

III JORNADA PARANAENSE DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA

24 e 25 de maio de 2002

EDITORIAL

Prezado (a) Colega

A **Sociedade Paranaense de Pediatria** realizará a III Jornada Paranaense de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica **nos dias** 24 e 25 de maio de 2002.

O evento foi planejado com o objetivo de abordar temas variados destas áreas do atendimento pediátrico, que são do interesse de pediatras, residentes, nutricionistas e estudantes de nutrição.

As datas e horários foram escolhidos tendo-se em mente a menor interferência nas atividades de trabalho semanais e o programa prevê tempo adequado para discussão após as apresentações, permitindo que os participantes resolvam suas dúvidas de ordem prática.

Sua presença será fundamental para o sucesso do evento.

Até breve.

Mário C. Vieira

Presidente do Comitê de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica - SPP

LOCAL DO EVENTO

Sociedade Paranaense de Pediatria

Fone (41) 223 2570 Fax: (41) 324 7874

R. Des. Vieira Cavalcanti, 550 - Mercês

E-mail: sppediatria@hotmail.com

80510-090 Curitiba-PR

PROGRAMAÇÃO

24/05/2002 - Sexta - Feira

20:00 - 22:00 horas

Mesa Redonda (Gastroenterologia)

Presidente: Dra. Sandra L. Schüler (PR)

Secretária: Dra. Luciana M. Martinelli (PR)

Dor Abdominal Crônica Recorrente - **Dra. Luciana Rodrigues Silva (BA)**

Doença Inflamatória Intestinal - **Dr. Mário C. Vieira (PR)**

Doença Celíaca - **Dr. Aristides S. da Cruz (PR)**

25/05/2002 - Sábado

08:00 - 09:00 horas

Conferência

Presidente: Dra. Sandra L. Schüler (PR)

Hepatites Virais - Diagnóstico e Profilaxia - **Dra. Luciana Rodrigues Silva (BA)**

09:00 - 10:15 horas

Mesa Redonda (Hepatologia)

Presidente: Dra. Jocemara Gurmini (PR)

Secretária: Dra. Daniela Ouno (PR)

Colestase Neonatal - Importância do Diagnóstico Precoce - **Dra. Luciana Rodrigues Silva (BA)**

Suporte Nutricional Hepatopata - **Dr. Carlos Garcia Oliva (SP)**

Indicações do Transplante Hepático - **Dra. Sandra L. Schüler (PR)**

- 10:30 - 11:45 horas **Mesa Redonda (Nutrição)**
 Presidente: Nutr. Claudia Choma (PR)
 Secretária: Nutr. Simone Lopes (PR)
 Avaliação Nutricional em Pediatria - **Dr. Carlos Garcia Oliva (SP)**
 O Papel do Zinco no Crescimento - **Nutr. Andréa Grano Marques (PR)**
 Dietas Enterais em Pediatria - **Dr. Carlos Garcia Oliva (SP)**
- 14:00 – 15:45 horas **Mesa Redonda (Gastroenterologia)**
 Presidente: Dr. Aristides S. da Cruz (PR)
 Secretário: Dr. Guilherme C. C. Valente (PR)
 Constipação Intestinal - **Dr. Alfredo Z. Wills (PR)**
 Hemorragia Digestiva - **Dr. Mário C. Vieira (PR)**
 Diagnóstico por Imagem em Gastroenterologia - **Dra. Angela Bertoldi (PR)**
 Patologias Cirúrgicas do Aparelho Digestivo - **Dr. Cesar C. Sabbaga (PR)**
- 16:00 - 17:30 horas **Mesa Redonda (Nutrição)**
 Presidente: Nutr. Simone da Silva Cunha (PR)
 Secretária: Nutr. Karla P. Doria Fonseca (PR)
 Abordagem Nutricional na Disfagia - **Dra. Jocemara Gurmini (PR)**
 Desnutrição Hospitalar - **Dra. Isaura M. Faria (PR)**
 Abordagem Nutricional no Paciente Oncológico - **Dra. Jocemara Gurmini (PR)**

Índice

| | |
|--|-----------|
| EDITORIAL | 28 |
| ARTIGO ESPECIAL | |
| <i>III JORNADA PARANAENSE DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA</i> | |
| Fórmulas alimentares no primeiro ano de vida | 30 |
| <i>Jocemara Gurmini, Mário C. Vieira</i> | |
| ARTIGO ESPECIAL | |
| <i>III JORNADA PARANAENSE DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA</i> | |
| Constipação intestinal | 33 |
| <i>Mário C. Vieira, Jocemara Gurmini</i> | |
| ARTIGO ORIGINAL | |
| Condutas de pais frente aos filhos com asma¹ | 38 |
| <i>Eneida M. L. de Souza, Suzane S. Löhr</i> | |
| ARTIGO ORIGINAL | |
| O Perfil do Pediatra de Curitiba: 2ª Parte, formação profissional e atuação sócio-política | 42 |
| <i>Nelson Egydio de Carvalho, Jussara Ribeiro dos Santos Varassin, Maria Lúcia Maranhão Bezerra</i> | |
| PERGUNTA AO ESPECIALISTA | |
| Dentro das rotinas pediátricas, o afastamento do bebê de sua mãe após o parto é prejudicial à saúde mental? | 46 |
| <i>Maria Lúcia Bezerra, Cecília M. Zanchet, Carla P. Diz</i> | |

Fórmulas alimentares no primeiro ano de vida

Jochemara Gurmini(1), Mário C. Vieira(2)

O uso de substitutos do leite humano sempre existiu, desde os tempos mitológicos. Na Bíblia, gregos, romanos e no Brasil colonial há relatos de amas de leite.

No final do século XIX, com o advento de melhores técnicas de preparo, conservação e manuseio dos alimentos, bem como a incorporação da mulher no mercado de trabalho, o uso de alimentos substitutos do leite humano expandiu-se imensamente.

Em 1912 foi produzido o primeiro leite industrial. Segue-se o início do período das fórmulas lácteas que utiliza o leite de vaca, procurando uma composição que se assemelhe ao leite humano. São os leites apresentados pelas indústrias alimentícias como "maternalizados" ou "humanizados".

A composição do leite humano depende da idade da gestação e do período após o parto. Também há variação conforme a hora do dia, e do início ao fim de cada mamada. As fórmulas artificiais possuem uma composição constante, determinada por leis e normas e não pelas necessidades individuais da criança.

Mesmo mães desnutridas, a não ser que estejam em estado de caquexia, produzem leite de composição semelhante ao leite de mães bem nutridas. Com a acentuação da desnutrição o que ocorre é uma diminuição da quantidade do leite produzido, e só posteriormente alterações qualitativas podem ocorrer.

Além das vantagens nutricionais conhecidas, efeito protetor contra infecções, aspectos psicológicos e econômicos, o aleitamento materno propicia o desenvolvimento ponderal satisfatório devido a sua composição nutricional adequada. A mudança da composição e concentração de nutrientes no decurso de cada mamada permite que a criança sinta sabores diferentes, desenvolvendo a sensação de saciedade. A sucção da aréola e mamilo facilita o desenvolvimento oral. Ainda, a alergia alimentar é menos freqüente nas crianças que receberam exclusivamente leite humano no primeiro semestre de vida.

"Leite Infantil Modificado" é o alimento preparado industrialmente de acordo com os padrões do Codex Alimentarius- FAO/OMS- 1994, para satisfazer as exigências nutricionais dos lactentes e adaptado às características fisiológicas da faixa etária à qual se destina. (Artigo 3º da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Resolução CNS nº. 31/92 de 12 de outubro de 1992).

Fontes de nutrientes

PROTEÍNAS: Caseína, lactoalbumina, proteína isolada da soja, soro de leite, L-aminoácidos.

CARBOIDRATOS: Amido, dextrino-maltose, lactose, sacarose, polímeros de glicose, xarope de milho.

GORDURAS: Óleo de milho, óleo de girassol, gordura láctea. Os triglicérides de cadeia média são fornecidos através da gordura de coco ou do TCM obtido industrialmente.

Classificação

Fórmulas Completas

1. Fórmulas Poliméricas ou com Nutrientes Íntegros

São aquelas cujos nutrientes apresentam-se na sua forma intacta (proteínas, carboidratos, lipídios), vitaminas e minerais em quantidades suficientes para manter o estado nutricional de um indivíduo sadio e normal. Podem apresentar ou não lactose na sua composição.

2. Fórmulas Semi-elementares ou Oligoméricas

São dietas intermediárias às poliméricas e monoméricas. A proteína aparece como hidrolisado, suplementado ou não com aminoácidos cristalinos.

3. Fórmulas Elementares ou Monoméricas

São aquelas cujos elementos apresentam-se na sua forma mais simples, são de fácil digestão e absorção, com baixo teor de resíduo. Os carboidratos são fornecidos em forma de glicose ou polímeros de glicose; as proteínas na forma de aminoácidos ou dipeptídeos.

Fórmulas Incompletas

Dietas Modulares

Formada pelo acréscimo de um ou vários nutrientes alterando uma fórmula previamente existente.

Seleção da Fórmula

A seleção da fórmula enteral depende de fatores como a faixa etária, doença de base, necessidades nutricionais e funcionamento do trato gastrointestinal. Dos fatores relacionados à fórmula incluem a osmolaridade, densidade calórica, viscosidade e composição.

1. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição pela Escola Paulista de Medicina / UNIFESP. Coordenadora Clínica do Grupo de Terapia Nutricional do Hospital Pequeno Príncipe. 2. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pelo St. Bartholomew's Hospital Medical College, Universidade de Londres. Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Pequeno Príncipe / PUC-PR

Fórmulas para o prematuro e RN de baixo peso

Alterações fisiológicas do prematuro levam a alterações no seu manejo nutricional: função motora oral limitada, deficiência de lactase, *pool* de sais biliares deficiente, diminuição da motilidade intestinal, volume gástrico e função renal limitados.

CARBOIDRATOS: Devido à baixa atividade da lactase o carboidrato das fórmulas é uma mistura de lactose e polímeros de glicose. Os polímeros de glicose propiciam a vantagem de permitirem um rápido esvaziamento gástrico (diminuindo a estase gástrica) e diminuir o risco de enterocolite necrotizante, pois possuem uma carga osmótica mais baixa.

LIPÍDIOS: Os recém-nascidos (RN), especialmente os recém-nascidos prematuros (RNPT), têm uma limitada capacidade de digestão e absorção de gorduras. Tal fato se deve provavelmente à baixa atividade da lipase pancreática e principalmente, a uma deficiência de sais biliares, o que leva a formação inadequada de micelas com reduzida solubilização de triglicérides da dieta. Os triglicérides de cadeia média (TCM) são melhor absorvidos, possivelmente porque sua digestão e absorção não dependem da concentração luminal dos sais biliares: os TCM penetram diretamente na circulação portal. Esta é a razão pela qual algumas fórmulas lácteas para RNPT contêm cerca de 10 a 50% de gordura na forma de TCM.

O desenvolvimento do cérebro e sistema nervoso da criança não termina com o final da gestação como acontece com alguns órgãos. Ele é mais acelerado durante a gestação e as primeiras 12 semanas de vida, porém continua até os dois anos de idade. Os ácidos graxos são os principais constituintes dos tecidos neurais, fazendo parte da estrutura das membranas das células gliais e neurais. Há evidências de que os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa (LC-PUFAs) atuam no metabolismo do sistema nervoso central, no processo de mielinização, na maturação da visão normal e no desenvolvimento psicomotor.

Os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa são transferidos para o feto pela placenta, durante o último trimestre da gestação e o leite materno é a melhor fonte nos primeiros meses de vida.

Nas crianças nascidas a termo, os níveis plasmáticos de LC-PUFAs são mais elevados do que nos pré-termo, como resultado do sistema transplantatório. Contudo, há uma diminuição plasmática desses ácidos graxos, redução essa que é mais rápida nas crianças alimentadas com fórmulas infantis do que naquelas que receberam leite materno.

Ao receberem fórmulas lácteas tradicionais, ricas em linoléico e α -linolênico, mas sem ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa, o resultado é a produção insuficiente destes últimos, pois o prematuro não tem ainda maturidade das vias enzimáticas para os processos de dessaturação e alongação.

PROTEÍNAS: A taurina, a histidina, a tirosina e a cistina também devem ser consideradas essenciais aos RNPT, além dos aminoácidos considerados essenciais ao ser humano.

A carnitina, aminoácido essencial no transporte de ácidos graxos de cadeia longa para dentro da mitocôndria, pode ser sintetizada a partir da lisina e metionina nos RN a termo. A capacidade do prematuro em sintetizar esse aminoácido é menor, sendo neces-

sária sua suplementação nas fórmulas.

VITAMINAS E MINERAIS: Os aumentos na quantidade de sódio, cálcio e fósforo acompanham o aumento das perdas urinárias de sódio e promovem a mineralização óssea. A relação Ca/P ideal preconizada é de 2:1. O conteúdo de vitamina D também deve ser maior para a promoção da mineralização óssea. Devido ao baixo peso de nascimento e concentração inicial de hemoglobina, o ferro deve ser adicionado as fórmulas infantis dirigidas ao prematuro.

Nome comercial: Aptamil Pré® (Support), Pré NAN® (Nestlé).

Fórmulas infantis para o primeiro e segundo semestre

As fórmulas alimentares destinadas ao lactente a termo têm como objetivo suprir as necessidades nutricionais durante o primeiro ano de vida. Essas fórmulas são preparadas a partir da diluição do leite de vaca desnatado, para diminuir o alto conteúdo protéico, ajustando a quantidade de minerais e adicionando óleos vegetais e carboidratos. Assim, assemelham-se a distribuição calórica e digestibilidade do leite materno.

Como os lactentes a termo possuem uma atividade de lactase comparável ou superior a do adulto, as fórmulas contêm lactose. A gordura do leite de vaca foi substituída por óleos vegetais para aproximar a relação de poliinsaturados e saturados do leite humano.

A osmolaridade ideal das fórmulas infantis ficam entre 150-380mOsm/kg.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a osmolaridade das fórmulas seja menor que 460mOsm/kg.

Nome comercial: Nan e Nestogeno® (Nestlé), Similac® (Abbott), Aptamil® (Support).

Fórmula infantil isenta de lactose

Indicação: alimentação de lactentes afetados por má absorção de lactose, desnutrição grave, deficiência primária de lactase, lesão de mucosa intestinal na diarreia persistente ou crônica, levando a deficiência secundária de lactase, algumas situações especiais como na síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA).

Nome comercial: Nan sem Lactose® (Nestlé), O Lac® (Mead Johnson).

Fórmulas derivadas da Soja

Exceto pelo carboidrato e a proteína, as fórmulas de soja apresentam uma composição semelhante às demais fórmulas e seguem as recomendações da Academia Americana de Pediatria. Estas fórmulas são compostas de proteína de soja refinada e aquecida para melhorar a digestibilidade protéica e a biodisponibilidade mineral. O zinco, porém, parece ter uma absorção menor que a do leite materno e o de fórmulas com leite de vaca, possivelmente relacionado à presença de fitatos. A proteína da soja apresenta valor biológico menor do que a caseína e o soro, por isso sua concentração tem sido aumentada para 2g/dl, e a metionina tem sido acrescentada para melhorar a qualidade protéica da fórmula. A carnitina, que possui um papel importante na oxidação de ácidos graxos de cadeia longa, é adicionada em quantidades próximas à do leite materno e de vaca. As fórmulas de soja são isentas de lactose e contêm xarope de milho (sólido), sacarose ou uma combinação de ambos

como fonte de carboidratos.

Indicações: Deficiência primária de lactase, galactosemia, alergia a proteína do leite de vaca. É importante salientar que cerca de 30-50% das crianças com alergia a proteína do leite de vaca também são alérgicas a proteína da soja.

Nome comercial: Nan Soy® (Nestlé), Aptamil Soja® (Support), Nursoy® (Wyeth), Isomil® (Abbott), Sobee® e Pró Sobee® (Mead Johnson).

Fórmula com proteína parcialmente hidrolisada

Indicação: Alimentação do lactente sadio com história familiar de atopia e para prevenção da alergia alimentar.

Nome comercial: Nan HA® (Nestlé)

Fórmulas com proteína hidrolisada

Fórmula infantil semi-elementar feita a partir da caseína do leite de vaca, da proteína do soro do leite ou proteína da soja. A proteína é hidrolisada a polipeptídeos.

Devido à quantidade de TCM nas fórmulas derivadas do leite de vaca, essas podem ser utilizadas no manejo nutricional de pacientes com alteração na absorção de gorduras. A associação de TCM e TCL aumenta a absorção das gorduras e diminui a deficiência de ácidos graxos essenciais.

Indicações: Alergia a proteína do leite de vaca e soja, desnutrição grave, intestino curto, insuficiência pancreática, hepatopatias.

Nome comercial: Alfaré® (Nestlé), Pregestimil® (Mead Johnson), Pregomin® (Support).

Fórmulas elementares

São compostas de uma mistura de L-aminoácidos cristalinos e oligopeptídeos (como fonte de nitrogênio) e por mono, di ou oligossacarídeos (como fonte de carboidratos), além de vitaminas e eletrólitos.

Esse tipo de dieta exerce um estímulo escasso sobre as secreções digestivas, não requer digestão luminal, é de fácil dissolução, não obstruindo o fluxo da sonda enteral.

Indicação: Deficiências digestivo-absortivas graves, como alergia alimentar a múltiplas proteínas, inclusive às fórmulas hidrolisadas e na síndrome do intestino curto.

Desvantagem: a osmolaridade é alta, retardando o esvaziamento gástrico, alterando a motilidade intestinal, frequentemente ocasionando diarreia osmótica. O custo é elevado.

Nomes comerciais: Vivonex® (Novartis Nutrition), Neocate® (SHS).

Novas fórmulas surgiram no comércio nos últimos anos com novidades que ainda vêm sendo alvo de estudos. Além dos LC-PUFAs, anteriormente citados e encontrados em fórmulas para prematuros, os nucleotídeos também enriquecem algumas fórmulas como o Leite Nan sem Lactose® (Nestlé), Enfamil® (Mead Johnson) e Similac® (Abbott).

Os nucleotídeos são nutrientes encontrados no leite humano que podem ser essenciais em certas situações, como o período do crescimento pós-natal rápido. Estes componentes estão envolvidos nos principais processos metabólicos, incluindo o metabolismo de energia e reações enzimáticas, e são as unidades de construção

do ácido desoxirribonucléico (DNA) e ácido ribonucléico (RNA). Alguns estudos indicaram que os nucleotídeos podem estimular a função imunológica precoce.

No lactente amamentado, a principal fonte exógena de nucleotídeos e LCPUFAs é o leite humano, mostrando mais uma vez a importância do aleitamento materno.

A alimentação adequada no primeiro ano de vida tem um papel importante no crescimento e desenvolvimento da criança. O leite materno deve ser sempre a primeira escolha, sendo o ideal que ele seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Diante da impossibilidade da amamentação, que a escolha da fórmula alimentar seja feita pelo pediatra com critério e sabedoria.

O leite de vaca "*in natura*" deve ser liberado apenas após o primeiro ano de vida e, até este período deve-se dar preferência ao "*leite infantil modificado*". Caso o uso do leite de vaca seja inevitável nessa fase, lembrar de fazer as adequações necessárias quanto à diluição, adição de hidratos de carbono, lipídios, além de orientar a prescrição de vitaminas e ferro. A utilização em larga escala do leite de vaca leva a inadequação no fornecimento de nutrientes, que é confirmado pelo aparecimento de carências nutricionais na população infantil, como por exemplo, a anemia ferropriva.

Referências bibliográficas

1. Telles Jr, M. Nutrição Enteral. In: Suporte Nutricional em Pediatria, Telles Jr, Tannuri U. Atheneu-SP, 1994, p 163-173.
2. Carrazza FR; Leite HP; Telles Jr M. Nutrição Enteral. In: Manual Básico de Apoio a Nutrição em Pediatria, Falcão MC, Carrazza FR. Atheneu -SP, 1999, p 53-70.
3. Carlson SJ. Neonatology. In: Nutrition Support Dietetics – Core Curriculum, Gottschich MM, Matarese LC, Shronts EP. ASPEN, 2nd edition 1993, p 137-161.
4. Baker, SS. Enteral Nutrition in Pediatrics. In: Clinical Nutrition – Enteral and Tube Feeding, Rombeau JL; Rolandelli RH, 3rd Edition, Saunders- Philadelphia, p 349-367.
5. Gouvêa LC. Aleitamento Materno. In: Distúrbios da Nutrição, Nóbrega FJ. Revinter-SP, 1998 p 15-31.
6. Fisberg M, Braga JAP. A Fórmula infantil: Passado, Presente e Futuro. In: Temas de Pediatria Número 62 - Nestlé, 1996.
7. Walker-Smith J. Special Milks. In: Diseases of The Small Intestine in Childhood. Walker-Smith J, Murch S, eds. 4th edition, Isis. Medical Media Ltd, 1999; p 393-399.
8. Benkov KJ, LeLeiko NS. A rational approach to infant formulas. *Pediatric Annals* 16:3, 1997 p 225-230.
9. Committee on Nutrition: Commentary on Breast-Feeding and Infant Formulas, Including Proposed standards for Formulas. *Pediatrics* 1976; 57:2 p 278-285.
10. Howard CR, Weitzman M. Breast or bottle: practical aspects of infant nutrition in the first 6 months. *Pediatric Annals* 1992; 21:10 p 619-631.
11. Pickering LK et al, Modulation of the immune system by human milk and infant formula containing nucleotides. *Pediatrics* 1998;101:2, p 242-249.
12. Makrides M, Gibson RA. The role of chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) in neonatal nutrition. *Acta Paediatr* 1998; 87:1017-1022.
13. Cosgrove M. Nucleotides. *Nutrition* 1998; 14:10 p 748-751.
14. Queiroz SS. O papel do ferro na alimentação infantil. In: Temas de Nutrição em Pediatria. Nestlé -Edição Especial – ano 2001; p 8-12.

ARTIGO ESPECIAL

III JORNADA PARANAENSE DE GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA

Constipação intestinal

Mário C. Vieira(1), Jocemara Gurmini(2)

Acredita-se que os padrões de motilidade intestinal para o controle de eliminação de fezes sejam uma vantagem biológica dos animais para evitar os predadores que se guiam pelo olfato.

Nos seres humanos a enorme importância social e biológica da continência fecal é óbvia. A eliminação descontrolada de fezes é associada não somente a repercussões sociais graves quanto a um maior risco de transmissão de agentes infecciosos.

A capacidade de controle de esfíncteres não é alcançada, no entanto, sem custos. A constipação é um dos sintomas mais frequentes em todas as faixas etárias e as conseqüências da dificuldade na evacuação podem ser sérias.

A preocupação com a criança que apresenta distúrbios na evacuação é muito marcante. Isto se demonstra pela frequência com que a ajuda profissional é procurada.

As queixas de constipação com ou sem escape fecal correspondem a 3% das consultas de rotina em consultórios pediátricos e até 25% das consultas nos Serviços de Gastroenterologia Pediátrica.

Apesar do consenso geral entre os pediatras que as dificuldades com a evacuação são um problema comum, é surpreendente a escassez de dados disponíveis em relação à normalidade dos padrões de evacuação.

Mesmo o termo constipação é mal definido e cheio de controvérsias, talvez pelo fato de os padrões de evacuação serem subjetivos e variarem de acordo com o observador.

Hábito Intestinal Normal

A definição de hábito intestinal alterado e a definição clara dos termos patológicos somente podem ser obtidas dentro da conceituação do que é normal na população pediátrica.

O hábito intestinal pode ser descrito em termos de frequência das evacuações, consistência e volume das fezes.

Para se identificar pacientes com constipação baseando-se nestes critérios é essencial considerar as informações disponíveis em estudos populacionais. Infelizmente a variação é muito grande em diferentes grupos e faixas etárias.

A primeira evacuação geralmente ocorre nas primeiras 36 horas de vida e pode ser um pouco retardada em recém-nascidos prematuros. As primeiras fezes são denominadas de mecônio (Aristóteles - gr. *mekónion* : substância derivada da papoula).

Logo que se inicia a alimentação láctea, o mecônio é substituído por fezes de transição e no 4º ou 5º dia de vida por fezes amareladas (lácteas).

A consistência e a frequência das evacuações é muito variável. Lactentes alimentados ao seio exclusivamente podem evacuar perfeitamente bem de uma vez na semana até 8 - 10 vezes ao dia.

No período de 1 a 4 anos de idade a frequência evacuatória é de 1 a 4 vezes ao dia e o tempo médio de trânsito intestinal total também se modifica.

Até os 2 anos de idade em geral as fezes não são sempre formadas. Nem o odor (que nunca é agradável) nem a cor (com exceção de acolia ou sangramento visível) guardam relação com doença gastrointestinal específica.

O volume de fezes varia entre grupos étnicos estando relacionado grande parte a ingestão de fibras.

A idade de treinamento esfinteriano varia substancialmente. Perto dos 2 anos de idade a maioria das crianças percebe ter controle sobre a evacuação, mas leva aproximadamente 6 a 12 meses até que tenham interesse em ativar esta capacidade.

Infelizmente muitos adultos que acompanham o desenvolvimento do paciente têm a "forte impressão" que seus filhos controlaram esfíncteres sem esforço com 1 ano de idade, levando a uma abordagem forçada e agressiva no treinamento de evacuação da criança, e conseqüente atraso neste processo.

Definição

Constipação deve ser considerada um sintoma e não um diagnóstico, i.e. pode ser a manifestação de uma variedade de doenças.

Na prática o termo inclui um número de sintomas e sinais que levem tanto à dificuldade para evacuar quanto à retenção anormal de fezes.

As fezes podem ser ressecadas em pequeno volume, expelidas com dificuldade e em menor frequência. É importante se considerar o hábito intestinal individual prévio.

Processo Integrado da Evacuação

O intestino grosso libera fezes periodicamente para a ampola retal, em geral no período pós-prandial. A distensão do reto vai levar a relaxamento do Esfíncter Anal Interno (EAI) (reflexo inibitório reto-anal) e pequenas quantidades de fezes entram no canal anal (Figura 1).

Receptores na mucosa que provavelmente estão localizados dentro e logo acima do canal anal detectam a

1. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pelo St. Bartholomew's Hospital Medical College, Universidade de Londres. Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Pequeno Príncipe / PUC-PR, 2. ** Especialista em Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição pela Escola Paulista de Medicina / UNIFESP. Coordenadora Clínica do Grupo de Terapia Nutricional do Hospital Pequeno Príncipe.

R. Desembargador Motta, 1070 80250-060 Curitiba- PR Tel. (41) 310 1200 E-Mail : gastroped@hpp.org.br

presença deste conteúdo, distinguindo entre material sólido ou líquido e o indivíduo sente vontade de evacuar.

Se as circunstâncias para evacuar não são apropriadas a evacuação é adiada, auxiliada pela contração voluntária do Esfincter Anal Externo (EAE) e da musculatura pubo-retal. O reto se adapta para acomodar o conteúdo e a estimulação dos receptores diminui.

Durante a evacuação o indivíduo adota a posição sentada e faz uma manobra de Valsalva, aumentando a pressão intra-abdominal. Este ato se acompanha de contração do músculo elevador do ânus e simultaneamente do relaxamento do EAE permitindo a passagem de fezes para o canal anal.



Figura 1

Fisiopatologia/Mecanismos

A alteração de qualquer mecanismo voluntário ou reflexo da defecação vai levar a problemas na evacuação.

A constipação é um sintoma que pode estar associado a muitas doenças, porém na grande maioria das vezes não há doença orgânica.

Nestes casos o termo Constipação Funcional Crônica Idiopática (CFCI) é utilizado.

Não há consenso quanto aos mecanismos exatos da constipação, pois há múltiplos fatores envolvidos e a maioria dos estudos tem sido realizada em diferentes grupos de pacientes com variados graus de apresentação clínica.

Apesar disto, é possível estabelecer um modelo fisiopatológico para as crianças com constipação crônica por retenção que têm uma apresentação clínica bastante similar.

A predisposição genética para a CFCI é um fator importante. Entre 38 e 65% das crianças constipadas já demonstravam uma tendência a constipação antes dos 6 meses de idade. Há uma concordância 4 vezes maior em gêmeos univitelíneos quando comparados aos bivitelíneos. Aproximadamente 60% das crianças têm história familiar de constipação ou distúrbios gastrointestinais funcionais.

Estas crianças predispostas podem ficar sem evacuar por alguns dias em decorrência de um evento relativamente inocente como fissura anal, retenção voluntária por regras escolares rígidas, protesto contra treinamento esfincteriano forçado, dieta pobre em fibras, doença transitória ou simplesmente para chamar a atenção para si ao nascimento de um irmão. Quando o fize-

rem podem eliminar fezes ressecadas em cíbalos e com variados graus de desconforto.

Com a conscientização progressiva que a evacuação está sob controle voluntário, começam a reter fezes para evitar o desconforto e a dor.

As crianças nesta situação adotam atitudes peculiares para evitar a evacuação (contraem as nádegas, fecham as pernas, permanecem eretas ou deitados em posição longitudinal, escondem-se em um canto da casa ou apóiam-se em um móvel). Eventualmente o reto se acomoda e o desejo de evacuar passa.

Este comportamento inicia um círculo vicioso no qual quantidades sucessivamente maiores de fezes são retidas no reto. (Figura 2).



Figura 2

A próxima evacuação, se ocorrer, vai causar maior desconforto ou dor, reforçando o desejo de retenção.

Os pais e mesmo os médicos freqüentemente interpretam erroneamente este comportamento como esforço extremo para a evacuação e supõe que haja alguma causa orgânica obstrutiva.

A persistência desta situação leva a distensão prolongada da parede do reto que atinge sua capacidade máxima e não pode mais acomodar fezes.

A pressão da massa fecal encurta o canal anal e as fezes começam a escapar. (Figura 3)

Esta condição de escape fecal não relacionada a qualquer defeito orgânico é denominada ENCOPRESE.



Figura 3

O termo encoprese foi inicialmente usado em 1926 por Weissenberg para descrever o equivalente fecal da enurese. Desde então há muita confusão quanto à definição deste termo e a etiologia desta condição.

Historicamente encoprese era vista como um distúrbio mental e ainda está incluída no DSM-III.

Apesar de haver uma literatura psiquiátrica extensa sobre encoprese, nenhum estudo demonstrou haver correlação entre a mesma e trauma psicológico ou estresse.

Na literatura psiquiátrica a encoprese tem sido definida como "evacuação involuntária de origem emocional". No entanto sabe-se que apenas 20% dos pacientes com encoprese têm problemas psicológicos significativos e a maioria deles começou após o início da mesma.

Apesar de problemas comportamentais e psicológicos estarem associados à retenção e escape fecal, um tratamento médico apropriado que corrige o problema físico geralmente leva à resolução das tensões emocionais.

A encoprese raramente começa antes dos 3 anos de idade. A idade média ao início é de 7 anos e a incidência é 3 vezes maior em meninos. A criança refere que não sente vontade de evacuar e quando percebeu já houve o escape fecal.

Alguns pacientes evacuam pequenas quantidades de fezes formadas e outros fezes semilíquidas que "vazam" ao redor da massa fecal acumulada, sendo interpretado em alguns casos como diarreia.

Os pais geralmente vêem a situação com estresse, frustração e freqüentemente punem a criança.

Geralmente o médico é procurado quando o escape fecal é evidente demonstrando o quanto o hábito intestinal alterado foi subestimado por muito tempo.

Estudos manométricos sugerem que um reto constantemente distendido apresenta menor sensibilidade à distensão e diminuição na sensação de enchimento retal com diminuição na freqüência do desejo de evacuar.

Diagnóstico Diferencial

Para efeito didático podemos classificar a constipação em aguda e crônica (Orgânica / Funcional).

A constipação aguda é muito comum em crianças com doença febril aguda onde a diminuição da ingestão de líquidos e alimentos leva redução no volume de fezes que se tornam endurecidas. A diminuição da atividade física e a permanência no leito nestas situações são fatores que agravam a situação.

Nestes casos a normalidade é restabelecida espontaneamente na maioria dos casos com a recuperação do quadro clínico desencadeante.

Quando a constipação intestinal é causada por doença orgânica, a real natureza do problema geralmente é evidente na 1ª infância e identificado na avaliação clínica. Em crianças maiores raramente há associação com doença orgânica.

Duas entidades merecem atenção porque constituem preocupação freqüente na avaliação das crianças que apresentam constipação por retenção crônica.

Ânus Ectópico Anterior:

Más -formações anorretais congênitas graves são geralmente sintomáticas, e diagnosticadas no recém-nascido, no entanto o deslocamento anal muitas vezes passa despercebido no período neonatal.

Nestes casos o mecanismo da constipação relacio-

Tabela 1. Esta tabela contém uma lista abreviada de doenças específicas associadas à constipação.

| |
|---|
| Constipação Idiopática (90-95%) |
| Constipação secundária a lesões anais |
| Fissuras anais |
| Ânus ectópico anterior |
| Estenose e atresia anal |
| Constipação neurogênica |
| Doenças da medula espinhal (mielomeningocele) |
| Paralisia cerebral |
| Doença de Hirschsprung |
| Pseudo-obstrução intestinal crônica |
| Constipação secundária a doenças endócrinas e metabólicas |
| Hipotireoidismo |
| Acidose tubular renal |
| Constipação induzida por drogas |
| Fenitoína |
| Imipramina |
| Fenotiazida |
| Codeína |

na-se à angulação anterior pronunciada da saída anal.

Reisner estudou a localização do orifício anal em recém-nascidos e crianças normais e determinou o índice ano-genital. Este índice é obtido dividindo-se a distância entre a fúrcula vaginal posterior ou a bolsa escrotal e o ânus, pela distância total até o cóccix.

A ectopia anterior é definida quando este índice é < 0.34 em meninas e < 0.46 em meninos.

Esta condição pode requerer correção cirúrgica incluindo anoplastia e esfínterectomia externa para dar uma nova localização do ânus e aliviar a obstrução na saída.

Doença de Hirschsprung (DH):

O megacólon congênito caracteriza-se por ausência de células ganglionares no plexo mientérico e submucoso no intestino distal. O segmento agangliônico sempre começa no reto distal e se estende à montante, até a chamada zona de transição onde se encontra com o intestino normal. A ausência de células ganglionares interrompe a expressão dos nervos parassimpáticos inibidores do plexo mientérico, inibindo o relaxamento do segmento agangliônico e produzindo um quadro de obstrução funcional.

O maior estudo epidemiológico sobre DH da Academia Americana de Pediatria no final da década de 80 revelou uma incidência de 1:5000 nascimentos, sendo que 15% são diagnosticados no 1º mês de vida e 80% diagnosticados após 1 ano de idade.

O diagnóstico é mais tardio naqueles com doença de segmento curto.

Naqueles com segmento ultracurto (< 5cm) 81% não são diagnosticados até 13 - 14 anos de idade.

Abordagem Diagnóstica

A avaliação clínica do paciente com constipação obviamente deve começar com uma história cuidadosa e um exame físico detalhado, tendo-se em mente a história natural da constipação funcional.

Exames complementares sofisticados são desnecessários na maioria das vezes.

Deve-se observar a idade de início; a freqüência das

evacuações; o tamanho e a consistência das fezes; o hábito de retenção e a presença de encoprese.

Deve-se também pesquisar a história familiar de constipação e sintomas digestivos funcionais. Fatores individuais podem estar associados a distúrbios de motilidade intestinal e constipação. Ocorre uma elevada frequência de constipação entre os familiares dos pacientes, porém não devemos descartar a influência dos hábitos alimentares que dizem respeito a toda a família.

No exame físico deve-se avaliar o tônus da musculatura abdominal, o conteúdo abdominal, o estado neurológico do paciente, o tônus retal e o tamanho da ampola. Na consulta inicial, a decisão de proceder toque retal deve levar em consideração a colaboração do paciente, e a validade das informações que podem ser obtidas.

Apesar de freqüentemente a distensão abdominal ser acentuada em pacientes com constipação funcional, as fezes podem ser palpadas acima da sínfise púbica e nos quadrantes inferiores do abdômen.

A inspeção da região perineal pode revelar um orifício anal anteriorizado, assim como fissuras anais, escape fecal e a presença de fezes impactadas no reto.

O pediatra geralmente é confrontado com a diferenciação entre CFCI e DH, que pode quase sempre ser alcançada por uma diferença significativa na história e exame físico.

Esforço intenso para evacuar assim como encoprese são raramente observados na Doença de Hirschsprung uma vez que as fezes são retidas acima do reto. Nestes pacientes o canal anal e o reto são estreitos e quase sempre vazios.

Nas crianças com constipação funcional com retenção o reto usualmente é dilatado e cheio de fezes.

Laboratório

A maioria das crianças requer mínima investigação laboratorial.

Estudos radiológicos geralmente não são indicados na constipação simples.

Uma radiografia simples de abdômen pode ser útil para avaliar a presença de fezes retidas; a sua extensão e se a coluna lombo-sacra é normal em paciente encoprético sem massa fecal no exame reto abdominal.

A manometria ano-retal (MAR) das crianças com constipação simples é desnecessária. O principal papel deste exame é a avaliação de crianças com constipação severa nas quais o diagnóstico de Doença de Hirschsprung (DH) precisa ser excluído (ausência do reflexo retoesfincteriano)

Nós utilizamos o enema (sem preparo) para avaliar estes casos onde podemos observar a zona de transição entre o segmento agangliônico e gangliônico,

A biópsia retal é indicada para o diagnóstico de DH. As células ganglionares estão ausentes e há hipertrofia de fibras coradas pela acetilcolinesterase.

Tratamento

A prevenção é sem dúvida o melhor tratamento para a constipação.

O pediatra tem uma oportunidade única a este respeito uma vez que tem acesso freqüente à criança e à família desde o nascimento, podendo dar

aconselhamento preventivo quanto às práticas alimentares, à interpretação do funcionamento intestinal normal e à detecção precoce de problemas.

A identificação de problemas comuns como a preocupação com a privacidade, regimes e horários rígidos e às expectativas erradas dos pais quanto à evacuação normal devem ser identificadas.

As dietas dentro das famílias devem ser reestruturadas para serem saudáveis e fornecer uma quantidade adequada de fibras.

Uma vez estabelecida, a constipação crônica com ou sem encoprese deve ser tratada de uma maneira ampla com um programa que incorpore elementos de educação e aconselhamento; esvaziamento (desimpactação); e manutenção (prevenção da retenção).

Educação: É importante ressaltar que o problema não é causado por distúrbio psicológico, não é culpa dos pais e que o escape fecal ocorre involuntariamente sem que a criança perceba.

O programa de tratamento deve ser devidamente comunicado aos pais e à criança.

O funcionamento e a anatomia intestinal normal, o processo de evacuação, as definições dos termos médicos utilizados, o propósito de cada intervenção, os problemas a serem encontrados e a necessidade de perseverança devem ser comunicados.

Deve-se orientar quanto à necessidade de um acompanhamento por longo prazo.

Quando bem informados, os pais e as crianças diminuem a frustração e aderem melhor ao tratamento. A comunicação com a criança é importante para discutir os aspectos de vergonha, culpa e punição.

Esvaziamento /Catarse: É importante um intestino limpo para assegurar o sucesso inicial e evitar complicações como incontinência por aumento de fluxo resultante da medicação de manutenção.

A opção pela modalidade de esvaziamento vai depender da gravidade da impacção e da colaboração dos familiares.

Podemos utilizar Fleet Enema (3ml/Kg 1- 2 vezes ao dia) ou Clister de solução fisiológica (10ml/Kg) com glicerina líquida 10%. Simultaneamente, administramos óleo mineral via oral.

Manutenção: A meta do tratamento de manutenção é manter uma freqüência adequada de evacuação, evitando a passagem contínua de fezes volumosas e a retenção.

Os elementos críticos são:

1. Uso de medicamentos (emolientes)
2. Modificação da dieta
3. Recondicionamento do hábito intestinal.

1. Medicamentos - Aparentemente a motivação da criança e dos pais é mais importante do que a escolha da medicação.

Nós utilizamos óleo mineral ou preferencialmente a lactulose em duas tomadas diárias. A posologia inicial preconizada (1 a 3ml/Kg/dia) deve ser ajustada de acordo com a resposta clínica.

A lactulose é um dissacarídeo não absorvível que vai aumentar o conteúdo de água nas fezes por efeito osmótico, sendo bem tolerada para o uso prolongado.

O óleo mineral age como lubrificante e deve ser ad-

ministrado espaçado (2h) das refeições pela possibilidade de diminuir a absorção de vitaminas lipossolúveis. Deve ser evitado em pacientes menores de 2 anos e nunca deve ser administrado à força às crianças pelo risco de aspiração levando à pneumonia lipoídica.

Ao atingirmos uma dose adequada continuamos o uso por alguns meses. Apenas após o paciente apresentar evacuações amolecidas é que iniciamos redução gradual observando a evolução.

Pode haver necessidade de laxativo estimulante por curtos períodos e de forma intermitente para evitar a recorrência de impação fecal.

2. Dieta – A qualidade da alimentação tem grande importância no desencadeamento e na perpetuação da constipação.

Já no primeiro ano de vida, durante o desmame, ocorre uma importante mudança no padrão alimentar, sendo este um período onde se inicia grande parte dos quadros de constipação.

A dieta deve ser avaliada na tentativa de detectar e corrigir possíveis erros. As fibras têm se mostrado um importante coadjuvante no manejo do paciente constipado. Elas podem ser classificadas em solúveis e insolúveis, sendo que as insolúveis aceleram o trânsito intestinal, aumentando o volume fecal, auxiliando no tratamento da constipação. A fibra presente nos alimentos geralmente não é apenas solúvel ou insolúvel, dessa forma deve-se dar atenção a alimentos crus como frutas, com casca e bagaço quando possível, leguminosas, hortaliças, cereais, pães integrais. Deve ser evitada quantidade excessiva de leite de vaca e soluções açucaradas. Contrário à crença popular, suco de laranja não é benéfico na constipação.

Uma mudança substancial na dieta requer participação e apoio familiar por períodos prolongados.

3. Recondicionamento do hábito intestinal - Deve-se evitar a indução forçada do controle de esfíncteres antes de 2 anos de idade.

O recondicionamento compreende o treinamento de hábito de sentar no vaso e evacuar além do aconselhamento de apoio.

Um horário regular para ir ao banheiro é estabelecido 2 a 3 vezes ao dia principalmente após as refeições para tirar vantagem do reflexo gastrocólico.

Um período razoável de tempo (5 -10 minutos) deve ser gasto na tentativa de evacuar por completo. O uso adequado de suporte para os pés e “reduzores” do vaso sanitário deve ser orientado.

As crianças são instruídas a manterem um diário de evacuação, escape fecal e uso de medicamentos. Isto ajuda a monitorar a adesão ao tratamento e ajustar o programa.

Os elogios e recompensas selecionadas devem ser dados para as atitudes bem sucedidas. A punição deve ser evitada em todas as situações.

A interação entre pais, médicos e professores facilita o acesso adequado ao banheiro na escola e ajuda a manter a privacidade do paciente.

Acompanhamento psicológico: Se o problema psicológico é secundário à constipação crônica e/ou encoprese, espera-se a melhora com o tratamento clínico.

Algumas vezes problemas comportamentais e psi-

quiátricos impedem mesmo o início do tratamento e estas crianças devem ser vistas pela psicologia durante o programa de tratamento clínico.

Evolução: É necessário acompanhamento por longo prazo sempre.

Quando houver resposta adequada com domínio do programa de tratamento deve-se fazer uma tentativa de suspender a medicação após 4 - 6 meses de evacuação adequada.

Todos os outros aspectos do programa de tratamento devem ser mantidos com rigor por aproximadamente 2 anos ou então vai haver recidiva.

Os casos com características atípicas e progressivas devem ser investigados em busca de possíveis causas patológicas.

O *biofeedback* pode ser útil em crianças que contraem paradoxalmente o EAE durante a evacuação. Em paciente maiores de 5 anos que podem cooperar é provável que haja boa resposta. Esta técnica é trabalhosa de se aplicar em crianças e ainda não está disponível em nosso serviço.

Conclusão

Enquanto a constipação pode ser considerada um problema trivial do tipo “quando casar sara” é uma situação crônica e debilitante para as crianças e pais.

Quando a constipação não é tratada a tempo, o hábito intestinal da criança vai se tornar o foco primário da atenção dos familiares.

Por estes motivos, a atenção preventiva, o diagnóstico e o tratamento devem ser realizados adequadamente para mostrar resultados positivos que são confirmados na maioria dos casos pela restauração da dinâmica familiar.

Referências bibliográficas

- Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA. Practical Paediatric Gastroenterology. London. Butterworth & Co. (Publishers), 1983.
- Loening-Baucke V. Defecation dynamics and behaviour profiles in encopretic children. *Pediatrics* 1987;80:672-679.
- Hatch TF. Encopresis and constipation in children. *Ped Clin North America* 1988;35: 267-292.
- Pettei MJ, Davidson M. Idiopathic Constipation. In: Walker WA, Durie PD, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkin JB eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: B.C. Decker, 1991:818-829.
- Murphy MS. Constipation. In: Walker WA, Durie PD, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkin JB eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: B.C. Decker, 1991:90-110.
- Clayden GS. Management of Chronic Constipation. *Arch Dis Child* 1992;67:340-344.
- Loening-Baucke V. Chronic Constipation in Children. *Gastroenterology* 1993;105:1557-64.
- Nurko S, Garcia-Aranda JA, Guerrero VY, Worona LB. Treatment of intractable constipation in children: experience with cisapride. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996;22:38-44.
- Baker S. et al. Constipation in Infants and children: evaluation and treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999, 29: 612-626.
- Steffen R, Loening-Baucke V. Constipation and encopresis. Walker WA, Durie PD, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkin JB eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: B.C. Decker, 1999:43-50.
- Maffei HV, Moraes MB. *Gastroenterologia e Nutrição: Série Atualizações Pediátricas*. São Paulo. Atheneu, 2001.

Condutas de pais frente aos filhos com asma¹

Parents' procedures regarding children with asthma

Eneida M. L. de Souza (1), Suzane S. Löhr(2)

Resumo

Objetivos: Conhecer como os pais de crianças asmáticas compreendem a doença dos seus filhos e que conduta utilizam para lidar com eles. Contribuir para a promoção de estratégias de tratamento específicas para a enfermidade.

Método: Acompanharam-se sete pais de crianças de 5 a 8 anos numa instituição, sediada em Paranaguá-Pr, direcionada ao atendimento especializado de crianças asmáticas. Observou-se a interação mãe (pai)/ criança em sessões de atendimento fisioterápico e depois se realizou entrevistas com um dos pais das crianças observadas.

Resultados: Os dados coletados mostraram que os pais desenvolvem explicações para a doença da criança e assumem controle muito grande do tratamento dos filhos. Tais atitudes geram demasiada dependência dos filhos com relação aos pais, o que inclusive às vezes prejudica o tratamento, já que filhos que só seguem ordens dadas pelos pais não obedecem à orientação do profissional. Pode-se dizer que o manejo dos pais torna-se, portanto disfuncional, uma vez que inibe o processo natural de desenvolvimento da criança e impede a criança de aprender a administrar sua doença e se responsabilizar pelo tratamento.

Conclusões: Promover com pais de crianças asmáticas uma percepção dos fatores ambientais (físicos e humanos) que podem estar atuando nas situações provavelmente minimiza os efeitos da asma na vida social do indivíduo. Desta forma, desenvolver trabalhos com pais de crianças asmáticas pode ajudá-los a enfrentar a doença do filho, não impondo alterações na rotina da criança além das necessárias ao controle sintomático. Tendo tudo isto em vista, percebe-se a importância da atuação do Psicólogo neste contexto.

Palavras-chave: asma; interação pais-filhos; regras

Abstract

Objectives: Knowing how the parents of an asthmatic child understand their illness and what their procedures are in dealing with them. Contribute for the development of specific treatment strategies for that particular illness.

Method: Watching seven parents of children from 5 to 8 years old an institution with headquarters in Paranaguá-PR, which cares for asthmatic children. It was observed the interaction mother (father)/child in sessions of physiotherapeutic attendance and afterwards, interviews were carried out with one of the parents of the children who were being watched.

Results: The collected data revealed that the parents developed explanations for the illness of child and assume very great control of the children's treatment. Such attitudes generate too much dependency of children regarding their parents, which sometimes spoils the treatment since children who only follow rules given by their parents don't obey the professionals' guidance. The parents' management end up being dysfunctional, therefore obstruct the development of the children and intercept that the children learn to management of their illness and assume the responsibilities regarding the treatment.

Conclusions: We conclude that developing a discrimination of contingences around the situations along with parents of asthmatic children may lessen the effects of asthma in the social life of the individual. This way, developing work with parents of asthmatic children may help them to face their children's disease, not imposing alterations in the child's routine apart from those necessary for the symptomatic control. Having all of this in mind, we can realize the importance of the psychologist in this context.

Key-words: asthma; interaction mother(father)/ children; rules

1 Artigo baseado em monografia de conclusão de curso apresentada pela 1ª autora

1. Graduada em Psicologia pela UFPR em 2000, 2. Doutora em Psicologia Clínica, Professora da UFPR e do Unicenp, orientadora da referida monografia

Rua Vieira dos Santos, 41 Paranaguá-PR CEP: 83203-050 Telefone: 41 423-4150 Fax: 41 423-3336
E-mail: eneida13@hotmail.com

Introdução

A asma é a doença crônica mais freqüente na infância^{1,2}. De acordo com o Consenso Brasileiro no Manejo da asma, no Brasil, em torno de 10% das crianças têm asma e a doença é responsável por 5% das consultas pediátricas realizadas em ambulatórios e por até 16% dos atendimentos³. A incidência da asma vem aumentando de modo contínuo.

Tem-se como conceito atual da asma:

"Doença inflamatória crônica das vias aéreas na qual muitas células participam, em particular, mastócitos, eosinófilos e linfócitos T, e também mediadores químicos por ela produzidos. Em indivíduos suscetíveis, esta inflamação leva a um aumento da reatividade das vias aéreas e uma variedade de estímulos podendo causar sibilância, dispnéia, opressão no peito ou tosse. A obstrução das vias aéreas pode ser parcialmente reversível, espontaneamente ou como resultado do tratamento"(National Heart, Lung and Blood Institute, 1995)⁴.

Pode-se ainda acrescentar que a asma é uma doença hereditária⁴ e que pode apresentar períodos assintomáticos entre as crises.

Buscar a reabilitação da função respiratória, a redução ou eliminação dos sintomas, a redução das crises e a minimização das alterações na vida do indivíduo como um todo constituem objetivos principais do tratamento do indivíduo asmático. A educação do paciente e de sua família em relação à doença é relevante para o sucesso da abordagem terapêutica de cada caso^{2,4,5}.

Tendo tudo isto em vista, destaca-se a importância de que o tratamento do indivíduo asmático se realize em equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, psicólogos...). Não há cura para a asma, mas com tratamento os indivíduos asmáticos podem ter vida normal.

Convém se considerar que a asma leva a alterações na rotina familiar bem como pode ocasionar problemas nos relacionamentos, devido a diversos fatores, tais como: necessidade de afastar os alergênicos, ocorrência de broncoconstrição nos exercícios e absenteísmo na escola.

Indivíduos asmáticos e suas famílias apresentam características psicológicas próprias. Nas crianças asmáticas há predominância de insegurança, ansiedade e dependência, como decorrência dos sintomas da doença e das atitudes dos pais⁶. Também se constatou maior índice de depressão em crianças asmáticas e suas mães⁷.

As maiores causas de sofrimento com a asma são decorrentes de não adesão ou adesão parcial ao tratamento, o que inclui, dentre outros fatores: falha em tomar a medicação prescrita, seja pela dosagem, seja pela regularidade; falha em usar inaladores; exposição continuada a fatores desencadeantes⁴. Estudos indicam que a adesão ao tratamento é mais difícil quando este interfere com atividades diárias e quando se destina a prevenir complicações futuras. Portanto, os baixos índices de adesão ao tratamento na asma podem ser explicados pelos períodos intercríticos assintomáticos⁵.

Tendo em vista todas as implicações da asma, o conhecimento de que o tratamento precoce e preventivo permite que se tenha a asma sob controle e que o asmático possa ter uma vida ativa, e, considerando a importância da família neste processo, foi delineada a presente pesquisa. Pretendeu-se através dela estudar as atitudes dos pais e da criança no que tange ao tratamento da asma. Procurou-se levantar a compreensão que

os pais de pacientes asmáticos têm em relação à doença de seus filhos, o que temem como consequência da enfermidade e de que forma lidam com a doença.

Embora o número de famílias analisado nesta pesquisa seja pequeno para generalizações maiores, a presença de uma doença grave e crônica, comum a todos os casos, permite identificar certos estilos de ação mais freqüentes nestas condições. Estudos futuros poderão ser agregados ao presente, permitindo maiores generalizações.

Metodologia

A presente pesquisa foi realizada numa instituição voltada ao atendimento especializado da criança com asma (GAPER), em Paranaguá-PR. Foram sujeitos da pesquisa sete pais de crianças de 5 a 8 anos (2 meninas e 5 meninos) que estão em atendimento fisioterápico na instituição.

Objetivou-se levantar a forma como os pais pesquisados percebem sua função frente aos filhos asmáticos, assim como o manejo que têm da situação. Para tanto, buscou-se: descrever a ação dos pais diante do filho asmático em consulta fisioterápica do filho (nas quais se faz necessário certo envolvimento e compromisso da criança); conhecer o que os pais de crianças asmáticas consideram como seu papel frente ao filho e frente ao tratamento do filho; avaliar se os pais constroem regras para reger suas condutas com o filho e, em caso positivo, quais são elas.

Foram realizadas duas a três observações cursivas relativas a cada criança em interação com a mãe (ou pai), nos minutos iniciais das sessões de atendimento fisioterápico no GAPER. Categorizaram-se as observações, conforme as condutas. Enfocaram-se três conjuntos distintos de conduta: da mãe, da criança em tratamento de asma (paciente) e do fisioterapeuta. Diferenciaram-se os tipos de interações estabelecidos.

A pesquisa ainda se utilizou de entrevista com um dos pais de cada uma das crianças avaliadas buscando conhecer a percepção dos pais quanto a sua forma de ação frente à criança asmática.

Os dados das observações foram relacionados aos dados das entrevistas, procedendo-se posteriormente às conclusões finais.

Resultados

Relativos às observações das interações nas sessões de fisioterapia

Em cada observação classificou-se a direção da interação, diferenciando-se a ocorrência de três tipos de interação: mãe-criança/ mãe-fisioterapeuta/ fisioterapeuta-criança.

Procedeu-se então ao agrupamento das formas de interação ocorridas em todos os casos estudados. Ao se agrupar as interações de todos os sujeitos observou-se que a mãe esteve presente na maior parte das interações nas sessões de atendimento fisioterápico do filho (61%), ora se relacionando com a criança, ora se relacionando com o profissional.

Procurou-se então discriminar as condutas utilizadas pelas mães, quando interagiam com os filhos. A figura 1 mostra que a forma de interação mais freqüente da mãe em relação ao filho durante a sessão de fisioterapia é aquela na qual a mãe assume o papel do filho, respondendo por ele (45%). A segunda grande classe de condutas corresponde ao mando materno - mãe ordena à criança o que deve fazer na consulta (41%).

Relativos às entrevistas com os pais

A entrevista com um dos pais de cada criança, visou complementar os dados coletados através da observação direta. Foram entrevistados um pai e seis mães das crianças em estudo.

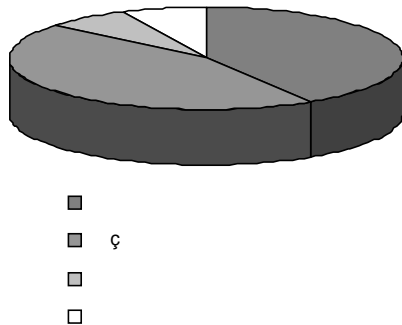


Figura 1: Gráfico ilustrando a especificação da conduta da mãe na interação com o filho em sessões de atendimento fisioterápico

Sobre a percepção dos responsáveis em relação a seu papel, constata-se que a maior parte das respostas (74%)^{II} denota pais que se consideram responsáveis por tudo em relação ao filho (consideram dever assumir tudo e agir em tudo para o filho). As demais respostas foram agrupadas em duas outras categorias: estar sempre presente (13%) e cuidar, dar ordens, às vezes dar castigo (13%).

A figura 2 ilustra a percepção dos pais sobre seu papel no que se refere ao tratamento do filho.

Pela figura 2 visualiza-se que os pais (87%) tendem a assumir a responsabilidade no tratamento do filho, seja controlando a medicação, seja controlando o ambiente, não dando espaço para que os filhos desenvolvam controle de seus comportamentos.

Quanto às formas de controle que as mães tendem a empregar no relacionamento com o filho a maioria das mães diz dar ordens aos filhos (45%). Apenas 22% citam dar orientações.

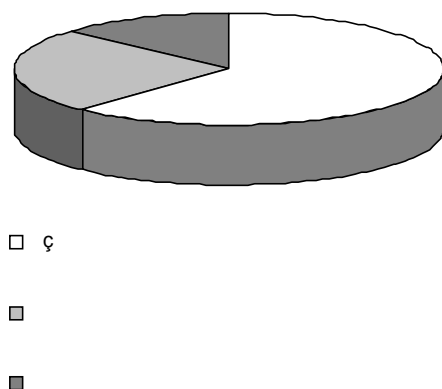


Figura 2: Percepção dos pais acerca de seu papel no tratamento do filho

Discussão

A relação entre os dados das observações e as informações fornecidas nas entrevistas mostra que e os pais de crianças asmáticas (da amostra desta pesquisa) constroem regras sobre suas relações com os filhos e agem de acordo com estas regras. Utilizar-se de uma regra como direcionamento para uma conduta é útil até o ponto em que esta regra não encobre todos os fatores ambientais (humanos/ físicos) envolvidos nas relações⁸. No caso da amostra a que se faz referência, as regras criadas pelos pais para suas condutas frente ao filho asmático podem ser tidas como disfuncionais atualmente, pois não têm permitido que os pais visualizem e percebam todo o contexto e, portanto, suas reais necessidades de conduta nas relações.

As crianças avaliadas têm entre 5 e 8 anos e, podem assumir algumas responsabilidades frente ao seu próprio tratamento. Pode-se ter como exemplo claro disto o caso nº 4^{III} que, na sessão em que veio com o pai, conduziu a consulta e interagiu assertivamente com a fisioterapeuta respondendo às questões que lhe eram feitas e comentando sobre seus sintomas.

Entretanto parece que os pais deixam de perceber o processo de crescimento e desenvolvimento dos filhos centrando sua atenção à enfermidade da criança.

Percebeu-se que uma regra que direciona a conduta de pais diante dos filhos asmáticos é a de que devem atribuir o mínimo de responsabilidades ao filho e, sempre que possível realizar as atividades pelos filhos. Um dado que corrobora com esta afirmação é a presença da mãe na maior parte das interações nos atendimentos fisioterápicos, a qual deixa poucas oportunidades para interações diretas criança-fisioterapeuta.

Além disso, este dado também pode ser ilustrado pela figura 1 que especifica os tipos de interações estabelecidas entre mãe e filho, onde se registrou predomínio da interação em que a mãe assume o papel do filho. Também os dados das entrevistas ilustram o quanto a mãe assume o papel do filho, evidenciada inclusive pela descrição em primeira pessoa de algumas mães a respeito do tratamento. Tais dados podem ser melhor ilustrados pelas falas de duas mães em resposta à pergunta "Qual a sua função em relação ao tratamento do seu filho?":

"Tomar os medicamentos, fazer os exercícios..." (mãe do sujeito 5)

"Tenho que fazer todos os tratamentos que a médica pede" (mãe do sujeito 2)

Fazendo-se um paralelo entre os dados a este respeito provenientes das observações e os provenientes das entrevistas, avalia-se que as mães assumem as responsabilidades pelo filho por terem como regra que esta é sua tarefa enquanto mãe/pai.

Atitudes desta natureza podem fazer com que a criança: a) não assuma qualquer responsabilidade frente aos cuidados pessoais relativos à doença, b) não se implique no processo e c) torne-se incapaz de fazer algo que possa contribuir para o seu bem-estar. Portanto, as regras que vem regendo o comportamento dos pais de crianças asmáticas da amostra em questão vêm modu-

II A partir das respostas dos pais criaram-se categorias. Assim, a resposta de um pai pode estar inserida em mais de uma categoria. Portanto as porcentagens se referem ao número de respostas e não têm correspondência direta com o número de pais.

III Os pais desta criança são separados. O filho mora com a mãe e, portanto, o pai tem poucos dados do dia-a-dia da criança.

lando comportamentos que se tornam disfuncionais tanto a eles quanto às crianças.

Além disso, avalia-se também que o controle contínuo que os pais consideram que devam ter com seus filhos pode levar à regra de que a saída dos filhos desacompanhada dos pais deve ser restringida. Tal fato poderia ser melhor trabalhado se por exemplo, ao invés de dar ordens com elevada frequência (como descrito em 45% das condutas dos pais) os pais dessem orientações, ou, em termos comportamentais, tatos ao invés de mandos. Os tatos especificam os fatores envolvidos nas situações e explicitam relações entre as variáveis. Diferentemente, os mandos somente especificam as conseqüências⁹.

Sendo assim, utilizar tatos na educação de um filho pode permitir que ele visualize, através da observação de estímulos discriminativos, as possíveis conseqüências de um comportamento ou de uma ação. Isto parece importante especialmente no que se refere às crianças asmáticas, já que a percepção de sintomas indicativos de uma crise pode permitir ações imediatas que evitem a gravidade das conseqüências.

Desta forma, por mais que se considere a possível gravidade de uma crise asmática, isto não justifica os pais estarem o tempo todo ao redor do filho e, desde que tenham trabalhado com a criança a discriminação dos fatores ambientais e contextuais, a própria criança pode avaliar a ocorrência de sintomas indicativos de uma crise e neste caso buscar auxílio imediato. Nem que o manejo orientado aos filhos fosse procurar por um adulto, o qual não precisa necessariamente ser um dos pais, esta conduta, caracterizando independência parcial, permitiria maior liberdade para os pais em relação aos filhos, bem como desenvolvimento de responsabilidade e autonomia nos filhos.

Segundo o esquema de independência parcial, os pais podem permitir que a criança vá brincar na casa de amiguinhos, desde ela esteja orientada a buscar auxílio do adulto presente. Os pais também podem passar orientações breves ao adulto presente na casa para que este saiba como ajudar ou procurar ajuda no caso que a criança precise.

Agindo assim os pais não descontextualizam o filho do grupo de pares, fornecem recursos para que as crianças discriminem quando buscar ajuda e, portanto, evitam tornar a vida do filho comprometida.

É relevante ressaltar que quando o tratamento adequado é seguido (o que envolve medicação, fisioterapia, controle do ambiente, controle da alimentação..., conforme o caso) mantém-se a doença sob controle e há redução de crises agudas^{4,8,15}. Levando-se isto em conta, considera-se que, se os pais seguem e ajudam os filhos a seguir as orientações para manejo e tratamento da asma, a probabilidade de ocorrência de crises agudas diminui, o que também contribui para que os pais permitam que seus filhos assumam um papel mais ativo no próprio tratamento. Papel este que implica reconhecer as capacidades do filho, discriminando as situações em que ele próprio pode se automonitorar.

A partir do momento que os pais passam a emitir pistas que permitam à criança discriminar as situações (tatos), esta provavelmente entenderá melhor porque precisa estar indo para tratamento e assim possa se comprometer com o tratamento, seguindo também as orientações dos profissionais, ao invés de realizar as atividades apenas quando a mãe manda (como ocorre hoje na maior parte dos casos).

Conclusão

Os dados coletados apontam para algumas conclusões:

- Devido à doença do filho os pais criam regras para guiar suas condutas em relação ao filho com asma.

- Com isso, deixam de perceber todos os fatores envolvidos em suas relações, dentre os quais a possibilidade do filho assumir algum papel em relação ao seu tratamento.

- As regras acabam por se tornar disfuncionais, pois geram demasiada dependência dos filhos com relação aos pais, o que inclusive pode prejudicar o tratamento já que filhos que só seguem ordens dadas pelos pais não obedecem à orientação do profissional.

- As crianças têm condição de respostas mais elaboradas que as apresentadas na presença das mães.

- Além disso, os pais costumam agir sob a forma de mandos com os filhos, não lhes explicando os fatores envolvidos na relação.

Assim sendo, um trabalho com pais de crianças asmáticas visando promover a discriminação das contingências envolvidas nas situações vividas pela criança, especialmente no que se refere ao desenvolvimento do filho, pode trazer benefícios no que concerne à minimização dos efeitos da doença à vida social da criança. A partir do momento que os pais passam a reconhecer a capacidade dos filhos no manejo da asma, pode-se orientá-los a emitir pistas que permitam à criança discriminar as situações (tatos), possibilitando assim que a criança adquira muito mais repertório para atuar no contexto social. Encorajar os pais a enfrentar a doença do filho e levá-lo a aproveitar a vida diária da melhor maneira possível, não impondo alterações na rotina do indivíduo além das necessárias ao controle sintomático, constitui-se assim, conforme esta pesquisa, um caminho importante no tratamento da asma.

Referências Bibliográficas

1. Barnes, P.J.; Godfrey, S. & Naspitz, C.K. Asma. Reino Unido: Martin Dunits, 1997: 77 páginas.
2. Emerson, F.; Pereira, K.A.V. & Rios, J.B.M.. Abordagem não farmacológica da asma. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v.68, nº 4, abril, 1995; 35-39.
3. Salomão, J. B. Jr. & Miyazaki, M.C.O.S (2001) Asma na infância: Aspectos clínicos e psicossociais. *Dissertação de Mestrado do primeiro autor. São José do Rio Preto*.
4. Silva, L. C. C. & Hetzel, J.L. Asma Brônquica: Manejo clínico. São Paulo: Artmed, 1998.
5. Miyazaki, M.C.O.S. Asma na infância: pesquisa e prática clínica em psicologia pediátrica. In: R. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição (p.15-20) São Paulo: Ar Bytes, 1997.
6. Cuello, A. F. & Acordaci, C. S. Bronco obstrução. São Paulo: Panamericana, 1987.
7. Miyazaki, M.C.O.S. Enfoque Psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães. *Dissertação de Mestrado. Campinas: 1993*.
8. Guedes, M.L. O comportamento governado por regras na prática clínica. In: Banaco, R. (org.) Sobre Comportamento e Cognição (p. 138-143). São Paulo: Ar Bytes, 1997.
9. Skinner, B.F. Questões Recentes na Análise Comportamental. *Campinas: Papyrus, 1991*.

O Perfil do Pediatra de Curitiba: 2ª Parte, formação profissional e atuação sócio-política

Curitiba Pediatrician Profile: Part II, Academic background and social and political participation

Nelson Egdio de Carvalho(1), Jussara Ribeiro dos Santos Varassin(2), Maria Lúcia Maranhão Bezerra(3)

Resumo

Objetivo: O estudo das características atuais do Pediatra de Curitiba e seu interesse na saúde mental da criança. Através dos resultados, propor programas para a formação de um pediatra envolvido com saúde mental¹.

Metodologia: Foram entrevistados 100 pediatras de Curitiba, inscritos no CRM/Pr, que responderam um questionário contendo 41 perguntas sobre: O(a) Pediatra, sua rotina e seu trabalho; Formação e aperfeiçoamento profissional; Participação sócio-política; Interesse em saúde mental. A coleta de dados foi realizada por alunos do curso de Estatística da UFPr, em julho de 20002.

Resultados: Os pediatras de Curitiba são profissionais na maioria (66,0%) graduados em escolas públicas; além de cursar a residência médica, grande parte deles (55,0%), realizou algum tipo de especialização. Grande número (19,0%) cursou mestrado e destes 84,2% são oriundos de escolas públicas. Homens e mulheres se especializam e têm formação e atividades semelhantes, são atuantes e participativos na sociedade. Quanto maior é o grau de formação, maior é a participação em entidades e eventos médicos e a frequência à bibliotecas. Aqueles com maior jornada de trabalho participam de maior número de reuniões médicas. Os pediatras com mais idade têm maior número de funções em entidades médicas e ocupam mais cargos públicos. Os de renda menor frequentam mais bibliotecas. Os de maior renda acessam a internet em 100,0%, porém a utilização deste recurso é feita também pela maioria dos pediatras. São ainda os de maior renda os que participam mais de entidades médicas e adquirem mais livros. O pediatra de Curitiba é essencialmente o médico da família, preocupado com sua formação, atuação social e participação comunitária.

Palavras chave: perfil, pediatras, atuação sócio-política, formação profissional, saúde mental.

Abstract

Objective: The study of current characteristics of Curitiba Pediatricians and their interest on the child's mental health. According to the results, establish programs for the development of a Pediatrician engaged with the mental health.

Methods: A hundred (100) pediatricians of Curitiba registered at CRM/PR were interviewed and answered a questionnaire with forty-one (41) questions about: The pediatricians, their routine and their work; Academic and professional improvement; Social and political participation; Interest on mental health. The students of the Statistics Course of UFPr performed the data collection in July 2000.

Results: The pediatricians of Curitiba are in their majority (66,0%) professionals graduated at public schools, who besides taking residence, also in their majority (55,0%) took some kind of specialization and a great number of them (19,0%) took a master degree and 84,2% of these come from public schools. Specialized men and women have similar academic background and activities. They act and participate in the society. The greater their background degree is, the greater their social participation in medical meetings and medical entities and their frequency to libraries are. Those with a longer working journey participate in a greater number of medical meetings and the older ones have a greater number of functions in medical and non-medical entities and occupy public offices in a greater number. The ones with a lower income visit more libraries, and the ones with a higher income access the Internet 100% but this resource is also used by most of the pediatricians. They are also the ones who take part in more medical entities and purchase more books. The pediatrician of Curitiba is essentially a family doctor worried about his academic improvement, his social action and his community participation.

Key words: profile, pediatrician, social and political action, academic improvement, mental health.

1. Pediatra, Professor adjunto de neonatologia da UFPr, Coordenador da Pesquisa, Membro do Departamento de Saúde Mental da SPP; 2. Pediatra e Presidente do Departamento de Saúde Mental da SPP; 3. Psiquiatra infantil e membro do Departamento de Saúde Mental da SPP. Sociedade Paranaense de Pediatria, Departamento de Saúde Mental

Introdução

Nos últimos anos, além da disponibilidade tradicional de livros e periódicos, gratuitos ou não, houve para os médicos oferta de grande número de cursos, jornadas e eventos. Mais notável, no entanto, foi e é a oferta de enorme gama de informações que chegam até eles via internet. A sociedade é surpreendida regularmente pelos meios de comunicação com inovações maravilhosas em múltiplas áreas. Invariavelmente os médicos ou a medicina estão de alguma forma envolvidos. Graças à socialização do atendimento médico, a imagem do médico que conhece seu paciente e que cuida dele ao longo dos anos já não é mais comum. Aliado à baixa remuneração médica pelos diferentes planos de saúde, há o estímulo ao atendimento rápido dos pacientes, na tentativa de compensar o menor ganho por atendimento com maior número de atendidos, com conseqüente modificação da relação médico-paciente. O maior número de informações do médico, a modificação da relação médico-paciente, a democratização da medicina e o aprimoramento das suas diversas formas, e o achatamento financeiro da categoria médica estabelecem novas regras e rumos à oferta de saúde à comunidade. Há direitos e deveres de ambas as partes, os quais presidem as relações e decisões na medicina contemporânea. O médico, compelido por seu aprimoramento, participa progressivamente mais da comunidade e tem, conseqüentemente nela, atuação política e social. Os direitos fundamentais das pessoas determinam o reconhecimento dos pacientes como cidadãos, os quais passam a ter, por sua vez, papel regulador na ação médica, quer seja primária, preventiva, curativa, laboratorial ou outras. Procurando conhecer o pediatra de Curitiba, nesta etapa a pesquisa abordou aspectos de sua formação profissional, verificação de seus diferentes graus de aperfeiçoamento profissional e científico, sua participação em cargos públicos, em entidades de classe e em instituições da comunidade e também sua presença social. Esta pesquisa procurou conhecer enfim, o papel do pediatra no presente tempo e seu preparo para tempos futuros³.

Metodologia Estatística⁽¹⁾

A técnica de amostragem foi a Amostragem Estratificada Proporcional segundo o sexo e a idade⁴. Considerou-se a proporção de sexo e de idade na população para o sorteio na mesma proporção na amostra. Para a idade, foi feita uma aproximação considerando-se o número de registro no CRM, no sentido que os mais antigos devem representar pediatras com mais idade e os registros mais recentes, pediatras mais novos. Tal aproximação mostrou-se consistente com o resultado obtido na amostra, pelas proporções obtidas para os diferentes sexos e para os grupos de idade⁵. Dessa forma, selecionaram-se 100 pediatras a serem pesquisados. Durante duas semanas, no mês de julho de 2000, agendaram-se horários em que os pediatras atenderiam os pesquisadores para responderem a um questionário. Havendo negativa ou outro impedimento (falecimento, mudança de cidade, abandono da profissão, etc.), um outro pediatra do mesmo sexo e da mesma faixa etária era sorteado. Após serem realizadas as substituições, um total de 100 pediatras foram entrevistados. Durante a entrevista realizada por alunos do Cur-

so de Estatística da UFPR, supervisionados por seu professor, foi aplicado um questionário elaborado pelo Departamento de Saúde Mental da Sociedade Paranaense de Pediatria. Este questionário estava dividido em 4 partes: 1) O (a) Pediatra, sua rotina e seu trabalho; 2) Formação e aperfeiçoamento profissional; 3) Participação sócio-política; 4) Interesse em saúde mental. Foram realizadas 41 perguntas. Foram aplicados os testes "Comparação entre duas Proporções" (através do software "Primer of Biostatistics")⁶ e "Qui-Quadrado com correção de Yates" (pelo software Epi-info)⁷.

Resultados

A maioria dos pediatras de Curitiba (87,0%) exerce a pediatria de forma exclusiva e apenas 13,0% associada a outras atividades com rendimento mensal.

Observa-se sua formação geral e se constata seu alto grau de aprimoramento profissional pelo exposto na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Formação profissional dos pediatras de Curitiba

| | Sim | Não | Total |
|-----------------------------|-----|-----|-------|
| Graduação em escola pública | 66 | 34 | 100 |
| Residência | 90 | 10 | 100 |
| Título de especialista | 81 | 19 | 100 |
| Residência e especialização | 55 | 45 | 100 |

De maneira geral, o pediatra de Curitiba procura se manter atualizado (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Atualização médica dos pediatras de Curitiba

| | Sim | Não | Total |
|-------------------------------|-----|-----|-------|
| Assinatura de Periódicos | 43 | 57 | 100 |
| Recebe Periódicos | 94 | 5 | 99 |
| Frequente Bibliotecas Médicas | 55 | 45 | 100 |
| Frequente Reuniões Médicas | 65 | 35 | 100 |
| Acessa Sites de Saúde | 57 | 42 | 99 |

Tabela 3. Atualização médica dos pediatras de Curitiba - cursos, eventos e livros

| | Não | Até 3 | Mais de 3 | Total |
|---|-----|-------|-----------|-------|
| Participação em Cursos em 2 anos | 2 | 48 | 50 | 100 |
| Participação em Encontros Científicos em 2 anos | 5 | 47 | 48 | 100 |
| Aquisição de Livros Médicos em 1 ano | 27 | 39 | 34 | 100 |

Provavelmente em razão de sua formação geral e médica aprimorada, o pediatra de Curitiba se mantém atento e participativo tanto política quanto culturalmente (Tabela 4).

Tabela 4. Participação sócio-política dos pediatras de Curitiba

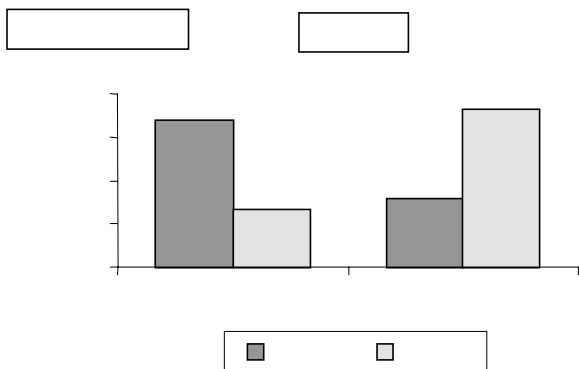
| | Sim | Não | Total |
|-----------------------------|-----|-----|-------|
| Cargos de Entidades Médicas | 17 | 83 | 100 |
| Entidades Sócio-Culturais | 26 | 74 | 100 |
| Cargos Públicos | 10 | 90 | 100 |

Comparando-se os pediatras quanto ao local de graduação, os formados em escolas privadas são em maior número (76,5%) em relação a compra de livros que os

(1) Professor Doutor Paulo Afonso Bracarense Costa, Departamento de Estatística da UFPR, CONRE-SP 3062.

formados em escolas públicas (71,2%), sendo que esses adquirem mais de 3 livros por ano (73,1%) mais freqüentemente que os graduados em escolas públicas (31,9%) (p=0,0017) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Local de graduação em relação a compra de livros em um ano



Os pediatras graduados em escola pública tendem a trabalhar além de 40 horas por semana (71,2%) mais do que os de escola privada (53,0%) (p=0,0683) e a participar menos de reuniões (59,1%) que os graduados em escola privada (76,5%).

Os pediatras com mestrado e/ou doutorado, em sua maioria (84,2%), graduaram-se em faculdades públicas (p<0,0001) (Tabela 5).

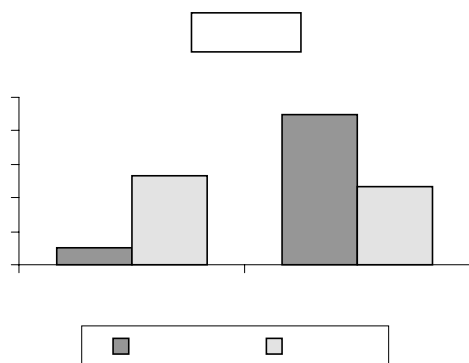
Tabela 5. Local de graduação dos pediatras com mestrado ou doutorado

| | Nº | % |
|-------------------|----|-------|
| Faculdade Pública | 16 | 84,2 |
| Faculdade Privada | 03 | 15,8 |
| Total | 19 | 100,0 |

p < 0,0001

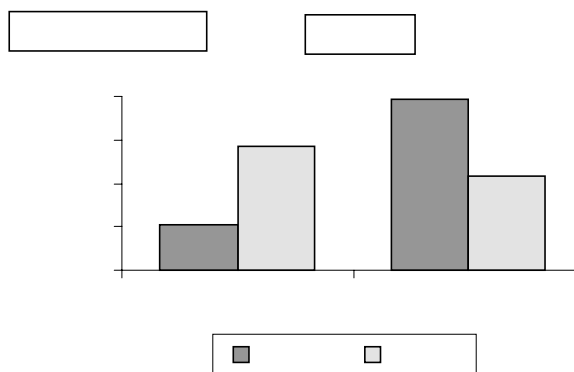
Os pediatras com mestrado e/ou doutorado (Grupo 1) freqüentam mais bibliotecas que aqueles que fizeram residência e/ou especialização (Grupo 2) (89,5% x 46,9%) (p=0,0019) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Formação em relação a freqüência à biblioteca



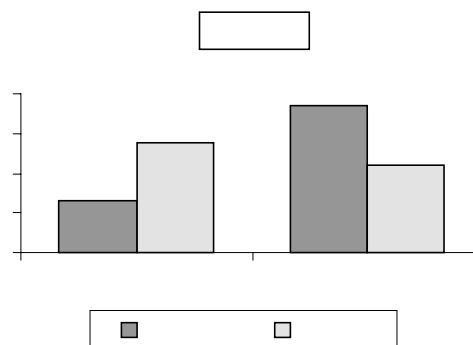
Os pediatras do Grupo 1 participam de maior número de eventos em 2 anos (78,9% x 43,4%) que os do Grupo 2 (p=0,0119) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Formação em relação a participação em eventos em dois anos



A participação em entidades médicas também é maior para os pediatras do Grupo 1, ou seja para aqueles com mestrado e/ou doutorado (73,7% x 44,4%) em relação ao Grupo 2 (p=0,0414) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Formação em relação a participação em entidade médica



Aqueles de maior formação, quando fizeram mestrado e/ou doutorado, tendem a participar de um número maior de cursos (mais de 3 em 2 anos) (73,7%) que os com menor formação (até 3 em 2 anos) (54,4%) (p=0,0517).

Os de maior formação (Grupo 1) são oriundos mais freqüentemente de faculdade pública que os de menor formação (Grupo 2) (84,2% x 61,7%), acessam mais a internet (94,7% x 81,5%), compram mais livros em um ano (89,5% x 69,1%) e participam mais de reuniões (73,7% x 63,0%).

Os pediatras com menor formação, aqueles que fizeram residência e/ou especialização realizam menos vezes outras atividades além da profissional que os de maior formação (11,1% x 21,1%), têm carga horária semanal superior a 40 horas (67,9% x 52,6%) e participam menos de entidades sócio-culturais que os de maior formação (24,7% x 31,6%).

Quanto a ter parentes médicos ou não e comparados os dois grupos, não houve diferenças estatísticas entre os mesmos, seja quanto a formação ou quanto a atuação sócio-política.

Os pediatras quando comparados quanto ao sexo, em relação ao aperfeiçoamento profissional, a participação sócio-cultural, a participação sócio-política e a atividade científica, não apresentaram diferenças significativas. A ocupação pelo pediatra homem, de cargos ou postos de maior projeção em relação à pediatra mulher não foi pesquisada.

Os pediatras com maior carga horária semanal (acima de 40 horas) tendem a participar mais de reuniões (72,3%) que os com menor carga horária (51,4%) (p=0,0617).

Os médicos com mais idade (acima de 40 anos) (100,0%) participam mais de eventos que os mais jovens (87,5%) (p=0,0087), ocupam mais cargos públicos (48,3% x 40,0%) e participam mais de entidades médicas (53,3% x 45,0%).

Os médicos mais jovens (até 40 anos), no entanto, quando participam de eventos, o fazem em mais vezes (mais de 3 em 2 anos) que os com mais idade (62,9% x 43,2%), adquirem mais livros (82,5% x 66,7%), freqüentam mais bibliotecas (62,5% x 50,0%) e participam mais de reuniões (70,0% x 61,7%).

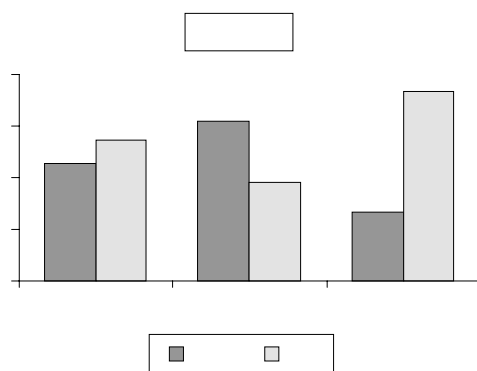
Os médicos que têm sua fonte de renda principalmente de plantões (84,2%) tendem a assinar menos periódicos que os demais (15,8%) (p=0,0560).

Os pediatras com renda menor (até R\$ 4.000,00) são menos participativos em cursos e eventos que os com renda maior (95,2% x 100,0%) mas, quando participam, o fazem em maior número de cursos (mais de 3 em 2 anos) (60,0% x 43,9%) e de eventos (mais de 3 em 2 anos) (57,5% x 44,4%). Estes pediatras menos bem remunerados freqüentam mais bibliotecas que os mais bem remunerados (66,7% x 33,3%) (p=0,0376).

O percentual de pediatras de maior renda (acima de R\$ 8.000,00) que acessam a internet é de 100,0%, porém os pediatras das outras faixas de renda mensal também utilizam este recurso, assim, quando a renda é de até R\$ 4.000,00 o percentual é de 88,1% e quando está entre R\$ 4.001,00 e R\$ 8.000,00 é de 73,8%.

Aqueles pediatras que tem maior renda (acima de R\$ 8.000,00) compram mais livros (mais de 3 por ano) que os com rendas menores (86,7% x 70,2%) e participam mais de entidades médicas (73,3%) (p=0,0493) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Participação em entidade médica por renda mensal



Discussão

Os pediatras de Curitiba exercem a pediatria em sua grande maioria de forma exclusiva. Sua formação geral e atualização, apesar das dificuldades no exercício da profissão, são aprimoradas. Sua participação sócio-cultural parece estar acima da esperada para a categoria médica. Dentre os pediatras de Curitiba há predominância de mulheres (59,9%) e a sua maioria tem até 40 anos (75,0%)⁸. Quanto a formação e participação sócio-cultural não se encontrou diferenças entre homens e

mulheres. Cerca de 19,0% dos pediatras de Curitiba têm mestrado e curiosamente 84,2% destes são oriundos de escola pública. Os pediatras de maior grau de formação são os que freqüentam mais bibliotecas, eventos e cursos, bem como têm maior participação em associações culturais, sociedades e entidades médicas. São também os mais graduados os que acessam mais freqüentemente a internet, compram mais livros e participam mais de reuniões. Os médicos de menor grau de formação, por sua vez, trabalham mais no exercício da pediatria e são menos participativos sócio-culturalmente e em entidades médicas. Os pediatras, quando originários das escolas privadas compram mais livros e têm menor jornada médica de trabalho. Os médicos pediatras com maior carga horária semanal de trabalho, despendem parte deste tempo em reuniões. Os pediatras com mais idade são mais assíduos nos eventos e estão mais presentes nas entidades médicas e nos cargos públicos. Os mais jovens, por sua vez, aparentemente estudam mais pois quando participam de eventos o fazem, com mais freqüência (mais de 3 em 2 anos), compram mais livros e são mais assíduos em bibliotecas. Aqueles que têm trabalho mais desgastante, os plantonistas, despendem menos tempo em leituras de periódicos. As diferenças na renda mensal não se apresentaram como fatores de influência na participação dos pediatras em cursos e eventos médicos. O que leva ao questionamento, se isto decorre da existência de apoio e incentivo ao aperfeiçoamento e atualização dos pediatras, oferecidos pelos órgãos governamentais e privados, onde eles atuam. Quanto menor a renda do pediatra maior a freqüência à bibliotecas. Em razão disto, as instituições deveriam manter suas bibliotecas atualizadas e o mais bem equipadas, conforme sua situação financeira permita e abertas a comunidade médica durante o maior tempo possível. Quando a renda é maior, maiores também são sua participação em entidades médicas e suas possibilidades de uso de recursos como a internet, e a compra de livros. Assim sendo, o pediatra é um trabalhador incansável, aparentemente muito participativo no meio médico e na sociedade, e, com sua cultura e com sua disponibilidade para orientar aqueles que convivem com a criança, é muitas vezes, o médico da família. Seria lamentável se, no futuro, o pediatra generalista se tornasse de difícil acesso para a comunidade.

Referências bibliográficas

1. Perfil dos Médicos, Dados: Programa Radis - Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, Fundação Oswaldo Cruz 1996;19(6)
2. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Número de Médicos Ativos Inscritos. Curitiba, nov. 2000
3. Temas de Pediatria. Nestlé, Uma introdução à bioética.2002;7
4. Cochran WG. Sampling Techniques. New York, third ed., John Wiley & Sons, 1977:428 páginas
5. Arango HG. Bioestatística Teórica e Computacional. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan, 2001:235 páginas
6. Glantz AS. Primer of Biostatistics. New York, fourth ed., McGraw Hill, 1997: manual 473 páginas
7. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi-Info, Version 6.04b: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computers for public health. Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA, jan 1997: manual 367 páginas
8. Carvalho NE, Varassin JRS, Bezerra MLM. O perfil do Pediatra de Curitiba: 1ª parte, aspectos gerais. J Pr Ped 2001;3:51-55.

PERGUNTA AO ESPECIALISTA

Dentro das rotinas pediátricas, o afastamento do bebê de sua mãe após o parto é prejudicial à saúde mental?

Maria Lúcia Bezerra(1), Cecília M. Zanchet(2), Carla P. Diz(3)

Nas décadas de 30 e 40 houve o auge das práticas de afastamento entre bebês e mães após o parto, ao que correspondeu grande número de pesquisas quanto aos efeitos deste afastamento no apego entre os bebês e suas mães e no desenvolvimento emocional propriamente dito. Tantos foram os trabalhos, principalmente a partir da década de 70 que, dizem Klaus, Klaus e Kennel "...provavelmente, nenhuma prática de cuidados perinatais foi estudada tão intensamente quanto o momento certo em que a mãe deve receber seu bebê, depois de seu nascimento"¹. Tal interesse justifica-se já que em torno do sucesso (ou insucesso) do vínculo se organiza o aleitamento e se desenvolve o processo educacional e maturacional.

Recentemente a Organização Mundial da Saúde firmou posição a respeito de que preconiza amamentação exclusiva ao seio até o sexto mês de vida. Chegou a esta decisão por extensiva análise de trabalhos científicos produzidos em todo o mundo, inclusive no Brasil, que comprovam significativos benefícios^{2,3}.

Manter no entanto a amamentação por este largo período é o fruto de decisões tomadas nos primeiros dias de vida...ou talvez na primeira hora. A estimulação da mama e o amparo ao vínculo mãe-bebê estão contemplados na recomendação do quarto passo do Hospital Amigo da Criança : "O bebê deve ser posto ao seio na primeira hora após o parto"^{4,5}. E este acontecimento está integralmente nas mãos do pediatra, como de resto estarão muitas decisões nos primeiros meses de vida, nos quais a mãe concede a ele excepcional credibilidade.

Se do ponto de vista biológico não parece haver dúvidas quanto aos benefícios da amamentação, tampouco são desprezíveis suas repercussões na saúde mental. Pode-se dizer que a relação amamentar, favorecida pelo contato precoce extenso, é uma importante pilastra na saúde mental futura: as crianças acomodadas em alojamento conjunto apresentam taxas futuras menores de maus tratos ou de abandono^{6,7}; o bebê sugar, tocar ou lambe a aréola e o bico do seio precocemente influencia muito positivamente o comportamento das mães, fato confirmado inclusive pelos níveis médios mais baixos de gastrina, sugerindo que o sistema neuro-endócrino materno chegou a ser significativamente influenciado⁸. Por outro lado, o comportamento dos bebês afastados de suas mães após o parto tende a reproduzir o comportamento mamífero de emitir o "separation distress call", o choro em pulsos que procura restaurar a proximidade física⁹.

Podemos também considerar o tema sob o ponto de vista da síntese pessoal de pediatras com larga experiência clínica, como Donald W. Winnicott, que escreveu: "Os médicos tornaram muito difícil para as mães começarem bem esta função (da maternidade), uma das mais importantes por elas desempenhadas. Na maioria das vezes é muito difícil para a mulher, ao preparar-se para dar à luz, ter certeza de que ela terá liberdade de entender-se com o bebê"¹⁰. Ou nas palavras de pioneiros como Merrel P. Middlemore: "A situação amamentar na espécie humana é peculiarmente interessante e intrincada porque resulta de dois grupos de ações e interações: umas ocorrendo entre a mãe e a criança e outras que compreendem reações de adaptação entre cada membro da dupla amamentar e os "estranhos" que os ajudam. Além do mais, porque o estranho - médico ou enfermeira- é pessoa humana, ele ou ela por sua vez é influenciado em certa extensão pela dupla amamentar"¹¹.

Recai portanto sobre o pediatra mais uma responsabilidade ou um privilégio: observar e estabelecer um julgamento mínimo sobre a saúde do vínculo emocional que se expressa na facilidade ou dificuldade em amamentar.

A apreensão das dificuldades de vínculo não se faz, no entanto, por meio da semiologia mais familiar aos médicos, não se comprova pela química ou física laboratorial, mas pode aparecer mais tarde em corpinhos sujos ou acidentados, em complicações de doenças simples, fragilidades psicossomáticas ou em enfeites demais, estímulos precoces à erotização, cuidados sufocantes.

À luz da discussão acima, é possível oferecer algumas diretrizes para o trabalho pediátrico em profilaxia de saúde mental que podem ser assim resumidas:

- O período que precede e se segue ao parto é vivido pela mãe com grande desestabilização emocional que, se por um lado a torna sensível e intuitiva, pode também trazer à tona ansiedade excessiva que será depositada na relação com o bebê.

- O contato precoce comprovadamente favorece vínculos melhores. Os bebês e suas mães e pais devem, a menos que haja intercorrência, desfrutar de uma hora de atividade livre imediatamente após o parto.

- A ansiedade normal ou patológica se expressará imediatamente em uma série de conceitos sobre as necessidades ou o estado dela e do bebê (precisar de repouso, estar exausta ou eufórica, o bebê ser muito exigente ou retraído, estar feliz ou infeliz fora do útero,

1. Médica psiquiatra, membro do Comitê de Saúde Mental da Sociedade Paranaense de Pediatria, 2. Médica pediatra, neonatologista do Hospital Santa Brígida, 3. Psicóloga clínica, psicanalista, coordenadora do LUGAR- Espaço de Estudos e Pesquisas em Psicanálise sobre Gestação e Puerpério

por exemplo).

- Tais conceitos devem ser analisados como dados semiológicos, sob o prisma de revelarem um universo predominantemente de aceitação ou de rejeição, de harmonia ou de descompasso da dupla.

- As palavras do pediatra, mesmo as emitidas num contexto banal, têm enorme importância e é possível que fiquem gravadas para sempre na memória das mães. Por isso devem ser prudentes e encaradas com a responsabilidade técnica de uma prescrição.

- A suspeita de vínculos insuficientes deve implicar em fazer o pediatra todo o esforço que esteja ao seu alcance para que o desenvolvimento da situação vincular seja observado nas consultas seguintes desfrutando do mesmo status de qualquer outra patologia clínica.

Referências bibliográficas

1. Klaus MH, Kennel JH, Klaus, PH . Vínculo, Artmed, 2000: 180 páginas
2. Alimentação Infantil- Bases Fisiológicas- JamesAkré-OMS Genebra, 1999
3. Evidences to the ten steps of succesful breastfeeding- Divisão de Saúde da criança- OMS-Unicef- Genebra 1998
4. Manejo e promoção do aleitamento materno Curso para equipes de maternidade- MS- UNICEF-OMS, Janeiro , 1993

5. O aleitamento materno na prática clínica , Giugliani E, Jornal de Pediatria, vol.76,suplem.3, dezembro de 2000, pág. S238

6. Siegel E, Baumann KE, Schaefer ES, Saunder MM, Ingram DD, "Hospital and Home Support During Infancy: Impact on Maternal Attachment, Child Abuse and Neglect, and Health Care Utilization". Pediatrics 1980 ; 66:183-190.

7. O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Altemeier WA, "Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-in". Pediatrics 1980; 66: 176-182.

8. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, Winberg "Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour". Early Human Development 1990; 21(3) :153-156.

9. Christenson K, Cabrera T, Christenson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J , "Separation Distress Call in the human neonate in the absence of maternal body contact". Acta Paediatrica Scandinavica, 1995; 84(5) : 468-473.

10. Winnicott DW, "Da Pediatria à Psicanálise", pág. 241, Editora Imago, 2000

11. Middlemore MP, Mãe e Filho na Amamentação, edição particular, 1974,158 páginas.

Bibliografia recomendada

"Vínculo", M. H. Klaus, J.H. Kennel, P.H.Klaus, Editora Artmed., 2000

"Pais-Bebês : A formação do apego" ,M. H. Klaus, J.H. Kennel, Editora Imago,2001

Normas para publicação

INFORMAÇÕES GERAIS

O Jornal Paranaense de Pediatria (JPP) destina-se à publicação de artigos de revisão, artigos originais, artigos especiais, relatos de casos e cartas, enviados espontaneamente pela comunidade científica ou por solicitação dos editores, abordando assuntos relacionados a temas de Pediatria.

O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

- **Artigos Originais:** artigos com novas informações e resultados de pesquisa experimental ou clínica. Nestes últimos, a aprovação do Comitê da Ética da instituição aonde foi conduzida a pesquisa é imprescindível.

- **Artigos de Revisão:** artigos de síntese de temas específicos, na qual estarão reunidos os principais aspectos e as controvérsias existentes na literatura quanto ao assunto em questão, a análise crítica da bibliografia consultada e conclusões.

- **Artigos Especiais:** artigos encomendados pelos Editores a autores eminentes e de reconhecida experiência em determinados assuntos de interesse para os leitores.

- **Relatos de casos:** artigos que visam a apresentação resumida de um caso (ou casos) de interesse para os leitores.

- **Cartas:** textos objetivos contendo comentários ou críticas sobre os artigos publicados no JPP. Sempre que possível, a resposta dos autores será publicada junto com a carta.

- **Notícias de Interesse e Recomendações:** notas, orientações e recomendações elaboradas pelos Comitês Científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria.

O JPP também aceitará informações sobre eventos, publicações ou assuntos diversos, de qualquer área, que de alguma forma, interessem a todos aqueles envolvidos com o paciente pediátrico.

APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Todos os artigos propostos à publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e/ou de assessores especialmente designados, a critério do editor. Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações, que só ocorrerão após prévia consulta.

Para aprovação final do artigo, o autor e os co-autores deverão assinar o Termo de Cessão dos Direitos Autorais à Sociedade Paranaense de Pediatria.

Os artigos para publicação serão encaminhados ao autor indicado como responsável na página de rosto pelas correções finais para que o mesmo as faça e proceda a devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor Chefe reserva-se o direito de publicar, independente da correção final.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- Normas para Digitação

Os artigos devem ser enviados em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4, além de uma cópia em disquete. O texto deve ser digitado utilizando o processador de textos Microsoft Word®, com fonte Times New Roman tamanho 11, margens de 25 mm em cada borda da página e com espaço duplo em todas as seções. As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto.

O tamanho máximo recomendado é de 10 páginas para artigos originais, 15 páginas para artigos de revisão, 5 páginas para relatos de casos e 2 páginas para cartas ao editor, incluindo as referências bibliográficas.

- Estrutura do Artigo

Os trabalhos devem ser encaminhados ao JPP da seguinte forma:

1ª folha: carta de submissão do material assinada por todos os autores, garantindo que o artigo é original; e que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e que os mesmos leram e aprovaram a versão final. A carta de submissão deve indicar o autor responsável por eventuais correções e adaptações necessárias para a publicação do artigo, bem como seu endereço e telefones para contato.

2ª folha: página de rosto contendo (a) título do artigo - deve ser curto, claro e conciso; (b) autores - primeiro e último nome dos autores e iniciais dos nomes intermediários; (c) titulação dos autores - titulação mais importante de cada autor; (d) instituição e serviço ao qual ao trabalho está vinculado; (e) nome, endereço, telefone, fax, e-mail do autor responsável pela correspondência.

3ª folha: resumo em português. Deve ter no máximo 250 palavras e ser apresentado no formato semi-estruturado, que compreende obrigatoriamente 4 seções, a saber: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Cada uma das seções do resumo deve ser indicada pelo respectivo subtítulo. Abaixo do resumo, fornecer 3 a 5 palavras-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos.

4ª folha: resumo em inglês (abstract). Deve conter uma versão exata do título do trabalho e resumo para o idioma inglês, com no máximo 250 palavras e com os seguintes subtítulos: Objective, Methods, Results and Conclusions. Fornecedor 3 a 5 palavras-chave (Key Words).

5ª folha: texto. Iniciar o texto com o título do trabalho e a seguir apresentar as seguintes seções:

- **Artigos Originais:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, e Referências Bibliográficas. A Introdução deverá ser breve e mostrar a importância do tema e justificativa para o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser definidos. Na seção de Métodos deve ser descrita a população estudada, critérios de inclusão e exclusão, definições das variáveis métodos de trabalho e análise estatística detalhada, incluindo referências padro-

nizadas sobre os métodos estatísticos e programas de computação utilizados. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes que permitam a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração da aprovação do estudo pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição a qual se vinculam os autores. Os Resultados devem ser apresentados em seqüência lógica, de maneira clara e concisa. Gráficos, tabelas e figuras podem ser incluídos, conforme as normas descritas abaixo. A Discussão deve interpretar os resultados e compará-los a dados existentes na literatura, destacando os aspectos novos e importantes do estudo, bem como suas implicações e limitações. As conclusões devem ser apresentadas no final, levando em consideração os objetivos do trabalho.

- **Artigos de Revisão:** Introdução, Texto, Conclusões, Referências Bibliográficas.

- **Relatos de Casos:** Introdução (breve, que revela a importância do assunto), Relato de Caso (relatos resumido do(s) caso(s) em questão), Comentários (comentários sobre os aspectos relevantes comparados com a literatura) e Referências Bibliográficas.

- **Tabelas e Figuras (fotografias, desenhos e gráficos):** Tabelas e Figuras deverão ser enviadas em folhas separadas do texto, numeradas em números arábicos na ordem de aparecimento no texto.

Tabelas devem apresentar título sucinto e explicativo e observações sobre dados das tabelas devem ser apresentadas em notas de rodapé identificadas por símbolos.

As Figuras não deverão exceder a 1/4 do número de folhas total do artigo. As Figuras devem ser enviadas em 3 cópias.

Fotografias devem ser impressas separadamente em papel brilhante com 12 x 8 cm, e devem ser identificadas, no verso, por uma etiqueta na qual deve estar o seu número, o título do artigo, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Gráficos devem ser impressos com alta resolução gráfica, em preto e branco, em 2 dimensões.

As legendas das Figuras devem ser apresentadas em folhas separadas, devidamente identificadas com os respectivos números.

- Referências Bibliográficas

As citações no texto deverão ser feitas através de números arábicos entre parênteses, um número para cada referência.

As referências bibliográficas deverão ser iniciadas em nova folha. Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. (International Committee of Medical Journal Editors, 1982). Ao nome do(s) autor(es), deve-se-ão seguir: o título do trabalho referido, o título do periódico (revista), o ano e os números das páginas em que se localiza, conforme exemplos:

a) artigo de periódicos:

Barba MF, Carrazza FR, Fujimura MF. Osteo-distrofia renal. *Pediatria* (S.Paulo) 1982; 4:54-61.

b) capítulo de livro:

Marcondes E, Machado DV, Setian N, Carrazza FR. Crescimento e Desenvolvimento in: Marcondes E, *Pediatria Básica*, 8ª ed. São Paulo: 1991

c) livro:

Brunser O, Carrazza FR, Gracey M, Nichols BL, Senterre. J. *Clinical Nutrition of the Young Child*. New York, Raven Press, 1991: 350 páginas.

Tabelas ou Figuras publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento, por escrito, do Autor ou Editores para reprodução, sendo responsabilidade do autor obter tal permissão.

- Abreviaturas

As abreviaturas não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas, ou aquelas consagradas nas publicações médicas. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e no resumo.

MATERIAL ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

- Carta de submissão assinada por todos os autores.

- Original com 3 cópias impressas e cópia em disquete.

- Página de rosto com as informações solicitadas.

- Resumo em português, com palavras-chave.

- Abstract com Key words.

- Texto contendo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.

- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.

- Figuras (original e 2 cópias) devidamente identificadas.

- Legendas das Figuras.

- Referências Bibliográficas numeradas por ordem de aparecimento no texto.

Este material deve ser enviado ao editor do Jornal Paranaense de Pediatria para o endereço Rua Desembargador Vieira Cavalcante, 550 CEP 80510-090, Curitiba - PR.