

XIII

RESUMOS DOS TRABALHOS PUBLICADOS

1. Considerações sobre a vacinação contra a poliomielite. *Jorn Méd* 1958; 37:177-180; *Rev Port Ped Pueric* 1958; 21:433-443.

Trabalho de revisão da literatura e de índole pedagógica, onde se descreve a evolução epidemiológica da poliomielite, as diversas formas de protecção contra a doença, a técnica de preparação das vacinas mortas e vivas e as suas vantagens e riscos.

Finalmente, faz-se uma previsão acerca da futura evolução da história natural da doença.

2. A hemossiderina na medula nas anemias ferropénicas. *Rev Port Ped Pueric* 1960; 23:34-41.

Trabalho de investigação em que foram estudadas 12 crianças, com idades entre os 8 e os 24 meses, todas com sinais clínicos e laboratoriais de anemia.

Das 12 crianças, 7 eram crianças subnutridas e sem infecção crónica e 5 sofriam de tuberculose.

A todas foram feitos doseamentos de hemoglobina, ferro sérico e da capacidade de fixação do ferro, contagem de reticulocitos e pesquisa de hemossiderina na medula.

Em todas se encontraram valores baixos de hemoglobina e de ferro sérico e valores variáveis da capacidade de fixação do ferro.

A diferença importante foi a ausência de hemossiderina na medula na quase totalidade dos casos do 1º grupo – 5 em 7 – e a presença na totalidade dos casos do 2º grupo.

Foi administrado ferro intramuscular a todas as crianças do 1º grupo e 7 dias depois houve em todas uma resposta reticulocitária e 1 mês depois subidas importantes de hemoglobina e de sideremia e o aparecimento de hemossiderina na medula.

O estudo conclui que a pesquisa da hemossiderina na medula é o método de eleição para distinguir as anemias hipocrômicas carenciais das anemias de infecções crônicas e para precisar a indicação ou não de tratamento marcial.

3. A barreira hemato-encefálica. *Rev Port Ped Pueric* 1960; 23:358-366.

Trabalho de divulgação acerca de uma entidade ou entidades mal conhecida(s) e mal definida(s).

Enumeram-se as diversas barreiras – sangue-liquor, liquor-cérebro e sangue-cérebro – e analisam-se as várias hipóteses quanto à sua localização e função.

Finalmente revêem-se as situações em que há alteração da sua permeabilidade e a capacidade de passagem e de penetração de diversas drogas antibacterianas.

4. Um caso de tuberculose renal. *Rev Port Ped Pueric* 1961; 24:172-185.

Apresenta-se um caso clínico de tuberculose renal na infância, descrevendo-se os passos sucessivos que levaram ao diagnóstico.

Discute-se, depois, a patogenia da tuberculose renal, os seus diversos tipos, a terapêutica e o prognóstico.

5. Pericardite aguda. *Rev Port Ped Pueric* 1961; 24:228-235.

Apresenta-se um caso clínico de pericardite aguda tuberculosa numa criança de 4 anos de idade.

Descrevem-se os passos que levaram ao diagnóstico, a terapêutica e a evolução e é revista a casuística da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa.

6. Associação de meningite tuberculosa e por criptococos. *Rev Port Ped Pueric* 1961; 24:317-323.

Apresenta-se um caso clínico de associação de meningite tuberculosa e por criptococos numa criança de 4 anos de idade, o primeiro diagnosticado em Portugal.

Analisa-se os passos que levaram ao diagnóstico, o diagnóstico diferencial, a terapêutica e a evolução.

7. *Sepsis* estafilocócica. *Rev Port Ped Pueric* 1964; 27:201-209.

A propósito do caso clínico de uma criança de 7 anos com *sepsis* estafilocócica revê-se a casuística da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa.

Descreve-se a fisiopatologia da doença nomeadamente quanto às portas de entrada e aos focos metastáticos.

Discute-se a terapêutica, principalmente no que diz respeito à selecção dos antibióticos.

8. Um caso típico de hipotiroidismo. *Rev Port Ped Pueric* 1964; 27: 306-313.

Apresenta-se um caso de hipotiroidismo numa criança de quatro meses de idade, pondo-se ênfase nos sinais mais precoces da doença.

Discute-se a etiologia do hipotiroidismo e a sua terapêutica.

9. Síndrome de Von Jacksch. Estudo de 24 casos (colab. M. Cordeiro). *Rev Port Ped Pueric* 1964; 365-377.

Descreve-se o síndrome de Von Jacksch, a sua etiologia e a sua individualidade nosológica.

Revê-se a casuística da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa – 24 casos – e analisa-se a sua distribuição etária, quadro clínico e laboratorial e mortalidade.

As causas predisponentes encontradas foram sífilis, tuberculose, gastroenterites, prematuridade, raquitismo e subnutrição.

É descrita a terapêutica.

10. Normas gerais para cuidados médicos e de enfermagem a recém-nascidos. *Rev Port Ped Pueric* 1965; 28:47-75.

Trabalho de índole pedagógica e coordenador da assistência.

Definem-se normas para os cuidados imediatos aos recém-nascidos, reanimação, cuidados de rotina, cuidados aos recém-nascidos pré e pós-termo, aos filhos de mães diabéticas, aos recém-nascidos por cesariana, na doença hemolítica e no síndrome de dificuldade respiratória.

Finalmente apontam-se orientações gerais para a enfermeira.

11. Síndrome de dificuldade respiratória. *Rev Port Ped Pueric* 1965; 28:203-217.

Trabalho de revisão especialmente dedicado a um tipo de síndrome de dificuldade respiratória: a doença da membrana hialina.

Descreve-se o quadro clínico e laboratorial, a fisiopatologia circulatória associada e as diversas terapêuticas propostas, analisando as suas vantagens e riscos.

12. Estatística da Secção de Recém-Nascidos e Prematuros no ano de 1964 (colab. J. M. C. Ferreira). *Rev Port Ped Pueric* 1965; 28:258-262.

Faz-se a estatística da população de recém-nascidos da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa no ano de 1964.

Investiga-se a incidência de recém-nascidos pré e pós-termo, a morbilidade e o tipo de doenças, a incidência e o tipo de anomalias congénitas, a mortalidade e as suas causas.

Finalmente discute-se a vantagem da colaboração entre obstetras e pediatras, definindo-se – já com espírito de medicina perinatal – os pontos cruciais dessa colaboração.

13. O recém-nascido de mãe diabética (RNMD). *Rev Port Ped Pueric* 1965; 28:369-380.

Trabalho de revisão onde são especialmente focados a fisiopatologia das alterações metabólicas no RNMD, os diversos quadros clínicos possíveis, as alterações placentares e maternas, a terapêutica, a mortalidade e o prognóstico.

14. Aspectos recentes da prematuridade. *Rev Port Ped Pueric* 1966; 29:59-68.

Trabalho de revisão e de investigação onde são citados alguns aspectos em que tinha havido progresso recente na assistência aos recém-nascidos pré-termo.

São apresentadas estatísticas da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa, que se comparam com as de outras clínicas pediátricas.

Afirma-se que, em última análise, a resolução do problema da prematuridade está na sua prevenção.

Estudam-se, depois, quanto à etiologia do parto prematuro, 119 casos. Em cerca de metade destes casos os recém-nascidos tinham um peso ao nascer igual ou inferior a 1500g. Verifica-se que neste grupo 38,5% das mães tinham sofrido de dores lombares e de hemorragias.

Na outra metade dos casos os recém-nascidos tinham um peso ao nascer superior a 1500g. A alteração mais frequente neste grupo era a gemelaridade.

Conclui-se que sendo o primeiro grupo o de alto risco a prevenção e o tratamento daquela situação reduziria o número dos casos mais prematuros e a elevada mortalidade daí resultante.

15. Prematuridade e obstrução intestinal. *Rev Port Ped Pueric* 1966; 29:405-416.

Apresenta-se o caso clínico de um recém-nascido pré-termo com obstrução intestinal.

Descreve-se o desenvolvimento embrionário do intestino e discutem-se as diversas hipóteses postas quanto aos mecanismos que levam à atresia intestinal e o diagnóstico radiológico e explica-se a contingência do teste de Farber.

16. Doença iatrogénica por hormonas em pediatria. *Rev Port Ped Pueric* 1967; 30:42-48.

Trabalho de revisão onde são apresentadas as acções de algumas hormonas.

Discute-se o uso dos esteróides anabolizantes, da hormona tiroideia e dos glucocorticóides, as suas acções gerais, riscos e falsas e verdadeiras indicações.

O uso de esteróides anabolizantes é discutido na anorexia psíquica e no atraso de crescimento; o uso da hormona tiroideia é discutido nas dificuldades escolares, no atraso do crescimento e na obesidade; o uso dos glucocorticóides é discutido na meningococemia, na asma brônquica, na bronquiolite aguda e na laringite estridulosa.

Termina-se com uma crítica ao uso indiscriminado destas drogas em muitas situações pediátricas e recomenda-se a necessidade de um controlo mais rigoroso na sua prescrição.

17. Estados convulsivos do recém-nascido (colab. M. Cordeiro, M. L. Levy, L. M. Pinto, J. S. Sousa, J. C. G. Pedro). *Med Uni* 1967; 10; *Rev Port Ped Pueric* 1967; 30:213-239.

Trabalho de revisão em que participei na parte correspondente aos problemas da clínica e do diagnóstico.

Descreve-se o quadro da actividade normal do recém-nascido e o das suas convulsões subtis.

Analisa-se depois o diagnóstico diferencial das convulsões, baseado não no seu tipo clínico, mas antes na história e no aparecimento de outros sinais.

18. Relatório sobre um estágio na Grã-Bretanha. *Rev Port Ped Pueric* 1967; 30:240-255.

Descreve-se a experiência colhida na visita a seis centros de medicina neonatal na Grã-Bretanha.

Os aspectos analisados foram as rotinas nas enfermarias, a reanimação do recém-nascido, a assistência aos recém-nascidos pré-termo, o síndrome de dificuldade respiratória, a doença hemolítica do recém-nascido, as anomalias congénitas, a investigação e, finalmente, os aspectos gerais.

Foram comparadas as atitudes clínicas e as técnicas nos diversos centros, quer entre si, quer com as usadas na Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa.

19. Hipoplasia congénita dos músculos abdominais associada a outras malformações. *Rev Port Ped Pueric* 1960; 31:77-86.

Primeiro caso descrito em Portugal do síndrome da tríade – hipotrofia da musculatura abdominal, displasia das vias urinárias e criptorquidia e por vezes anomalias dos membros inferiores.

Discute-se a patogenia, excluindo-se várias hipóteses aparentemente especulativas.

Admite-se que se trata de um mecanismo patogénico único: um só insulto embrionário.

20. La vitamine K dans le nouveau-né. *Rev Port Ped Pueric* 1968; 31:149-154.

Trabalho de investigação dedicado aos efeitos da vitamina K no período perinatal.

Foram estudados 130 recém-nascidos, divididos em três grupos.

O 1º grupo era constituído por 34 recém-nascidos a cujas mães foi administrada por via intramuscular 10mg de vitamina K₁, cerca de uma hora antes do parto; o 2º grupo era constituído por 47 recém-nascidos a quem foi injectado 1mg de vitamina K₁, algumas horas depois do nascimento; no 3º grupo, constituído por 45 recém-nascidos, não foi administrada vitamina K₁ nem às mães, nem aos recém-nascidos.

Em nenhum caso houve nos recém-nascidos bilirrubinemias que excedessem os níveis fisiológicos.

No 3º dia de vida determinou-se o tempo de protrombina em todos os recém-nascidos.

A análise dos resultados mostra uma diferença significativa nos tempos de protrombina entre o grupo em que não foi administrada vitamina K₁ nem às mães, nem aos filhos e o grupo em que foi administrada vitamina K₁ aos recém-nascidos.

Não havia diferença significativa nos tempos de protrombina entre o grupo em que a vitamina K₁ foi administrada às mães e o grupo não injectado. Havia, no entanto, alguma diferença e por isso se afirma que talvez fosse mais prudente administrar vitamina K₁ a todas as mães cujos fetos estão em sofrimento ou para quem se prevê um parto difícil.

Conclui-se que a administração de vitamina K₁ aos recém-nascidos é inócua para todos e provavelmente benéfica para alguns.

21. Falência em ganhar peso. *Rev Port Ped Pueric* 1968; 31:279-289.

Trabalho de índole pedagógica, destinado a fornecer orientação perante uma criança com falência em ganhar peso que não pode ser enquadrada nas etiologias vulgares.

O problema é abordado a partir quer da sua patogenia geral, quer da história total do aparelho digestivo, quer dos exames físico e laboratoriais, quer do grupo etário, quer do aparecimento de sinais especiais, quer, finalmente, da lei das probabilidades.

São citadas muitas etiologias, algumas raras e mal conhecidas, mas que ao longo de uma vida clínica, na prática hospitalar ou na privada, acabarão por surgir.

22. Bócio congénito. *Rev Port Ped Pueric* 1968; 31:246-259.

Apresenta-se o caso clínico de um recém-nascido com bócio hipotiroideu.

Revê-se o metabolismo das hormonas tiroideias. Descrevem-se as várias etiologias do bócio congénito e os vários erros inatos de metabolismo que podem surgir na síntese, degradação e transporte daquelas hormonas.

Com o auxílio de alguns exames complementares muito simples e por exclusão de partes faz-se o diagnóstico do defeito em causa.

Descreve-se a evolução do doente.

23. Indicação de exsanguíneo-transfusão independente dos níveis de bilirrubina num recém-nascido com doença hemolítica. *Rev Port Ped Pueric* 1969; 32:77-86.

Apresenta-se um caso de doença hemolítica no recém-nascido por incompatibilidade Rh em que havia a par de uma hemólise importante uma elevada capacidade para conjugar e excretar bilirrubina.

Disto resultou, sem que houvesse nunca hiperbilirrubinemia, uma anemia que requereu várias transfusões.

Analisa-se a relação entre hemólise, capacidade de excreção de bilirrubina, anemia e resposta eritropoiética.

24. A alimentação do recém-nascido. *In: Volume do II Curso de Actualização e Aperfeiçoamento em Pediatria. Lisboa, 1969:1-12.*

Trabalho de revisão, de crítica e de análise de conceitos polémicos.

Discute-se a falência da alimentação ao peito e também alguns dogmas acerca das suas vantagens.

Definem-se indicações e contra-indicações da alimentação ao peito e analisam-se os benefícios e as desvantagens que acompanham as variações da composição dos leites artificiais.

Critica-se o estabelecimento de horários para as refeições e apresenta-se um esquema de alimentação no período neonatal.

25. O emprego de solutos alcalinizantes na reanimação do recém-nascido (colab. M. A. V. Guedes). *Rev Port Ped Pueric* 1969; 32:276-281.

Trabalho de revisão onde se descreve a fisiopatologia, a etiologia e os tipos de acidose no recém-nascido.

São revistos vários tipos de alcalinizantes, especialmente o bicarbonato de sódio e o THAM, os seus mecanismos de acção, doses e indicações.

26. Método clínico para a avaliação da maturidade no recém-nascido. Estudo de 260 casos (colab. A. M. M. Ribeiro). *Gaz Sanit* 1970; 25:124-129.

Depois de se descreverem as diferenças entre recém-nascidos pré-termo e pós-termo e as diversas técnicas de diagnóstico – anatómicas, bioquímicas, neurológicas – apontam-se os inconvenientes de cada uma destas técnicas.

Define-se a técnica anatómica utilizada, adaptada de Farr, Mitchell, Neligan e Perkins.

260 recém-nascidos foram observados segundo aquela técnica.

Concluiu-se que, excepto para os conceitos de opacidade da pele e do lanugo, havia um grande acordo entre os observadores e, também, entre as idades de gestação encontradas pelo método e as baseadas na história clínica.

27. Transfusão intergemelar. *Rev Port Ped Pueric* 1970; 1:179-187.

Trata-se do primeiro caso publicado em Portugal de transfusão intergemelar.

Descrevem-se os vários tipos de placentas e de anastomoses vasculares e a relação entre as primeiras e a zigotia dos fetos.

Relata-se o caso clínico comparando os dois gémeos quanto ao exame físico, às hemoglobinas totais e A e F, à resposta medular, às bilirrubinemias e à evolução.

28. Terapêutica anti-infecciosa no recém-nascido. *In:* Volume do III Curso de Actualização e Aperfeiçoamento em Pediatria. Lisboa, 1970:87-97.

Trabalho de revisão onde se descreve o estado imunológico do recém-nascido, os tipos de infecção que contrai, as fontes de contágio, as portas de entrada e o quadro clínico.

Revê-se a casuística da Clínica Pediátrica Universitária de Lisboa, de 1964 a 1969, quanto a agentes isolados e tipos de infecção.

Finalmente discutem-se as indicações para antibioterapia e as características e tipos de infecção.

29. Foetal Nutrition and its consequences in the newborn and in infancy development. A study of 52 subjects (colab. F. J. C. Campos, E. Albuquerque). *In:* Volume das VIII Jornadas Internacionais de Pediatria. Lisboa, 1970:1-9.

Trabalho de investigação em que se procura relacionar a excreção materna de estriol com alguns aspectos da gravidez, da placenta e do recém-nascido.

O estriol urinário foi doseado em 53 mulheres que de acordo com as taxas de excreção foram separadas em três grupos: de excreção baixa (I), de excreção normal (II), de excreção alta (III).

Os três grupos são comparados quanto a tempo de gestação, morbidade durante a gravidez, peso dos recém-nascidos e das placentas e relação entre ambos, vitalidade segundo a tabela de Apgar, mortalidade no período neonatal e desenvolvimento.

Verificou-se que as mães dos grupos I e III tinham tido altas incidências de patologia durante a gravidez. Os recém-nascidos do grupo I tinham peso ao nascer e relação peso do recém-nascido/peso da placenta baixos, menos vitalidade e uma alta mortalidade. Os recém-nascidos do grupo III tinham peso ao nascer elevado.

Finalmente, verificou-se que entre os 12 e os 27 meses, os percentis para peso e comprimento eram baixos nas crianças do grupo I e altos nas crianças do grupo III.

Conclui-se que baixa excreção materna de estriol, excepto no caso da gestação de um feto anencefálico, é um sinal importante de subnutrição fetal que pode levar a definitiva deficiência estatural e ponderal e que, pelo contrário, elevada excreção materna de estriol pode fazer prever recém-nascidos pesados e com altas velocidades de crescimento.

30. Síndrome de Rubinstein-Taybi, completo em dois irmãos e com expressão parcial num terceiro irmão. *Rev Port Ped* 1971; 2:65-72.

Trabalho em que pela primeira vez na literatura se descrevem dois irmãos com o síndrome de Rubinstein-Taybi completo e um terceiro irmão com expressão parcial do síndrome.

O síndrome é comparado com outros em que coincidem alguns dos sinais que possui e o diagnóstico diferencial é analisado.

Discute-se a etiologia e conclui-se que os casos descritos vêm reforçar a hipótese de uma etiologia genética e apoiar a instituição de medidas eugénicas.

31. Rh blood group of grandmothers and incidence of erythroblastosis (colab. L. Rosado). *Arch Dis Child* 1972; 47:607-612-

Estudam-se 60 famílias constituídas por avó materna, a sua filha sempre Rh- e os seus netos Rh+, todas ABO compatíveis nas três gerações e em que as mães nunca tinham recebido transfusões de sangue.

As famílias foram divididas consoante o grupo Rh das avós em dois grupos: grupo (+) de avós Rh+, constituído por 40 famílias e o grupo (-) de avós Rh -, constituído por 20 famílias.

Os dois grupos foram estudados quanto à presença de crianças com doença hemolítica por incompatibilidade Rh. No grupo (+) houve 35 crianças afectadas - 87,5% - e no grupo (-) houve 15 crianças afectadas - 75% -, o que não é uma diferença com significado estatístico.

No grupo (+) havia 16 mães com 3 ou mais filhos Rh+ e destas 4 (25%) tiveram crianças na totalidade sem doença hemolítica.

No grupo (-) havia 15 mães com 3 ou mais filhos Rh+ e destas 4 (27%) tiveram crianças na totalidade sem doença hemolítica.

Encontrou-se um notável paralelismo entre a percentagem de crianças do grupo (+) afectadas na primeira gravidez (20%) e a percentagem de crianças do grupo (-) afectadas na segunda gravidez (20%); entre a percentagem de crianças do grupo (+) afectadas na segunda gravidez (38%) e a percentagem de crianças do grupo (-) afectadas na terceira gravidez (30%); e entre a percentagem de crianças do grupo (+) afectadas na terceira gravidez (28%) e a percentagem de crianças do grupo (-) afectadas na quarta gravidez (25%).

Conclui-se que devido à passagem de eritrocitos também da mulher grávida para o feto, uma mãe Rh+ tem uma filha Rh- o mesmo efeito sensibilizante que mais tarde terá a gestação e o parto de um feto Rh+; que por isso pode estar indicado administrar gama globulina anti-D a todos os recém-nascidos Rh- do sexo feminino filhos de mães Rh+; que a avaliação do risco de doença hemolítica por incompatibilidade Rh requer a investigação do grupo Rh da avó materna.

32. Hiperbilirrubinemia no recém-nascido. Experiência de 160 casos. *Rev Port Ped* 1972; 3:176-184.

Analisa-se retrospectivamente 160 casos de hiperbilirrubinemia no recém-nascido, investigando-se a sua etiologia.

Discute-se também a incidência de hiperbilirrubinemia por incompatibilidade sanguínea e as medidas tomadas e as que se poderiam vir a tomar: estudo da acetilcolinesterase eritrocitária, exame espectrofotométrico do líquido, amnioscopia e transfusão fetal.

Finalmente discute-se as indicações e a técnica das exsanguíneo-transfusões e a relação entre os níveis de bilirrubinemia e o risco de lesão cerebral.

33. Rh blood group of grandmothers and incidence of erythroblastosis (colab. L. Rosado). *Genetic Abstracts* 1973; 5G563.

Resumo do trabalho 31.

34. Prevention of Rh-sensitisation. Letter to the Editor. *Lancet* 1973; 2:739.

Carta em que se responde à supostamente original sugestão de administrar gama globulina anti-D a todos os recém-nascidos do sexo femi-

nino e Rh-, feita em 1973 por Hindemann ao Lancet, relatando a nossa investigação acerca dessa matéria e a mesma sugestão apresentada em 1972.

35. Experiência durante um ano, numa unidade de prematuros, sobre o tratamento de gastroenterites agudas graves (colab. M. Coelho). O lugar da gentamicina na antibioterapia actual. Lisboa, 1973.

Analisa-se retrospectivamente 35 casos de gastroenterites em recém-nascidos pré-termo, quanto à etiologia da infecção, sensibilidade das bactérias isoladas e respostas a diversos esquemas de tratamento.

36. O síndrome da membrana hialina. *O Médico* 1975; 77:1263-1288.

Trabalho de índole pedagógica que se justifica pela incidência do síndrome, mortalidade que provoca, investigações que tem desencadeado e pelo progresso conseguido no esclarecimento da sua patogenia e logo na sua terapêutica.

Descrevem-se as várias hipóteses patogénicas, concluindo-se que a única comprovada é a carência de surfactante.

Analisa-se o mecanismo de acção do surfactante na estabilidade alveolar e as consequências da sua insuficiência.

Referem-se os vários meios de investigação da maturidade pulmonar fetal.

Esquematiza-se a fisiopatologia do síndrome e a importância das alterações ao formarem ciclos viciosos que se influenciam entre si.

Descreve-se o quadro clínico, as diversas formas de terapêutica ventilatória e as suas vantagens e riscos.

37. Transferência placentar de gentamicina (colab. E. C. Tavares, F. Teixeira). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1975; 3:11-15; *Annales Nestlé* 1975; 70:42 (resumo).

Trabalho de investigação em que depois da administração de gentamicina por via intramuscular a 27 mulheres grávidas de termo, se determinaram os níveis da droga: de 30 em 30 minutos, no sangue materno e no líquido amniótico e no sangue da veia umbilical logo depois do nascimento, num primeiro grupo de 9 mulheres injectadas com 1 mg/kg de peso; de

30 em 30 minutos, no sangue materno e simultaneamente no sangue do couro cabeludo do feto e ainda no sangue da veia umbilical logo depois do nascimento, num segundo grupo de 9 mulheres injectadas com 1 mg/kg de peso; de 30 em 30 minutos, no sangue materno e simultaneamente no sangue do couro cabeludo do feto, num terceiro grupo de 9 mulheres injectadas com 3 mg/kg de peso.

Nos grupos 1 e 2 os níveis da droga no líquido amniótico, no sangue do feto e no sangue do recém-nascido foram sempre inferiores aos níveis terapêuticos; no grupo 3 e atingiram-se níveis terapêuticos no sangue fetal.

Conclui-se que no caso de infecção hematogénica materno-fetal ou amniótica, por organismos sensíveis à gentamicina, o tratamento antibacteriano do feto poderá ser iniciado pela administração às mães de 3 mg/kg de peso de gentamicina.

38. Normas do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (colab. J. M. Palminha, L. D. Fino). *Arq Cin Mat Alf Costa* 1975; 3:29-37; *Rev Port Obstet Ginec Cirurg* 1976; 7:525-526; 530-534.

Transcrevem-se as normas acerca de internamento, reanimação do recém-nascido, antibioterapia, recém-nascidos gravemente doentes, recém-nascidos de mães diabéticas, tratamento da doença hemolítica, alimentação, cuidados imediatos nas salas de parto, altas, recém-nascidos traumatizados, despiste de erros inatos do metabolismo, incubadoras, profilaxia da aspiração de vómitos e informações aos familiares.

39. Normas do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. *Arq Clin Mat Costa* 1976; 4:55-66.

Transcrevem-se as normas acerca das relações com os hospitais donde são enviados recém-nascidos, isolamento, esterilização das incubadoras, alarmes de apneia, ensino às mães, visitaçao domiciliária, profilaxia de acidentes, profilaxia anti-infecciosa, estatística e rotina para evitar perdas de calor.

40. Regionalização dos cuidados perinatais. *In: Temas de Pediatria*, vol. II. Lisboa: Edições Wander, 1977:9-16; *Informação Científica Wyeth*. Lisboa: Wyeth, 1978:178-186.

Analisa-se a evolução em Portugal dos vários tipos de mortalidade relacionados com a assistência materno-infantil, comparam-se os índices nacionais com os de outros países e, também, os índices distritais entre si.

Analisa-se, também, outros indicadores como as percentagens de partos sem assistência e/ou no domicílio, o número e distribuição das camas de obstetrícia, dos dispensários materno-infantis, de médicos, de especialistas e de enfermeiras.

Critica-se a ligação entre os diversos escalões de assistência e propõem-se as acções e as medidas para cada escalão, e, também, medidas gerais de planeamento familiar, contracepção, educação sanitária e sexual e de combate à droga.

41. A alimentação do recém-nascido: In: Alimentação do Lactente. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1977:178-186.

Trabalho crítico e de revisão onde se discutem conceitos tradicionais e outros mais actuais acerca da alimentação do recém-nascido.

Os aspectos encarados são: quando iniciar a alimentação, a via alimentar, o tipo de leite, as suas doses e as concentrações e o horário.

42. Relatório do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa, 1977.

Apresenta-se, como determinado por lei, o Relatório referente aos anos de 1975, 1976 e 1977.

Nele prestam-se informações acerca de: as secções do Serviço, o pessoal, os serviços que colaboram com o Serviço de Pediatria, o movimento, a ocupação e demora médias, a actividade clínica, as reuniões científicas e os trabalhos nelas apresentados, os trabalhos publicados e as estatísticas de mortalidade.

Finalmente, propõem-se medidas para melhoria da qualidade da assistência.

43. Estatística de cardiopatias congénitas (colab. M. L. Roriz, C. S. Lima e J. M. Palminha). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1977; 5:5-18; *Rev Port Ped* 1979; 10:151-164.

Quantificam-se e classificam-se as cardiopatias congénitas encontradas, analisam-se as suas associações –entre si ou com outras anomalias –, e a relação com paridade, sexo e peso ao nascer.

Descrevem-se os sinais clínicos prevalentes.

Conclui-se que a anomalia mais frequente foi a comunicação interventricular; que na maioria dos casos havia 2 ou mais anomalias cardíacas; que em 47,4% dos casos havia anomalias em outros órgãos; que não houve quanto à incidência diferença entre os sexos; que a cianose foi o sinal mais frequente.

44. Equívoco no diagnóstico pré-natal de atresia do esôfago. Um caso exemplar (colab. L. E. Barroco e J. M. Palminha). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1977; 5:21-28.

Apresenta-se um caso clínico de atresia do esôfago com fístula traqueo-esofágica, já suspeitada durante a gestação, por haver poli-hidrânios.

Foi então feita uma amniotografia e porque surgiu contraste no intestino fetal o diagnóstico foi abandonado.

No entanto, depois do nascimento comprovou-se o diagnóstico antes posto: atresia do esôfago com fístula traqueo-esofágica do tipo A.

A imagem obtida na fetografia era a consequência da passagem do contraste para o tubo digestivo através da traqueia e da fístula traqueo-esofágica.

Conclui-se que o achado do contraste radiológico no intestino não constitui uma garantia da não existência de uma atresia do esôfago.

45. Hipotermia no recém-nascido. Estudo de 98 casos (colab. J. M. Palminha). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1977; 5:29-48.

Foram seleccionados 98 casos em que se estudou: o estado à chegada à Maternidade; peso e temperatura rectal; o local do nascimento e a distância percorrida; a mortalidade e a sua relação com o estado à chegada; a evolução das curvas térmicas sob o efeito do tratamento; os achados das autópsias.

Concluiu-se que: dos recém-nascidos admitidos 33% tinham um peso inferior a 1500g e 40% uma temperatura rectal igual ou abaixo de 35° C; que não havia relação entre a distância percorrida e o grau de hipotermia; que havia relação entre o baixo peso, o grau de hipotermia, o grau de acidose e a mortalidade; que a hemorragia no sistema nervoso central e nos pulmões foi o achado da autópsia mais frequente nos recém-nascidos mortos com menos de 48 horas de vida; e que a broncopneumonia

foi o achado da autópsia mais frequente nos recém-nascidos mortos com mais de 48 horas de vida.

46. Cateterismo da veia umbilical no recém-nascido. Estudo de 240 casos (colab. L. J. Silva). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1977; 5:49-62.

Investiga-se a relação entre cateterismo da veia umbilical e infecção.

Conclui-se: que se isolarem bactérias em cerca de 1/3 dos cateteres; que em cerca de 1/3 desses casos (10% do total) houve sinais clínicos de infecção. As bactérias isoladas foram estafilococos (22%), *Klebsiela* (20%), *Escherichia coli* (20%), *Pseudomonas* (15%), *Proteus* (12%) e outras (7%).

Não se encontrou relação entre o sexo do recém-nascido ou o seu peso à nascença e a existência de infecções no cateter.

Existia relação entre o tempo de cateterização e a percentagem de cateteres infectados.

A infecção do cateter provocou nos recém-nascidos um aumento da morbidade e da mortalidade.

47. Nanismo diastrófico (colab. L. D. Fino). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1978; 6:45-52.

Apresenta-se um caso clínico de nanismo diastrófico em que se faz a comparação dos sinais existentes – nanismo micromélico, pés botos, limitação dos movimentos articulares, anomalias das mãos, dos pavilhões auriculares e da abóbada palatina – com os descritos por outros autores.

48. Morte de 100 filhos recém-nascidos. Abordagem psicológica (colab. J. C. D. Cordeiro). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1979; 7:67-76.

Trabalho de investigação em que 100 pais foram entrevistados depois da morte de um filho recém-nascido e analisadas as suas reacções psicológicas.

Verificou-se que a maioria dos pais (88%) queria ter outro filho, o que é revelador da necessidade que os pais têm de lutar contra as dúvidas e a depressão que a morte de um filho neles provocou quanto às suas capacidades de progenitores, restaurado o seu narcisismo ferido.

A maioria dos pais (83%) desejava um novo filho não imediatamente mas só mais tarde, o que é revelador da necessidade de reorganização da crise que vivem.

As vantagens da autópsia foram compreendidas por 95% dos pais e 91% autorizaram-na.

Encontrou-se nos pais um forte sentimento de compreensão ao serem informados, depois da autópsia, de que a doença dos filhos era de molde a não permitir a sobrevivência ou no caso de sobreviverem a não permitir uma vida normal.

Foi considerado por 97% dos pais que a morte de um filho mais velho teria sido mais dolorosa.

O estudo provou que a morte de um filho recém-nascido é muito sentida e que a equipa neonatal devia estar organizada para ajudar eficazmente os pais.

49. Normas do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. *Arq Clin Mat Alf Costa* 1979; 7:77-86.

Transcrevem-se as normas acerca dos cuidados de rotina aos recém-nascidos, esterilização periódica do material, informações às mães internadas, antibioterapia, notas das enfermeiras, entrada dos pais nas enfermarias, deslocação de aparelhos delicados, limpeza do tubo endotraqueal, fototerapia, interacção mães/recém-nascidos, primeiras refeições aos recém-nascidos e Consulta de Pediatria.

50. Palavras proferidas na posse do novo Administrador da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. *Arq Clin Mat Alf Costa* 1979; 7:88-89.

Palavras de boas-vindas, onde se faz um resumo da actuação da Comissão Instaladora desde a sua nomeação.

51. O médico pediatra e os direitos da criança. *Rev Port Ped* 1979; 10:63-66.

São abordados superficialmente alguns problemas da criança no Mundo, como os resultantes da alteração da selecção natural, da poluição genética, da sociedade industrial, da inseminação artificial, da interrupção da gravidez, da interacção dos direitos dos pais e dos filhos, da investigação, da relação entre tecnologia e ética, e da necessidade de comissões polivalentes de ética que interviessem nos casos delicados.

52. Dos problemas específicos das crianças portuguesas do Quarto Mundo. *In: Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1979:34-36 e *A Criança Portuguesa (Subsídio para o Seu Bem-Estar Social)*; Lisboa: Comissão Nacional para o Ano Internacional da Criança em colaboração com a Direcção-Geral da Divulgação, 1979:73-78.

Trabalho de índole social e de revisão da literatura, em que se analisam os problemas das crianças do quarto mundo, as suas implicações e se fazem propostas de acção.

53. Vícios na actuação dos postos de vacinação. *In: Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1979:121-124.

Descreve-se o conceito de imunidade de massa e a sua relação com o risco de epidemia.

Critica-se a actuação dos postos de vacinação, onde um rigor exagerado e sem base científica na selecção das crianças que vão receber vacinas, desmotiva, desanima e assusta as mães, acabando por aumentar a fuga à vacinação e o risco de epidemias.

54. A tribute to Douglas Gairdner. Letter to the Editor. *Arch Dis Child* 1980; 55:494.

Carta ao editor, onde se analisam as relações entre aquele pediatra inglês e a vida portuguesa e se vinca a sua grande capacidade de adaptação e de comunicação.

55. Editorial. A acção da Comissão Nacional para o Ano Internacional da Criança. (Uma Campanha quase Alegre). *Rev Port Ped* 1980; 2:1-5.

Relata-se a acção da Comissão no campo da informação, de modo a esclarecer e a conseguir uma mudança de atitude em relação com a criança, e no campo da investigação da situação actual das suas carências, assim como a realização de acções materiais práticas, objectivas e duradouras, como a aquisição de equipamento de reanimação do recém-nascido para os hospitais concelhios e de material de formação pedagógica para os sectores da primeira e da segunda infâncias.

Referem-se os aspectos positivos da campanha e lamenta-se que em

Portugal, assim como em muitos outros países, os progressos sejam insuficientes e a doença, a fome e a miséria continuem a matar ou a lesar anualmente milhões de crianças.

56. Propostas para organização da assistência perinatal. *Bol Soc Cast Astur Leon Ped* 1980; 21:319-330.

Analisa-se a evolução dos diversos tipos de mortalidade materna e infantil em Portugal, comentando o seu progresso e comparando-as com as dos países industrializados.

Comparam-se, também, alguns índices de saúde, dentro de Portugal e por distritos e criticam-se as assimetrias e o facto de existirem grandes grupos populacionais sem acesso a cuidados primários.

Citam-se, depois, algumas medidas a tomar.

57. Dissertação inaugural da VII Reunión Luso-Castellano-Astur-Leonesa de Pediatría. *Bol Soc Cast Astur Leon Ped* 1980; 21:385-386.

Palavras ditas na abertura da reunião, onde se critica o cuidado posto pelos médicos em ínfimos pormenores da alimentação infantil e a falta de cuidado no controlo da poluição dos alimentos; a atenção dada ao equilíbrio emocional das crianças e o ambiente de *stress* e de angústia em que as envolvemos; e os discursos feitos em nome da paz universal e a crescente corrida ao armamento.

Finalmente define-se a missão do pediatra neste campo.

58. Malformações congénitas. Estudo retrospectivo de 184 282 recém-nascido (colab. L. A. D. Fino). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1980; 8:57-76.

Trabalho de investigação retrospectiva em que foram estudados os processos das crianças nascidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre 1 de Janeiro de 1963 e 31 de Janeiro de 1978.

Para maior garantia de precisão, limitou-se o estudo às anomalias *major*.

Excluíram-se os nados-mortos, com excepção dos que tinham hidrocefalia ou defeitos do tubo renal.

Conclui-se que houve aumento das anomalias *major*; que com excepção da anencefalia, da hidrocefalia e da fenda palatina, mais frequentes no

sexo feminino, as outras anomalias eram mais frequentes no sexo masculino (57%).

Especialmente para as anomalias múltiplas, houve maior incidência de anomalias nos recém-nascidos de baixo peso.

As incidências de anomalias do sistema nervoso, do coração, do tubo digestivo e do aparelho urinário são comparáveis às descritas por outros autores, as do lábio leporino e da fenda palatina são menores.

59. Normas de Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (colab. L. A. D. Fino). *Arq Clin Mat Alf Costa* 1980; 8:77-85.

Transcrevem-se as normas acerca de internamento, primeiras refeições ao recém-nascido, reanimação, prevenção da infecção por estreptococo beta-hemolítico, detecção de aminoacidemias, fotografias a entregar aos pais, diagnóstico precoce de infecções, identificação dos recém-nascidos e medidas de higiene.

60. Reacção materna imediata ao nascimento de um filho (colab. M. L. S. Coelho). *Bol Soc Astur Leon Ped* 1981; 22:137-144.

Foram investigadas as principais preocupações de 117 mulheres, a partir das frases proferidas espontaneamente e das perguntas espontaneamente formuladas, no curto intervalo entre o nascimento dos filhos e o momento em que aqueles lhes são mostrados.

As frases e as perguntas foram analisadas quanto ao seu conteúdo e quanto à influência nele da idade, paridade e escolaridade maternas e história dos filhos anteriores.

Verificou-se que a maioria das mães estavam mais preocupadas com os filhos do que consigo próprias.

Quanto aos filhos havia duas únicas preocupações: o sexo e o estado de saúde.

A preocupação com a saúde dos filhos foi significativamente maior nas primíparas, nas que tinham maior nível cultural e nas que tinham sofrido a morte de outros filhos.

61. Editorial. *Rev Port Ped* 1981; 1:1-2.

In memoriam dedicado aos Professores Carlos Salazar de Sousa e Mário Cordeiro.

62. Recomendações com vista à normalização e integração dos cuidados primários de saúde materna e infantil. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1981.

Trabalho normativo para o qual contribuí com os aspectos dedicados ao recém-nascido no que diz respeito à definição do tipo de cuidados primários em todos os escalões.

63. O parto hospitalar. *Rev Med* 1981; 2:137-140.

Analisa-se a assistência à mulher grávida em Portugal, as opções para o parto, os cuidados imediatos ao recém-nascido e a política de altas.

64. O recém-nascido leve para a idade gestacional (colab. A. M. Valido, L. A. D. Fino, I. Conde, R. F. Silva). *Rev Port Ped* 1981; 12:175-187.

Analisa-se os processos de 729 recém-nascidos que tinham ao nascer um percentil de peso inferior ao percentil 10, segundo as curvas de Lubchenco.

A sua incidência foi de 3,02% em relação à totalidade de recém-nascidos e de 31,8% em relação aos recém-nascidos de baixo peso.

Deles 82,7% eram de termo e 17,3% de pré-termo.

A incidência de hipoglicemia foi de 15,7%, a de hipocalcemia de 1,2%, a de policitemia de 3,4% (excluídos os gémeos), a de hipoxemia natal de 22,2%, a de síndrome de dificuldade respiratória de 10,2%, a de alterações neurológicas de 14,1%, a de hiperbilirrubinemia de 8,8%, a de infecções de 16,3% e a de anomalias *major* de 6,2%.

Com excepção da hipoglicemia e da policitemia, todas as alterações foram mais frequentes nos recém-nascidos que além de estarem abaixo do percentil ponderal de 10 eram de pré-termo. Também nesse grupo a mortalidade foi significativamente maior.

Finalmente, é descrito o tratamento deste tipo de recém-nascidos.

65. O recém-nascido: normas e práticas de actuação (colab. J. M. V. Amaral, L. A. D. Fino, A. M. Valido). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1981.

Trabalho pedagógico e normativo onde são analisados alguns aspectos da medicina neonatal, como a alimentação, a hipoglicemia, as con-

vulsões, a hiperbilirrubinemia, o diagnóstico precoce de infecção, o recém-nascido de baixo peso e a regionalização dos meios da intervenção.

66. Gravidez em adolescentes. *Rev Port Ped* 1981; 12:51-54.

Trabalho de revisão bibliográfica, especialmente da literatura americana, em que se analisam aspectos sociais, psíquicos e obstétricos da gravidez em adolescentes e também no seus filhos.

67. Cuidados primários em saúde materna e infantil. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1983.

Trabalho normativo em que colaborei especialmente nos aspectos dedicados a assistência ao recém-nascido, à sua estada no sector de internamento e à sua transferência.

68. Relatório do Serviço de Pediatria, no quadriénio 1978-1981. *In: Subsídios para a História da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa: Maternidade Dr. Alfredo da Costa, 1983:133-150.

Apresenta-se, como determinado por lei, o Relatório referente aos anos de 1978, 1979, 1980 e 1981.

Nele prestam-se informações acerca do pessoal, movimento de recém-nascidos, actividade clínica, estatística da mortalidade, ensino pré e pós-graduado, ensino às enfermeiras, reuniões clínicas do Serviço, trabalhos apresentados em congressos, trabalhos publicados, concursos, cursos e estágios.

69. Measurement of arterial pressure. Letter to the Editor. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73:403.

Carta ao editor a criticar a técnica clássica de medir a pressão arterial e sugerindo uma técnica mais correcta quanto aos valores da pressão mínima e que pode ter importância em trabalhos de investigação que requeiram valores muito precisos.

70. Neonatal intensive care in Portugal. *Ped Ment Health* 1984; 3:2.

Descrevem-se as técnicas de cuidados intensivos ao recém-nascido usadas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e as suas consequências no pessoal, nas famílias dos doentes e nos próprios doentes.

Afirma-se que no pessoal e nas famílias pode surgir fadiga, frustração, conflitos emocionais, ansiedade e depressão.

Os recém-nascidos correm os riscos dos meios invasivos, da solidão ou da constante perturbação do repouso e, mais tarde, já com as famílias, de abandono e de agressão.

São, finalmente, sugeridas atitudes para prevenir aquelas situações.

71. Os riscos e as atitudes. Introdução. *In*: J. G. Pedro, Ed. Nascer... e depois? Lisboa: Milupa Portuguesa, 1985:198-202.

Referem-se três tipos de riscos no recém-nascido – o físico, o emocional e o intelectual – e analisam-se, muito sumariamente, as suas etiologias, os seus sinais e as medidas que se podem tomar para os evitar ou para atenuar as suas consequências.

72. Late onset of celiac disease in a monozygotic twin of a celiac patient (colab. J. S. Sousa, M. V. Pereira, P. M. Ramalho). *Acta Paediatr Scand* 1987; 76:172-174.

Relata-se o caso clínico de dois gémeos monozigóticos, um dos quais tinha sinais evidentes de doença celíaca desde os 3 anos e 6 meses – intolerância ao glúten e atrofia vilosa subtotal da mucosa intestinal e desaparecimento de toda a sintomatologia com retorno ao normal da mucosa intestinal quando sujeito a dieta sem glúten.

Com a mesma idade o outro gémeo não tinha qualquer sintomatologia e tinha uma mucosa intestinal normal, mas cerca de 7 anos mais tarde começou com sintomas e sinais suspeitos de doença celíaca e a biopsia intestinal revelou, igualmente, atrofia vilosa subtotal.

A adição deste caso de concordância de doença celíaca em gémeos monozigóticos aos já descritos por outros autores, leva a admitir que o fenómeno é ainda mais frequente do que geralmente se acredita.

73. Adolescência e Maternidade. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1987.

Trabalho de investigação e de revisão de índole pedagógica, acerca da adolescência.

A justificação deste estudo, melhor que pelo autor, será dada pelos relatórios prévios elaborados pelo Professor Nuno Cordeiro Ferreira e pela Professora Maria de Lourdes Levy e Professor Jaime Salazar de Sousa.

Escreveu o Professor Nuno Cordeiro Ferreira:

«Trata-se de um estudo bem concebido, com notável contribuição pessoal que uma vez mais vem confirmar as excepcionais qualidades científicas do doutorando.»

Escreveram a Professora Maria de Lourdes Levy e o Professor Jaime Salazar de Sousa:

«A investigação que tenciona realizar sobre os aspectos sociais, culturais, económicos, psicológicos e clínicos que envolvem esta situação reveste-se do maior interesse.

Como é referido, o número de partos em mães adolescentes é elevado (14%), o que pressupõe um número de gravidezes ainda muito superior, e no momento actual nada é conhecido, entre nós, acerca desta situação.

A oportunidade do assunto que pretende estudar-se e o *curriculum vitae* de quem se propõe fazê-lo constituem, em nossa opinião, a melhor garantia sobre o interesse deste estudo e a qualidade com que será tratado.»

Em «Adolescência e Maternidade» a investigação é precedida por um estudo da adolescência onde são analisados:

- O papel da família na era pré-agrária, na sociedade rural, na sociedade industrial, na sociedade contemporânea e nos estratos do terceiro e do quarto mundos.
- A posição do adolescente na sociedade contemporânea especialmente em Portugal e no que diz respeito a dinheiro, ócios, vida social, religião, estudo, trabalho profissional, casamento, fecundidade, mortalidade, participação política, modo de encarar o futuro e relação com outros grupos etários.
- O desenvolvimento biológico e psicológico do adolescente, os conflitos familiares, a rejeição da autoridade, a timidez, o narcisismo, as primeiras amizades isossexuais, os primeiros amores heterossexuais, a masturbação, a homossexualidade transitória, o desenvolvimento da capacidade intelectual.
- Os movimentos «anti» dos adolescentes.
- A droga e os adolescentes, com ênfase para a situação em Portugal.
- A delinquência juvenil, os seus tipos e o problema português.

- A situação dos adolescentes perante a lei, nos tribunais de menores, na família, na escola e no hospital.
- O suicídio na adolescência, as suas causas e prevenção.
- As relações entre os dois sexos e a discriminação da mulher ao longo da história.
- A revolução sexual, especialmente no que diz respeito à sexualidade pré-conjugal, e a recente contra-revolução sexual.
- A educação sexual que neste momento está a ser implantada em Portugal, discutindo-se por quem, quando, como e os seus efeitos e consequências.
- A política de contraceção e de planeamento familiar, especialmente a experiência em Portugal.
- Os aspectos psicossociais da maternidade em adolescentes: as jovens em perigo, o aborto, a interrupção da escolaridade, a fuga à família, doenças durante a gravidez e nos recém-nascidos, abandono dos filhos, maior frequência da doenças, acidentes, atraso e agressão.

A investigação, propriamente dita, foi levada a cabo em 2023 mães adolescentes e nos filhos recém-nascidos.

Analisou-se a idade das mães, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, tipo de família, educação sexual, tipo de gravidez, conhecimentos sobre contraceção, acesso a meios de contraceção, intenção de abortar, problemas familiares e sociais resultantes da gravidez, problemas médicos no fim da gravidez, idade do pai putativo, profissão do pai putativo, relação entre a mãe adolescente e o pai putativo, duração da gestação, tipo de parto, complicações nos filhos resultantes do nascimento, doenças nos recém-nascidos.

Observaram-se 15771 variáveis, de que se fez no computador o tratamento informático e a análise estatística daquelas entre as quais se considerou pertinente haver relação.

Os resultados foram os seguintes:

1. A maioria das mães tinha de 16 a 19 anos, era caucasiana, tinha a escolaridade primária elementar completa ou mais, era doméstica, provinha de uma família agregada, não tinha recebido educação sexual, teve gravidezes ou planeadas ou desejadas, tinha conhecimentos de contraceção e acesso a meios de contraceção, não

pensou em abortar, não teve problemas causados pela gravidez, nem problemas clínicos no fim da gravidez, estava ligada a um pai de idade igual ou superior a 20 anos, trabalhador e com interesse na mãe e no filho, teve uma gestação de termo, um parto eutócico sem complicações e um recém-nascido sem problemas.

Nas mães de menos de 16 anos houve uma maior incidência de solteiras, de ausência da escolaridade primária elementar, de domésticas, de gravidezes não planejadas e não desejadas, de ausência de conhecimentos de contracepção, de impossibilidade de acesso a meios de contracepção, de intenção de abortar e de ligação a pais de menos de 20 anos, sem ocupação e sem interesse na mãe e no filho.

Não houve relação entre a idade das mães e a raça, o tipo de família, a educação sexual recebida, os problemas causados pela gravidez, os problemas clínicos no fim da gravidez, a gestação, o tipo de parto, as complicações com o parto e os problemas com os recém-nascidos.

2. Nas mães não caucasianas houve uma maior incidência de juntas e de solteiras, de ausência da escolaridade primária elementar, de famílias desagregadas, de gravidezes não planejadas e não desejadas, de ausência de conhecimentos de contracepção, de impossibilidade de acesso a meios de contracepção e de ausência de interesse do pai.

Não houve relação entre a raça das mães e a ocupação, a educação sexual recebida, a intenção de abortar, os problemas causados pela gravidez, os problemas clínicos no fim da gravidez, a idade do pai, a gestação, o tipo de parto, as complicações com o parto e os problemas com os recém-nascidos.

3. Nas mães solteiras houve uma maior incidência de gravidezes não planejadas e não desejadas, de intenção de abortar, de problemas durante a gravidez no emprego ou com a família, de hipertensão, de pré-eclampsia e de eclampsia no fim da gravidez, de gestações pré-termo e de recém-nascidos pequenos para a idade de gestação.

O estado civil das mães não teve influências na incidência de anemia no fim da gravidez, de incompatibilidade feto-pélvica, no tipo de parto e nas complicações com o parto.

4. Nas mães com mais que a escolaridade primária elementar houve uma maior incidência de estudantes.

Nas mães sem a escolaridade primária elementar houve uma maior incidência de ausência de educação sexual, de gravidezes não planejadas e não desejadas, de ausência de conhecimentos de contracepção e de impossibilidade de acesso a meios de contracepção.

5. Nas mães estudantes houve uma maior incidência de educação sexual, de conhecimentos de contracepção, de solteiras, de gravidezes não planejadas e não desejadas e de ausência de interesse do pai.

A ocupação das mães não teve influência no acesso a meios de contracepção e na intenção de abortar.

6. Nas mães provenientes de famílias desagregadas houve uma maior incidência de juntas e de solteiras, de ausência da escolaridade primária elementar e de gravidezes não planejadas e não desejadas.

7. Nas mães que não receberam educação sexual houve uma maior incidência de juntas e de solteiras, de gravidezes não planejadas e não desejadas, de ausência de conhecimentos de contracepção, de impossibilidade de acesso a meios de contracepção, de intenção de abortar e de hipertensão no fim da gravidez.

8. Nas mães com gravidezes não planejadas e não desejadas houve uma maior incidência de intenção de abortar, de problemas durante a gravidez com a família, de hipertensão, de pré-eclampsia, de eclampsia e de anemia no fim da gravidez, de gestações pré-termo e de recém-nascidos pequenos para a idade de gestação.

O tipo de gravidez não teve influência na incidência de incompatibilidade feto-pélvica, no tipo de parto e nas complicações com o parto.

9. Nas mães com conhecimentos de contracepção houve uma maior incidência de mães casadas antes de engravidarem, de gravidezes planejadas e de acesso a meios de contracepção.

Nas mães sem conhecimentos de contracepção houve uma maior incidência de impossibilidade de acesso a meios de contracepção, de solteiras, de gravidezes não planejadas e não desejadas e de intenção de abortar.

10. Nas mães sem acesso a meios de contracepção houve uma maior incidência de solteiras, de gravidezes não planeadas e não desejadas e de intenção de abortar.
11. Nas mães que pensaram em abortar houve uma maior incidência de problemas clínicos no fim da gravidez, de gestações pré-termo e de problemas com os recém-nascidos.

A intensão de abortar não teve influência no tipo de parto nem nas complicações com o parto.
12. Nas mães que tiveram problemas durante a gravidez, nomeadamente com a família, houve uma maior incidência de intensão de abortar, de hipertensão no fim da gravidez, de gestações pré-termo e de problemas com os recém-nascidos.

Os problemas durante a gravidez não tiveram influência no tipo de parto nem nas complicações com o parto.
13. Nas mães que tiveram problemas clínicos no fim da gravidez houve uma maior incidência de partos por cesariana e de problemas com os recém-nascidos.

Os problemas clínicos no fim da gravidez não tiveram influência na gestação.
14. Houve uma maior incidência de mães casadas antes de engravidarem ligadas a pais de 20 anos ou mais e de juntas ou solteiras ligadas a pais de menos de 20 anos.
15. Houve uma maior incidência de mães casadas antes de engravidarem ligadas a pais trabalhadores, e de mães solteiras ligadas a pais sem ocupação ou estudantes.
16. Nas mães ligadas a pais sem interesse na mãe e no filho houve uma maior incidência de solteiras, gravidezes não planeadas e não desejadas, de intenção de abortar, de hipertensão, pré-eclampsia e de clampsia no fim da gravidez, de gestações pré-termo e de problemas com os recém-nascidos.

Curiosamente, houve uma maior incidência de cesarianas nas mães ligadas a pais interessados (diferença estatística a 1%).

O interesse dos pais não teve influência nas complicações com o parto.

17. Houve uma maior incidência de problemas com os recém-nascidos nas gestações pré-termo e pós-termo.
A gestação não teve influência no tipo de parto, nem nas complicações com o parto.
18. Houve uma maior incidência de complicações com o parto nos partos de cesariana.
O tipo de parto não teve influência nos problemas com os recém-nascidos.
19. Nos partos com complicações houve uma maior incidência de problemas com os recém-nascidos.

Destes resultados conclui-se que:

1. *A situação actual* – Na sociedade portuguesa contemporânea, uma maioria significativa de adolescentes grávidas não tem, aparentemente, qualquer problema social, psíquico, ou médico, no sentido somático, e o mesmo se passa com os seus filhos recém-nascidos quanto ao último tipo de problemas.
2. *O grupo vulnerável* – Há, porém, um grupo vulnerável de mães adolescentes e de recém-nascidos que importa caracterizar, para se ficar em condições de proteger.
3. *A cascata de factores de risco* – Este grupo está marcado por estigmas sociais que, em cascata, geram fenómenos sociais que por sua vez originam problemas sociais e psíquicos que, ainda por sua vez, originam doença somática, quer nas mães quer nos recém-nascidos.
4. *Estigmas sociais* – Os estigmas sociais são: o tipo de família, quando desagregada; a idade, quando menor de 16 anos; a raça, quando não caucasiana; as habilitações literárias, quando inferiores à escolaridade primária elementar.
Estes factores, só por si, não têm consequências psíquicas ou somáticas.
5. *Fenómenos sociais* – Os estigmas sociais são, isolada ou agrupadamente, causa de fenómenos sociais: ausência de educação sexual, de conhecimentos de contracepção e de acesso a meios de contra-

cepção e, ainda, de um fenómeno que se verifica ter grande significado – a falta de interesse do pai.

Há uma relação estatisticamente significativa entre alguns destes fenómenos, como a ausência de educação sexual ou a falta de interesse do pai e o aparecimento de problemas somáticos na mãe ou no recém-nascido, mas, muito provavelmente, esta relação é uma falácia estatística, estabelecendo-se indirectamente através de outros problemas sociais e psíquicos, consequência dos primeiros e causa dos segundos.

6. *Problemas sociais* – Por sua vez, os fenómenos sociais originam problemas sociais em que se imbricam já elementos psíquicos: gravidezes não planeadas e não desejadas e mães juntas ou solteiras.
7. *Mães adolescentes estudantes* – Constitui uma excepção o pequeno grupo de mães adolescentes estudantes, que, provavelmente por razões que têm a ver ainda com o rescaldo da revolução sexual, apesar de terem uma maior incidência de educação sexual e de conhecimentos de contracepção, têm uma maior incidência de gravidezes não planeadas e não desejadas e de mães solteiras.
8. *Problemas psíquicos* – Gravidezes não planeadas e não desejadas e mães solteiras causam outros problemas, agora predominantemente psíquicos: problemas durante a gravidez, especialmente com a família, e a intenção de abortar.
9. *Doença somática nas grávidas* – É nas adolescentes grávidas com problemas psíquicos que surge uma maior incidência de problemas clínicos no fim da gravidez: hipertensão, pré-eclampsia, eclampsia e gestações pré-termo.
Os problemas psíquicos não têm influência nem no tipo de parto nem nas complicações com o parto.
10. *Partos não eutócicos e complicações com o parto* – Nas mães que tiveram problemas clínicos no fim da gravidez há uma maior incidência de partos por cesariana.

Por sua vez, nas mães que tiveram partos por cesariana há uma maior incidência de complicações com o parto. São dois tipos de factores interdependentes, sendo, uma vez, a cesariana

a causa da complicação com o parto, outras, a complicação com o parto a causa da cesariana.

11. *Problemas clínicos nos recém-nascidos* – Nos recém-nascidos de mães que tiveram problemas clínicos no fim da gravidez ou gestação pré ou pós-termo ou complicações com o parto há uma maior incidência de problemas clínicos, sendo o mais frequente recém-nascidos pequenos para a idade de gestação.

O tipo de parto não tem influência nos problemas clínicos dos recém-nascidos.

Pôs-se a hipótese de que não é impossível que nas adolescentes grávidas o *stress* psíquico possa ser causa de hipertensão essencial, com lesões arteriolares que predisporiam para o aparecimento de eclampsia.

Profetiza-se que com o desenvolvimento dos meios de contracepção a gravidez não desejada em adolescentes tem os seus dias contados e que razões materiais e profissionais cada vez mais exigentes levarão a que os casamentos sejam substancialmente adiados e, ainda mais, o nascimento do primeiro filho.

Referem-se as mais importantes consequências deste fenómeno: o alargar das diferenças de idade entre pais e filhos e avós e netos, tornando, apesar do aumento da esperança de vida, aquela última relação fugaz ou mesmo impossível.

Parece, assim, ter-se provado que na génese dos problemas clínicos em adolescentes grávidas há, como afinal, com mais ou menos importância em todas as situações patológicas, um factor que tem adulteradamente sido denominado de «psicossomático».

Talvez que neste caso a associação de duas condições delicadas – adolescência e gravidez – incremente a importância do factor «psicossomático», actuando como o factor predisponente para a hipertensão.

Na população estudada aquele factor tem origem no *stress* psíquico causado basicamente por determinados estigmas sociais, dos quais resultam, em cascata, fenómenos e problemas sociais.

As alterações somáticas resultantes do *stress* psíquico somar-se-iam, então, a outras resultantes da adolescência e da própria gravidez – nomeadamente hipertensão, pré-eclampsia e eclampsia – e da sua intensidade e combinação relativas resultariam o tipo e gravidade da doença na mãe e no filho recém-nascido.

O conhecimento daqueles factores é indispensável para uma acção de prevenção que, por razões humanitárias, sociais e económicas, compete a todos os que convivem com adolescentes, cuidam de adolescentes ou, simplesmente, se interessam pelos seus problemas.

Mas, melhor que o resumo elaborado pelo próprio autor, informarão acerca da «Adolescência e Maternidade» as «Palavras de Abertura» do Dr. João dos Santos, na edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

É pertinente transcrevê-las aqui, por isso, mas também pela sua beleza, por serem, talvez, o seu último escrito e como sentido preito de amizade:

«Quando há pouco mais de sessenta anos comecei a trabalhar com crianças e adolescentes era eu próprio ainda um adolescente.

Quando Ramos de Almeida me pediu estas palavras de abertura para o seu livro interessei-me tanto pelo texto que cheguei a recer que aquilo que eu aqui escrevesse me pudesse, e a ele, desvendar-nos. Lembrei-me de um texto que escrevi para o «Jaime» descoberto por Margarida Cordeiro e António Reis e cujo título era «É talvez abusivo expor Jaime» (desvendá-lo) e que me valeu uma crítica severa de um amigo meu, artista, que tem a opinião de que tudo quanto ele faz como obra, se destina justamente a ser desvendado. O Jaime era um doente mental que entrou para o manicomio Bombarda sensivelmente na mesma época em que eu, só que por outra porta, e com destino diferente...

A leitura do trabalho de Ramos de Almeida permitiu-me ver e rever muitos conceitos que eu tinha esquecido, ou que não tinha actualizado, relativos a todos os conhecimentos que procurei adquirir sobre a adolescência quando comecei a trabalhar neste assunto e até enveredar pela investigação da adolescência no plano da minha especialidade – a psicanálise. No início da minha formação como psicanalista, a psicanálise dos adolescentes era considerada como inviável, por razões equivalentes àquelas que Freud tinha considerado como impeditivas da psicanálise das crianças, aliás então já ultrapassadas por Anna Freud e Melanie Klein. Só muito mais tarde iniciei a minha formação como psicanalista de adolescentes, no meu segundo estágio em Paris, em 1959/61. Além do que obviamente todos os que trabalham com adolescentes reconhecem – que adolescência é a recusa da infantilidade – elaborei uma teoria própria segundo a qual a depressão dos adolescentes atribuída à mudança dos objectos parentais, corresponde à separação e perda de um objecto maternal, da mãe primitiva ou arcaica e de tudo quanto é maternal ou maternalizante. Depois,

cada um transforma a depressão, dessa fase de remodelação do Eu e dos mecanismos do Eu, em qualquer coisa que pode ser chamado o Eu normal, o Eu patológico ou a santidade. Quanto ao Eu normal, digo-o por ironia, é como o delinquente, que eu não creio que seja, como diz o meu amigo Ramos de Almeida, a pessoa que comete actos contra a lei mas a pessoa que é apanhada num desses actos. O mesmo se pode dizer de outras situações dos adolescentes como sejam a toxicomania ou o engravidar por acidente, que são situações em que todos nós poderíamos estar envolvidos. Lendo, com muito prazer, o estudo aprofundado que o José Miguel faz da adolescência, dei por mim a sorrir e com a ideia de que eu, como outros, só não ficámos presos numa designação mais ou menos «patologizante» porque não calhou. É minha convicção de que todos os sintomas da adolescência passaram por nós mas que algumas pessoas se detêm neles sob a forma de traços de carácter – «caracteriais» ou «psicopatas» – enquanto outros sublimam os seus sintomas na via da santidade, como se verifica estudando a vida dos santos que, com muita frequência, é muito agitada na adolescência: desde Francisco de Assis ao franciscano Fernando Bulhões (Santo António), passando pelo João de Montemor (S. João de Deus), o que aliás acontece também com santas como Teresa de Ávila, mulher de rara inteligência, poder e lirismo, cuja juventude foi também marcada por acidentes bastantes dramáticos. No meu trabalho em Paris pude ainda verificar como as perturbações juvenis passaram de actos patrióticos na resistência aos invasores para actos classificados de anti-sociais no após-guerra.

Num outro tipo de estudo a que Ramos de Almeida nos conduz a dada altura – o suicídio dos adolescentes – fala ele na falta de consciência da própria depressão que têm os adolescentes, o que é óbvio mas paradoxal, porquanto aqueles que participam na formação de psiquiatras e de psicanalista verificam facilmente que mesmo os especialistas que se ocupam das depressões não têm muitas vezes consciência de que são deprimidos.

De tudo isto resulta um grande enriquecimento com a leitura deste trabalho de Ramos de Almeida, sendo de louvar que um homem que consagrou toda a sua vida ao estudo da infância e em particular da pequena infância, consagre tanto trabalho ao estudo duma fase etária que ultrapassa a infância. E mesmo que seja admitido, como hoje é, e ele o diz, que os problemas da juventude são um grande problema médico-social e internacional, e mesmo que todos os pediatras reivindicuem a sua parti-

cipação no estudo destes problemas, este alvo de estudo do autor resulta de uma muito alargada visão dos problemas médico-sociais.

Ramos de Almeida não tem logicamente a mesma visão que eu do ponto de vista psicanalítico, sobretudo porque a sua visão global dos problemas vai muito mais para a prevenção médica e social, na qual eu acredito, mas não com a mesma convicção. Para mim, o importante não é a maneira de ser dos pais mas o tipo de função que eles exercem e o modelo que eles acabam sempre por representar. O autor aborda em todo o caso o problema dos ritos de passagem da infância à adolescência nas sociedades primitivas, o que constitui para mim uma forma de apreciar os aspectos mitológicos e mágicos da evolução humana que têm obviamente muito a ver com a base de algumas concepções psicanalíticas. De qualquer forma, o presente estudo de Ramos de Almeida é feito sobretudo no plano de um corte transversal, enquanto que a minha experiência se desenvolve quase sempre num plano clínico longitudinal. Não são estudos nem dados contraditórios, são complementares, e não posso deixar de insistir em que a sua leitura me permitiu aprender muito com a sua experiência e em particular no que respeita à gravidez de adolescentes imaturas que, como actualmente é reconhecido por psicanalistas que trabalham no assunto, pode constituir um sintoma de compensação da muito falada depressão desse grupo etário devida à separação e abandono da mãe ou do ambiente materno.

Uma grande parte da obra de Ramos de Almeida constitui uma espécie de enquadramento ou de introdução ao objecto fundamental deste estudo, desde a evolução psicológica da criança e do adolescente, até à gravidez nas adolescentes imaturas, passando pelos problemas da condição feminina e da educação sexual, pelo problema da droga e pela repercussão sobre os filhos de uma maternidade precoce.

Não posso deixar de referir a propósito deste último assunto que a minha mãe que casou aos 17 anos tinha apenas 18 quando eu nasci... O *savoir faire* ou a delicadeza do José Miguel Ramos de Almeida fez com que eu não me inquietasse muito com esse meu passado longínquo e com a beleza, ternura e autoridade com que a minha mãe me educou.

Um livro recomendável. Saudações muito fraternas para o meu amigo José Miguel Ramos de Almeida.»

74. Editorial. Assistência ao recém-nascido muito pré-termo. *Rev Port Ped* 1987; 18:5-6.

Descreve-se a evolução do prognóstico quanto à vida dos recém-nascidos muito pré-termo – com peso inferior a 1500 gramas.

Aponta-se a necessidade de um tratamento metódico em todos os aspectos, sem que toda a homeostase ficará comprometida.

Citam-se as qualidades indispensáveis no pessoal que os assiste e aponta-se a imperfeição dos nossos gestos terapêuticos perante os complicadíssimos e mal conhecidos mecanismos fisiológicos.

Desmitificam-se três ideias correntes: a de que há um dilema entre cuidados primários e cuidados intensivos, a de não tratar os recém-nascidos muito pré-termo, a de que uma baixa mortalidade destes recém-nascidos levará a um aumento da morbidade.

Finalmente, e sem *blague*, compara-se a assistência a estes recém-nascidos à altura de plantas dentro de casa.

75. Traves mestras da formação em Pediatria. *Bol Soc Cast Astur Leon Ped* 1987; 28:227-232.

Trabalho onde são analisados aspectos pedagógicos importantes no ensino de Pediatria.

Define-se o que é educar – modificar comportamentos, transmitir novas atitudes, criar – e a técnica de educação – definir objectivos, descrever conteúdos, traçar métodos.

Refere-se a importância destes aspectos nos primeiros contactos com os doentes e o hospital, fazendo ressaltar a relevância da história e do exame clínico, da ordenação hierárquica dos dados, da sua resolução a mecanismos fisiopatológicos, do bom-senso na requisição de exames complementares, da objectividade no diagnóstico, da humanidade no prognóstico, da prudência na terapêutica.

Lembram-se as variantes biológicas que tornam a Medicina numa Arte.

Dá-se ênfase à importância da díade humanidade/responsabilidade.

Citam-se as prioridades necessárias aos objectivos, aos conteúdos e aos métodos, referindo-se para estes últimos três tipos: instrução, educação e amestragem.

Finalmente, analisam-se os vários tipos de avaliação, os seus prós e os seus contras.

76. Quando levars o teu filho para casa. *In: Crescendo e Aparecendo*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 1988:55-56.

Capítulo de divulgação e de ensino às mães acerca das vantagens e da técnica do aleitamento materno, da técnica da alimentação artificial, dos cuidados de higiene diários, da importância dos exames médicos periódicos, da prevenção da doença e dos acidentes e do amor na relação mãe-filho.

77. Editorial. Falar e cantar para o filho que está na barriga. *Bol do IAC* 1988; 4:1.

Trabalho de divulgação acerca de aspectos da vida do feto – seus sentimentos, sensações e reacções –, do modo de os investigar e da relação que, ainda durante a gravidez, a mãe pode estabelecer com ele.

78. Fecundação artificial. 20 problemas e dúvidas para consideração e meditação. *Rev Port Ped* 1988; 19:341-342.

Enumeram-se 20 problemas e dúvidas sobre a fecundação artificial, todos relacionados com as técnicas, a ética e a lei.

79. Adolescence and motherhood. *In: Gomes Pedro J., Patrício MF Eds. Biopsychology of Early Parent-Infant Communication. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989:75-91.*

Resumo da dissertação de doutoramento «Adolescência e Maternidade» especialmente focado no material e método, resultados, conclusões finais e uma hipótese e profecia delas retiradas.

80. Fecundação artificial. As técnicas, a ética, a lei. *Arq Mat Dr Alf Costa* 1989; 1:45-51.

Trabalho de revisão, de formação e de opinião onde são descritas as diversas causas de infertilidade e as diversas técnicas de fecundação artificial.

São depois discutidos os problemas psíquicos e sociais resultantes destas técnicas.

Finalmente, avaliam-se os aspectos éticos e legais relativos ao casal, aos dadores, à mãe de aluguer, ao embrião e a crianças nascidas por fecundação artificial.

81. Como escrever um *curriculum vitae*. Cartas ao director. *Act Ped Port* 1989; 2:237-238.

Carta ao director onde comentando o artigo do Professor Henrique Carmona da Mota com o mesmo título se defende que num *curriculum vitae* nada deverá ser deturpado, acrescentado ou omitido pois só assim se dará uma informação completa, verdadeira e com a necessária perspectiva sobre uma vida profissional.

Defende-se, ainda, que a vida profissional é diferente de carreira profissional e que, por isso, um *curriculum vitae* que não se limite a um seco rol de factos e contenha, tal como a expressão indica, dados biográficos conotados com a educação geral e a carreira médica ajudará a conhecer, para além do médico e do pedagogo, o homem e que esse conhecimento tem enorme valor.

Finalmente, propõem-se algumas regras quanto à forma, ordenação e orientação de um *curriculum vitae*.

82. Mortalidade, morbilidade e desenvolvimento dos grandes prematuros (colab. M. C. S. Machado, M. C. Faria e A. M. Pratas). *Arq Mat Dr Alf Costa* 1990; 2:17-21.

Analisa-se o destino de 148 recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1000 g), admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos e Inter-médios da Maternidade Dr. Alfredo da Costa de 1 de Janeiro de 1983 a 31 de Dezembro de 1987.

A sobrevivência global foi de 31,7%, tendo havido uma melhoria de 22,5% em 1983 para 50,0% em 1987.

Dos 47 sobreviventes, 27 foram seguidos na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Destes, 15 (55,5%) tiveram um desenvolvimento psicomotor normal; em 8 (29,7%) encontraram-se sequelas *minor*: em 6 miopia e em 2 hidrocefalia compensada; em 4 (14,8%) encontraram-se sequelas *major*: em 2 diplegia espástica e alterações da visão, em 1 tetraplegia espástica e atraso mental e em 1 surdez e atraso mental.

Não houve correlação entre as sequelas e os problemas perinatais.

Conclui-se que, presentemente, não se justifica uma atitude passiva perante estes grandes prematuros.

83. Os primeiros educadores dos médicos. *Rev Port Ped* 1990; 21:225-6.

Defende-se a tese de que a educação médica consiste em trazer à superfície determinados valores – humanidade, responsabilidade, ética, consciência social –, e que isto será tanto mais fácil quanto mais precocemente a educação for ministrada.

Afirma-se que é indispensável que as escolas médicas passem a preocupar-se nos seus *curricula* com a educação e que os assistentes e professores, especialmente das cadeiras clínicas, deveriam estar preparados para a promoverem.

Finalmente, que atendendo à importância da precocidade no imprimir de qualquer educação serão os pediatras com a forma como praticam a Pediatria e o modelo que ofereçam aos seus doentes, crianças e adolescentes, os primeiros educadores daqueles que venham a abraçar a carreira médica.

84. Unidades de cuidados intensivos para recém-nascidos. *Arq Mat Alf Costa* 1990; 4:10-16.

Trabalho de revisão.

Descrevem-se as unidades de cuidados intensivos para recém-nascidos, as vantagens que representam, a sua história, os problemas que surgiram no seu percurso.

Referem-se as actuais técnicas de tratamento e as suas complicações.

Analisa-se o *stress* que representam para o pessoal e para os doentes tanto durante o internamento como ulteriormente.

Confronta-se a tecnologia com a clínica.

Discute-se o problema da eutanásia e da morte natural e traçam-se as principais regras éticas. Por fim, refere-se o seu planeamento, objectivos, tipo de população assistida e relação com os cuidados primários de saúde.

85. O futuro das unidades de cuidados intensivos para recém-nascidos. *Arq Mat Alf Costa* 1991, 22:67-69.

Discutem-se as perspectivas futuras quanto à evolução da natalidade, patologia prevalente nas próximas gerações de RN, a evolução das terapêuticas, do pessoal, do material, das áreas necessárias e da demora média e o progresso no transporte dos RN de alto risco.

Prevê-se que continue a baixar a natalidade, que diminua a população total de RN de alto risco que aumente a demora média, a necessidade de especialização do pessoal, de sofisticação do material e de rapidez do transporte.

86. Queda do cordão umbilical. Acaso ou necessidade? Carta ao Editor. *Rev Port Ped* 1991; 88:180.

Contesta-se a hipótese de que em tempos se tomava nota do tempo de queda do cordão umbilical porque já havia a sensação de que o atraso seria – como se veio a provar mais tarde – o primeiro sinal de uma doença de imunidade.

Revêem-se os aspectos míticos e a história dos estudos médicos sobre o cordão e chama-se a atenção para a tradicional importância atribuída a tudo o que lhe dizia respeito a queda e a onfalite de causa local.

87. A matter of terminology. *Pediatrics* 1991; 88:180.

Chama-se a atenção para a incorrecção que consiste – como invariavelmente se pratica na literatura médica – em referir percentagens de saturação quando, atendendo ao significado do termo, se deve obedecer à lei do tudo ou do nada, ou seja, ou há ou não há saturação.

88. O problema da assistência à criança pelos clínicos gerais. Depoimento. *Rev Port Ped* 1992; 23:133-134.

Referem-se os aspectos da instrução em que a Pediatria se afastou da Medicina geral e afirma-se que embora importantes é a educação, ou seja, valores e atitudes que dão ao pediatra a sua dimensão. Esses valores são: o reconhecimento do papel transcendente da família; a consideração da importância decisiva da observação; a compreensão da relevância da prevenção.

89. A criança na literatura. O nascimento de Victor Hugo. *Arq Mat Alf Costa* 1992; 7:44-45

Transcreve-se da autobiografia de Victor Hugo o relato do seu próprio nascimento – segundo tudo indica um recém-nascido pequeno para a idade de gestação – e que além disso frustrara as esperanças dos pais que desejavam uma rapariga.

Refere-se a técnica do enfaixamento, a atitude ambivalente do irmão mais velho e como a criança moribunda reagiu e se desenvolveu a partir do momento em que a mãe o aceitou tal como era.

90. Direitos das crianças ou deveres dos adultos. *Bol IAC* 1993; 24:1-3.

Estranha-se que hoje ainda se fale em direitos da criança, citando João dos Santos.

Com Abranches Ferrão explica-se o fenómeno que consiste no facto de os direitos da criança não serem conquistados mas concedidos.

Propõe-se a criação de uma estrutura estatal que contorne este problema devendo, até lá, os direitos da criança, serem indiscutíveis, indesmentíveis e inalienáveis deveres dos adultos.

91. Reprodução Assistida. Lisboa. Instituto de Apoio à Criança, 1993.

Trabalho de revisão, de formação e de opinião onde são descritas as diversas causas de infertilidade e as diversas técnicas de reprodução assistida.

São depois discutidos os problemas psíquicos e sociais resultantes dessas técnicas.

Finalmente, analisam-se os aspectos éticos e legais relativos ao casal, aos dadores, à mãe de aluguer, ao embrião e às crianças nascidas por reprodução assistida. (trabalho referido em 80).

92. Estudo comparativo de dois métodos de fototerapia em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (colab. M. C. Machado, M. H. Carreiro). *Rev Port Ped* 1993; 24:175-178.

Estudo prospectivo randomizado em 13 recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso com hiperbilirrubinemia não hemolítica. Em 7 foi usada fototerapia convencional com luz branca fluorescente e em 6 uma lâmpada de halogénio de fibra óptica.

Embora a velocidade de descida da bilirrubinemia tenha sido semelhante nos 2 grupos, no segundo a perda de peso foi significativamente menor tornando mais fácil o manejo de líquidos e de electrólitos.