

A MINHA HISTÓRIA DA PEDIATRIA

H. CARMONA DA MOTA

Hospital Pediátrico. Universidade de Coimbra. Coimbra.

RESUMO

Tenta-se descobrir os paradigmas subjacentes à actividade médica (mais especificamente, pediátrica) dos últimos 30 anos, que se revelam muito semelhantes aos que prevaleciam na sociedade de então – toda a perturbação era atribuída a um inimigo externo que havia que neutralizar; obsessão de *normalizar* o meio interno; compulsão em actuar depressa e em força; pouca atenção aos efeitos secundários das intervenções; os meios, por vezes justificados pelos fins; o feitiço da tecnologia.

SUMMARY

My History of Paediatrics

In an attempt to discern the paradigms underlying our medical practice (more specifically paediatrics) over the last 30 years, it was found that these are rather similar to the ones prevailing at the beginning of this period – all wrongdoings were attributed to outside forces which had to be neutralized; the obsession to standardise the internal milieu; the compulsion to always do something, little attention being paid to collateral effects; the ends justifying the means and the charm of technology.

A REIDRATAÇÃO DIRIGIDA - O PARADIGMA QUÍMICO.

Naquele tempo a desidratação era o maior pesadelo das enfermarias de Pediatria. Não só era difícil reidratar como era difícil manter hidratados aqueles infelizes lactentes malnutridos cuja diarreia persistia dias a fio.

Naquele tempo, em Coimbra e com algum exagero, podia dizer-se que não havia laboratório; dispúnhamos de algumas análises, para o que nos exigiam um volume de sangue incomportável. Não havia ionograma nem gasometria; toda a reidratação e.v. era feita com um mesmo tipo de soros – o *soluto argelino*, dada a escola de origem, (soro fisiológico diluído *ao terço* com bicarbonato).

Com que inveja ouvíamos de outros centros onde se reidratava com soros cuja composição era ajustada passo a passo, de acordo com as informações que o laboratório ia fornecendo. Era a **reidratação dirigida**.

Quando o ionograma se nos tornou acessível – depois de 1977 – e a hipernatrémia pôde ser confirmada, tivemos a amarga experiência do risco do tratamento deste tipo de desidratação. Como a desidratação era simultaneamente hipernatrémica e grave, as opções não eram fáceis e os resultados não eram brilhantes – as convulsões eram frequentes tal como as sequelas. Era muito difícil não reidratar depressa um lactente à beira do colapso – a queda da natrémia era muitas vezes mais rápida que o previsto, com as consequências de que fomos dando conta.

A diabetes na criança só era diagnosticada muito tarde; o quadro clínico era caricatural – a criança entrava muitas vezes em coma acidocetósico (que se via, sentia e cheirava), com grave desidratação. Uma vez mais, a tentação era actuar depressa e em força – soro fisiológico, bicarbonato e insulina, mas que reidratasse depressa e tamponasse rapidamente a acidose; como a pHmetria era

ainda um luxo, tacteávamos a bioquímica, com perfusões repetidas de bicarbonato, intercaladas com avaliações clínicas minuciosas — frequência e latitude respiratória, diurese, consciência...

Aplicávamos à criança, com a devoção de iniciados, as técnicas de titulação que recordávamos do laboratório de química — a ampola conta-gotas da perfusão chamava-se bureta.

Os êxitos eram grandes, apesar dos riscos e de alguns insucessos que se atribuíam à gravidade dos casos — o que era verdade.

Que importância tem, actualmente, recordar estes feitos heróicos? Desvendar o que eles revelam — o modelo mental subjacente às interpretações e intervenções —, o **paradigma químico**.

A doença era vista como uma alteração do adequado equilíbrio entre os *fluidos orgânicos*, à maneira hipocrática, equilíbrio que era necessário restabelecer para recuperar a saúde.

Se havia falta de água, um dos *quatro elementos*, era necessário fornecer-lha (dar de beber a quem tem sede era uma das *obras de caridade* aprendidas na catequese); se o pH era muito baixo, seria útil corrigi-lo. O que era obviamente correcto.

O que prejudicava os nossos esforços generosos era a vontade de ajudar demais ou demasiado depressa; era julgar ser necessário corrigir, isto é, *normalizar* os valores alterados, se possível logo (que aqui quer dizer já).

Com a nossa experiência e a de outros, demo-nos conta que era melhor que a natrémia fosse corrigida lentamente, tal como a acidose grave (a moderada corrigia-se espontaneamente) e tal como a anemia, cuja camuflagem transfusional era uma carga insuportável para um miocárdio carenciado.

Demo-nos então conta que, se a saúde era um equilíbrio dinâmico, a doença, mais do que um desequilíbrio, era também um equilíbrio instável a um outro nível, equilíbrio este que, se era perigoso, tinha permitido a sobrevida do doente, mercê de processos adaptativos delicados que foram sendo conhecidos e que permitiam que as células se acomodassem progressivamente a uma osmolalidade plasmática ou a uma concentração hidrogeniônica elevadas ou a uma hipóxia crónica, umas vezes causa, outras sinal do sofrimento celular, sofrimento esse que urgia atenuar.

Aliviar o sofrimento do doente foi desde sempre um dos objectivos do médico; tratar, aliviando o sofrimento celular, era a tradução fisiológica daquele princípio.

Todo o regresso forçado a valores séricos *normais*, se demasiado rápido, poderia desequilibrar de novo a

dialética vital, tornando excedentários e eventualmente lesivos, os processos laboriosamente montados pelas células para sobreviver em meio adverso e que demorariam muito tempo a desmontar. Os riscos da sobrecarga alimentar nos marasmáticos, (a *reacção paradoxal* de Finkelstein), dos idiosmotes desempregados¹, dos radicais livres de oxigénio² e do risco de engordar os RN magros³, são alguns exemplos desse princípio que a prudência dos clínicos experientes e a escassez de medicamentos poderosos nos iam impedindo de transgredir.

Parece óbvio que há que restabelecer imediatamente os movimentos cardíacos ou respiratórios; que há que compensar rapidamente uma hipoglicémia ou uma perda aguda de volume sanguíneo e que um colapso vascular é uma urgência.

A resposta é menos óbvia nas situações sub-agudas ou crónicas. Qual a velocidade óptima para a correcção duma acidose metabólica? da atenuação da febre? Há normas consensuais que orientam a correcção duma osmolaridade excessiva; que regras de eficácia comprovada (*evidence-based*) para o tratamento de um colapso séptico ou de uma hipóxia crónica, duma hipokaliémia ou duma coagulopatia de consumo — que dependem de tantos factores antagónicos em dinâmico conflito?

A reidratação dirigida e a *correção* da acidose eram o exemplo do paradigma mental de uma época — o da **bioquímica plasmática**; o sucesso da reidratação com misturas de composição fixa — o *solutio argelino* ou o soluto para reidratação oral da OMS — fazendo apelo à capacidade do organismo doente se reequilibrar desde que adequadamente ajudado — revela um outro paradigma — o da **biologia celular** — que tem em conta o significado da bioquímica plasmática e os mecanismos de resposta do hospedeiro, e em que o objectivo não é o de forçar a *normalização dos parâmetros* plasmáticos mas ajudar a célula a restabelecer o equilíbrio biológico ao nível da saúde com um mínimo de efeitos adversos.

Nestes anos assistiu-se à substituição de um modelo médico baseado numa teoria neo-humoral por um outro paradigma que respeita o primado da célula neste processo. Há poucos anos, o nosso modo de actuar recordava a teoria humoral de Hipócrates e Galeno de que se dizia ter sido Rokitansky o último arauto [*as doenças orgânicas deviam provir de uma prévia discrasia hemática geral*]⁴. A crítica de Virchow [*as células são unidades de vida... e de doença. Na doença, a célula é o médico e o sangue o farmacêutico*] foi há um século⁴.

Em Medicina não se pode esquecer a célula (que sofre com a osmolaridade excessiva e tem que se adaptar a ela)

nem menosprezar o humor (a hipernatrémia era uma *dis-crasia sanguínea geral*).

Curiosamente, pela mesma época, o pensamento dos que se interessavam pelo problema social, ia evoluindo numa maneira semelhante. Discutia-se se ao Estado competia conseguir determinados resultados finais – os planos quinquenais soviéticos – ou, em alternativa, garantir um conjunto de regras, que facilitassem as escolhas ... das pessoas, na esperança que levassem ao melhor resultado possível⁵.

Para uns, a prioridade era manter a paz nas ruas; para outros, a de consegui-la nos lares.

Era Virchow quem dizia que a política mais não era que a medicina do social.

OS EQUILÍBRIOS BIOLÓGICOS. A BORBOLETA DE MACAU

Uma perspectiva linear, que derivava da formação científica clássica, levava-nos a transferir para a biologia e a clínica, as leis da física e da química e a sobrevalorizar o raciocínio dedutivo: - Se normalmente $A > B$ e eu verifico que, neste doente, se dá o contrário, sou levado a atribuir a doença a este desequilíbrio e a tentar aumentar A (ou diminuir B) para tratar a doença, isto é, a corrigir a equação. É o primado da Lógica, um processo indispensável para podar hipóteses que terão que ser confirmadas – o que exige um esforço suplementar; os preguiçosos eruditos ficam-se pela retórica, deduzem e extrapolam.

Acontece que a biologia e, ainda mais a conduta humana, depende de inúmeras variáveis, de que conhecemos algumas, provavelmente as mais importantes, mas não todas; deste modo, nunca poderemos deduzir o resultado dessa equação ou dessa reacção química; tudo o que o raciocínio poderá fazer, e já não é pouco, é sugerir hipóteses fisiologicamente plausíveis que fundamentem a interpretação e a intervenção – não bastam palpites. Como toda a hipótese, terá que ser submetida a prova e esta terá que ser o mais fiável possível. Um saudável cepticismo exige uma confirmação – o primado da Medicina baseada num *saber de experiência (científica) feito*.

Porque não nos demos conta disso, aconteceram erros. Nos anos 60, tentou-se a profilaxia da *doença hemorrágica*, que afectava 1% dos recém nascidos, injectando todos com doses generosas de vitamina K2 sintética (Synkavit®); em consequência, alguns sofreram hiperbilirrubinémia e kernicterus, o que levou a substituir vitamina K2 por K1 e a reduzir a dose. Pouco depois, Golding J. et al⁶ aventaram a suspeita de um eventual

risco de leucemia com a injeção de vitamina K1; o risco não foi confirmado, mas levou a que muitos recém nascidos amamentados tivessem corrido o risco de não fazer profilaxia – mas também a experimentar a vitamina K por via oral, tal como as outras vitaminas...

A ciência avança cambaleando tal como a criança aprende a andar .

O excesso de ácidos gordos poli-insaturados adicionados às fórmulas infantis para prevenir a carência levou a um défice secundário de vitamina E⁷. A alegada associação de vacina anti-pertussis com encefalopatia⁸, associação que não seria confirmada, levou a uma diminuição da taxa de vacinação, com um consequente aumento da morbidade e mortalidade pela pertussis⁹.

Todos estes erros de avaliação, ocorreram num contexto de prevenção: – atribuindo doenças graves e muito raras a vacinas a que todas as crianças eram expostas...

A reticência inicial dos médicos à imunização activa – isto é, a provocar uma *doencinha* em indivíduos saudáveis (a inversão do paradigma milenar da atitude médica) – ainda não foi ultrapassada (o que, se não for excessivo, é salutar);

... ou, pelo contrário, provocando doença séria em algumas crianças, com desastradas medidas profiláticas a todas as crianças para evitar doenças raras, que só atingiriam poucas crianças, de que se desconheciam os factores de risco.

Todos estes erros foram fruto da análise simplista de uma realidade complexa; agimos como o anjo bem intencionado mas míope que, para evitar a maçada dos eclipses, tentasse tirar a Lua da sua órbita. A catástrofe cósmica que esse gesto, bem intencionado mas insensato, desencadearia, é o equivalente da prescrição de antibióticos, igualmente generosa mas muitas vezes igualmente insensata.

Toda intervenção na intrincada rede de forças e astros que constitui a constelação-saúde ou a constelação-doença do indivíduo ou da comunidade, perturba este equilíbrio; há que tentar prever todas as consequências do movimento de uma das cem pedras, num tabuleiro de xadrez com milhares de quadrados.

Consequências biológicas, psicológicas, económicas, ecológicas e outras.

Uma borboleta que bata as asas em Macau pode desencadear um ciclone nos Açores.

O PARADIGMA INFECCIOSO E A DIALÉTICA BIOLÓGICA.

O maior perigo era o infeccioso; a nossa perspectiva da criança era a de um ser ingénuo e indefeso numa selva

violenta, rodeada de germes perigosos. Havia que protegê-la, vacinando-a e defendê-la, tentando eliminar os micróbios agressores.

Na meningite, a antibioterapia era imperiosa se queríamos salvar a criança; mais tarde viemos a dar-nos conta que era também urgente atenuar as reacções inflamatórias da glia, as células que suportam os neurónios, que se arriscam a ser irremediavelmente lesados pela reacção excessiva daquelas^{10,11}. Se queremos que a criança sobreviva sem sequelas graves, há que frenar também os excessos reactivos do hospedeiro. Nem todas as sequelas podem ser directamente atribuídas à virulência do agressor.

Aquela estratégia bruta era o corolário lógico de uma dialética biológica estreita e linear, em que o mundo e a saúde eram vistos como uma guerra entre nós e os micróbios; para que nós vencêssemos era necessário derrotar/destruir esses inimigos.

A relação dialética é uma lei biológica. Para mover um membro entram em acção sincrónica músculos agonistas e antagonistas, com o que o movimento ganha precisão e delicadeza. O diâmetro das artérias e o calibre dos brônquios é regido por dois sistemas antagónicos, em equilíbrio dinâmico, cuja resultante é, em regra, adequada à necessidade e regida por esta.

No entanto, o processo saúde/doença era visto como uma *luta de espécies* em que o futuro de paz e prosperidade, projectado para amanhã que cantam, só seria atingido pela aniquilação desses *inimigos de espécie* – um paraíso asséptico para a realização ao qual todos os meios seriam justificados.

Nesta perspectiva, a antibioterapia era uma medida salvadora que havia que utilizar energeticamente sempre que julgássemos em perigo a saúde de um humano, mesmo que para tal fosse necessário sacrificar toda uma população de inocentes bactérias saprófitas – como os judeus sob os nazis, os culaques sob Estaline, os hiroshimos sob a bomba.

Não perspectivávamos a saúde como um equilíbrio dinâmico entre várias forças biológicas, cada qual pulstando para seu lado numa dialética pluridimensional onde o tempo era a quarta dimensão; seguíamos um modelo simplista – se há uma ameaça, há que eliminá-la. Seria demais pedir-nos que, como médicos, tivéssemos uma perspectiva holística e tolerante, quando tal não era claro na ciência que as revistas internacionais veiculavam, onde o valor da opinião ainda era quase idêntico ao da comprovação (*evidence-based*).

Também o constrangedor ambiente político-social do Portugal dessa época, privilegiava o afrontamento à

superação das crises pela concertação. Tal como na política, na terapia o objectivo era a eliminação do adversário/inimigo – simbolizado pela bactéria ou vírus agressores – e a correcção dos desvios no meio interno, o equivalente biológico da *frente interna*. Mais do que procurar a razão desses desvios, para tentar saná-los, como eram facciosamente atribuídos a um agressor *a soldo de uma potência estrangeira*, importava neutralizá-los a todo o custo, mesmo que os efeitos secundários dessa terapêutica radical atingissem muitos circunstantes, alheios a esses diferendos.

Mesmo os que faziam da dialética a sua ferramenta intelectual, tinham dela uma perspectiva linear e unidireccional – a luta de classes travava-se entre duas forças antagónicas e só seria superada pela eliminação da força dominante e a consequente ditadura dos, até aí, dominados. Era uma perspectiva compreensível, quando a dominação era asfixiante.

A PERSPECTIVA ECOLÓGICA

A ecologia ainda não tinha lugar de destaque nas nossas preocupações; sabíamos a utilidade da flora intestinal, bactérias eventualmente patogénicas com que havia de conviver e que a antibioterapia bruta necessariamente iria sacrificar. Aceitávamos este genocídio cujas consequências procurávamos atenuar com a prescrição ritual de leveduras que, criamos, conduziriam a uma colonização mais pacífica.

Os antibióticos eram armas poderosas; a pobreza da panóplia e o senso dos mais experientes faziam com que os usássemos com parcimónia. Os efeitos tóxicos do clo-ranfenicol – que tínhamos usado frequentemente – e das sulfamidas – já então em desuso – levavam-nos a procurar não abusar; não nos interrogávamos (já há quem o faça?) sobre qual a percentagem do medicamento utilizado que atingiria a bactéria a que se destinava? Mais de um por cento – a percentagem de pesticidas que atinge os insectos-alvo?

A restante persistirá horas na plasma, banhando células humanas que de tal não necessitam, comprometerá a flora respiratória e digestiva normal, perturbando um equilíbrio ecológico que levou milhares de anos a conseguir, sobrecarregará o fígado ou será eliminada pela urina que, contaminada, irá impedir a multiplicação das bactérias de que depende a depuração dos esgotos...

Como será comentada, dentro de 20 anos, a actual utilização de antibióticos? Como o bombardeamento extensivo do Vietname pelo Pentágono? Como nós encaramos hoje a cirurgia anterior á assepsia?¹²

Nesta época de preocupações ecológicas, quando é

claro que os desastres não reconhecem fronteiras, tão importante quanto as fugas radioactivas, a conservação da camada do ozono e a das espécies em vias de extinção, como forma de preservar o equilíbrio biológico que permitiu ao Homem ser o que é, tão importante como tudo isso, é preservar a vida selvagem que há em nós e da qual, eventualmente, depende a nossa saúde.

INTERVENÇÃO E ABSTENÇÃO TERAPÊUTICA

Tínhamos uma perspectiva messiânica da medicina; perante a doença, julgávamos que era indispensável fazer *qualquer coisa* e fazê-lo imediatamente. Tínhamos o conhecimento mas faltava-nos ainda a sabedoria da história natural das enfermidades, pelo menos das menos graves; a nossa formação hospitalar tornava-nos pessimistas – toda a doença era grave enquanto se não provasse o contrário... logo, era necessário fazer algo – medicar ou *pedir uma análise*.

Os indígenas da Polinésia, não prescindem da dança sagrada durante um eclipse, da qual julgam depender o regresso do Sol.

Também nós não prescindíamos de injectar, *supositar* e besuntar o peito das crianças com *essências anti-sépticas*, crendo que tal era necessário ao processo terapêutico da bronco-pneumonia. Fazendo jus ao nome, a Ortopedia julgava necessário endireitar as pernas *tortas* das crianças e gessava-lhes os pés *chatos*. Cortava-se o freio da língua aos atrasos da fala. (Nas actuais listas de espera hospitalar continuam freios para cortar...). A paracetense era norma na otite média tal como a antibioterapia; só muitos anos depois se verificou que aquela raramente era necessária e esta só seria útil num em cada seis casos¹³. Porque a cirurgia era indispensável na oclusão intestinal, também deveria sê-lo na distopia testicular (criptorquidia); se era útil no grande derrame sub-dural, sê-lo-ia também no pequeno – quantas punções da fontanela desnecessárias?

Era o erro de hipervalorizar o raciocínio dedutivo ou por analogia, sem a comprovação subsequente.

O problema é que, agora que nos demos conta, esta atitude foi assumida pelo vulgo, que julga que há sempre que actuar – isto é, medicar – e desconfia de quem não receita. *Há um mês com falta de apetite e ainda não fizeram nada...*

A expectativa de que há sempre algo – uma droga – que cura as mazelas vem associada a uma crescente intolerância ao incómodo, o que ajuda a explicar a queda do prestígio médico que, quando não receita ou não *pede uma análise*, é suspeito de não saber ou não querer fazê-lo; em especial, se não explica porquê.

ETIOLOGIA E PERTINÊNCIA

Um outro paradigma da Medicina clássica é o primado da etiologia. Toda a doença tem uma causa que há que procurar para poder delinear uma estratégia terapêutica específica. É óbvio que toda a terapia é arriscada se se não identifica o BK, o plasmódio, os germes da meningite purulenta ou da sépsis, o tipo de tumor ou as circunstâncias em que ocorrem tantos acidentes.

É uma atitude inegavelmente correcta desde que a procura da causa não eclipse outros objectivos de tanto ou maior valor – a melhoria da situação e o alívio do sofrimento do doente, enquanto se procura ou mesmo que se não descubra a causa. Nem sempre é indispensável uma terapêutica etiotropa; antes que etiotropa a terapêutica tem que ser adequada.

Na verdade, aquele modelo não tem grande interesse em muitas das doenças mais frequentes da criança: – as infecções respiratórias agudas e a diarreia. Num caso e noutro, é raro conhecer-se a tempo o agente etiológico; a escolha da terapia inicial é empírica. No caso da pneumonia, raramente é possível conhecer o germe em causa; a terapia inicial é escolhida em função de dados epidemiológicos e clínicos. O resultado duma eventual pesquisa etiológica inicial só é necessária (e conhecida) em caso de insucesso da estratégia inicial; muitas vezes, a pesquisa etiológica só então se inicia.

Mesmo os casos em que as normas correntes aconselham antibioterapia, como a otite média aguda, a estratégia terapêutica não se esgota na prescrição do antibiótico e tem que incluir algo que atenua as consequências – a dor e a febre; são estas que incomodam a criança, não o micróbio. O antibiótico só será útil num em seis casos¹³ mas quase todas as crianças com otite média se queixam. É clássica a caricatura da consulta da criança com otite: – entrava no consultório com a mão no ouvido e saía de lá com a mesma mão no ouvido e a outra na nádega...

Na diarreia aguda da criança, muito mais importante que procurar a causa é corrigir as consequências – a desidratação e a malnutrição – dado que a cura espontânea é a regra. Foi a reidratação por via oral, que modificou o prognóstico da diarreia aguda dos lactentes, nomeadamente em comunidades carenciadas; a procura da causa tem mais interesse epidemiológico (Salmonella, rotavírus...) que terapêutico.

Quanto tempo perdido, naquela época, a ensaiar as inúmeras especialidades farmacêuticas que tentávamos desencantar, estudando cuidadosamente o Symposium Terapêutico®, á procura do Viofórmio, da Furazolidona, da Neomicina, da *Cloromicetina* ou até das sulfamidas e/ou da melhor mistura destas.

Neste caso, a estratégia polarizada na procura da etiologia, revelou-se um insucesso, tanto mais grave quanto desviava parte da nossa atenção de objectivos mais eficazes como a de manter a hidratação e a nutrição.

OS BEZERROS DE OIRO E AS TÁBUAS DA LEI

Naquele tempo de poucos recursos as doenças chegavam maduras, a clínica era riquíssima, os quadros clínicos *de livro*, o que atenuava a carência de exames complementares; raramente era necessário confirmar uma estenose hipertrófica do piloro, um raquitismo carencial ou uma *atrépsia* por diarreia prolongada num lactente. Dada a gravidade das formas históricas das doenças clássicas, procurámos chegar mais cedo ao diagnóstico; aí já a clínica não era tão segura, pelo que tínhamos que nos socorrer, cada vez mais, de exames complementares. Estes tornaram-se mais disponíveis e fiáveis, pelo que fomos tentados a idolatrá-los.

Os bezerros eram luzidios. Dr. Moisés, zangado, invocava as tábuas da Lei clínica.

Procuramos não deixar de lado nenhum diagnóstico e fazê-lo o mais cedo possível, mesmo antes da doença desabrochar todo o seu florido esplendor. Então, mais do que tentar identificar grupos de risco, voltámo-nos para os exames complementares, em cuja fiabilidade confiávamos excessivamente. Mas, quanto mais sensíveis menos específicos; tanto menos falsos negativos, tanto mais falsos positivos.

O mesmo aconteceu com a estatística e a informática; excelentes ferramentas quando o artífice sabe usá-las.

Os bezerros tinham pés de barro. Dr. Nicolau, paciente, lia-nos as tábuas clínicas da Lei.

NORMAS PARA OS QUE MAIS PRECISAM

O lactente que entrava com diarreia era cuidado no *isolamento* – separado dos outros por uma simples divisória envidraçada – a *baia*, onde ficavam sem mães – só eram admitidas as que amamentavam (mas essas não tinham diarreia...) .

Tantos lactentes nos bercitos que a falta de espaço e menosprezo da tutela (os seus filhos nunca seriam internados naquelas enfermarias de pobres) arrumavam lado a lado; e dizia-se que a *E. Coli* patogénica (desconheciasse o rotavírus) saltava metro e meio, mesmo sem mãos...

A história natural da diarreia nosocomial era conhecida. Quando conseguíamos que a diarreia parasse – uma festa – esperávamos que não recaísse no crítico terceiro dia de internamento; muitos dos que eram hospitalizados por outra razão, adoeciam com a diarreia *do terceiro dia*.

Os que sobreviviam, ficavam imunizados.

A diarreia era a mais frequente e a mais grave das infecções nosocomiais, pela ausência de condições mínimas para cuidados adequados. A composição dos medicamentos para reidratação oral então disponíveis, não facilitava o sucesso, pelo que havia que recorrer à via parenteral; as agulhas que nos forneciam eram mais grossas que as veiazitas azul-colapsadas que mal se viam sob a pele anémica.

Quando as enfermeiras, treinadíssimas, não conseguiam encontrar uma veia, era a nossa vez – jovens *externos* de poucos anos e nenhuma experiência; nem valia a pena tentar. A alternativa era o desbridamento, a técnica *micro-cirúrgica* que nós – pediatras-médicos – executávamos com surpreendente perícia. A necessidade aguça o engenho e afaga o ego dos médicos por vezes urtigado pelos cirurgiões. Esperava-se que o desbridamento durasse umas boas horas, com sorte alguns dias... A chegada das agulhas-borboleta foi uma benção. Tantos lactentes em bercitos encostados uns aos outros, com tubitos de soro pendentes e uma borboleta epicraneana mantidas com um laçarote de adesivos; o gesso, à maneira canadiana, veio mais tarde.

A dificuldade era conseguir manter uma perfusão com um débito adequado, mesmo com o recurso às microgotas (LX=1mL) – uma novidade – cujo fluxo dependia da altura a que o frasco estava pendurado e do maior ou menor aperto de um parafuso; ainda não dispúnhamos de maquinas perfusoras.

Para a realimentação das crianças com diarreia aguda, contávamos com fórmulas especiais acidificadas, pobres em lactose e parcialmente desnataadas — Eledon® (nas variedades azul -sem - e amarela - com polímeros da glucose, cuja concentração padrão só se atingia progressivamente ao quinto dia), pectinas de alfarroba (Arobon®), o tempo e a sorte.

Com que surpresa leio agora as normas de realimentação de lactentes diarreicos — reiniciar a alimentação com o regime habitual, sem qualquer diluição¹⁴⁻¹⁶.

Então era aconselhada uma pausa alimentar prolongada e a realimentação progressiva; extrapolávamos para a maioria das crianças saudáveis e bem nutridas, as normas julgadas de eficácia comprovada na diarreia severa da minoria malnutrida. Agora legisla-se com base em análises estatísticas da maioria que não têm conta os cinco por cento marginais ($p < 0.05$), quando são esses *menos de cinco por cento* (pequenos lactentes malnutridos) os que mais precisam¹⁷.

Não admira que estas normas sejam aceites com

relutância pelos médicos¹⁷ que cada vez mais adoptam comportamentos defensivos. É certo que neste interim, a mortalidade infantil desceu imenso; poderá argumentar-se que a taxa de crianças doentes baixou proporcionalmente. Já não serão cinco por cento como há 30 anos – serão agora um por cento?

O problema nuclear continua o mesmo – não podemos aceitar normas que ignorem os que mais precisam. Como não é justo sacrificar 99 para cuidar de um hipotético susceptível, as normas terão que contemplar excepções, grupos de risco que há que rastrear e adoptar condutas específicas para tais situações.

A discriminação positiva não é novidade em Medicina – era norma não cobrar aos pobres.

O REGRESSO DA JANGADA

Nestes trinta anos, o padrão de doentes mudou radicalmente: – a doença aguda, infecciosa, que predominava há anos, que se tratava, curava (nem sempre) e tinha alta, quase desapareceu.

Hoje predominam as anomalias genéticas – as malformações congénitas, as anomalias do metabolismo –, as neoplasias e as consequências clínicas dos problemas sociais. Doenças crónicas que, há 20 anos, dizíamos *que não tinham remédio* e que hoje tentamos remediar com cuidados intensivos e multidisciplinares em que o elemento fulcral é a família esclarecida e motivada. Mantemos a confiança na família – antes, com fé e esperança que tudo corresse bem, agora, mantendo a esperança, tentamos ensinar à família o que ela não sabe e a fazer melhor o que só ela sabe.

Com a descolonização, Portugal deixou de ser um país euro-africano para regressar ao redil inicial. Cinco séculos depois, os portugueses regressam à Europa depois da longa deriva africana, ainda com imensas saudades.

BIBLIOGRAFIA

1. LEE JH, ARCINUE E, ROSS BD: Organic osmolytes in the brain of an infant with hypernatremia. *N Engl J Med* 1994;331:439-42
2. VAN ZOEREN-GROBEN D, LINDEMAN JH, HOUDKAMP E, BRAND R, SCHRIJVER J, BERGER HM: Postnatal changes in plasma chain-breaking antioxidants in healthy preterm infants fed formula and/or human milk. *Am J Clin Nutr* 1994;60:900-6
3. BARKER DJP: Early growth and cardiovascular disease. *Arch Dis Child* 1999;80:305-307
4. NAMORA F: Deuses e demónios da Medicina. *Círculo dos Leitores Lisboa* 1977
5. ESPADA JC: Quotas:alguns problemas. *Expresso*, 16 de Janeiro de 1999
6. GOLDING J, PATERSON M, KINLEN LJ: Factors associated with childhood cancer in a national cohort study. *Br J Cancer* 1990;62:304-8
7. JANSSON L: The influence of dietary factors on the vitamin E requirements of the low birthweight infant. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1982;296:110-2
8. KULENKAMPFF M, SCHWARTZMAN JS, WILSON J: Neurological complications of pertussis inoculation. *Arch Dis Child* 1974;49:46-9
9. NICOLL A, GARDNER A: Whooping cough and unrecognised postperinatal mortality. *Arch Dis Child* 1988;63:41-7
10. TRACEY KJ, VLASSARA H, CERAMI A: Cachectin/tumour necrosis factor. *Lancet* 1989;i:1122-5
11. MCINTYRE PB, BERKEY CS, KING SM, SCHAAD UB, KILPI T, KANRA GY, PEREZ CM Dexamethasone as adjunctive therapy in bacterial meningitis. A meta-analysis of randomized clinical trials since 1988. *JAMA* 1997;278:925-31
12. MOTA HC: Por uma terapêutica ecológica. *Acta Pediátrica Portuguesa* (em publicação)
13. ROSENFELD RM, VERTREES JE, CARR J et al: Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from 33 randomised trials. *J Pediatr* 1994; 124:355-367
14. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. *Pediatrics* 1996;97:424-35
15. WALKER-SMITH JA, SANDHU BK, ISOLAURI E, et al: Guidelines prepared by the ESPGAN working group on acute diarrhoea. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. *ESPGAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24:619-620 .
16. MURPHY MS: Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. *Arch Dis Child* 1998;79:279-284
17. SULLIVAN PB: Nutritional management of acute diarrhea. *Nutrition* 1998;14:758-62