

Medicina Física e de Reabilitação; 6- Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro; 7- Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Sociedade Portuguesa de Neuropediatria; 8- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe; 9- Sociedade Portuguesa de Pediatria

**Introdução:** A paralisia cerebral (PC) é um grupo de perturbações clínicas permanentes, mas não inalteráveis, do movimento e/ou da postura e função motora, atribuídas a uma alteração/lesão/anomalia não progressiva do cérebro imaturo e em desenvolvimento. **Objectivo:** Identificação das causas presumíveis de PC no registo de PC aos 5 anos de idade em Portugal. **Métodos:** Estudo transversal, com base em dados de vigilância activa de crianças com 5 anos residentes em Portugal, nascidos em 2001-2003, registadas no Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade. Anomalia congénita cerebral e síndrome compatível com PC assumiram-se como causa presumível quando especificamente registados; perturbação do desenvolvimento do cérebro do grande prematuro assumiu-se nos nascidos com <34 semanas de gestação se nenhuma outra causa foi identificada; lesão por infecção congénita (TORCH ou outra) assumiu-se quando registada; assumiu-se asfixia perinatal em nascidos de termo se Apgar  $\leq 6$  e convulsões nas primeiras 72 hours de vida ou se Apgar  $\leq 3$  ou se RM sugestiva ou se acontecimentos obstétricos compatíveis; assumiu-se causa posneonatal se o acontecimento atribuível ocorreu após o 27º dia de vida. **Resultados:** Das 553 crianças com PC registadas (526 nascidas em Portugal), 513 que viviam em Portugal aos 5 anos foram estudadas (496 nascidas em Portugal): 23,9% nasceram com <32 semanas, 15,5% às 32-36 semanas e 47,4% a termo. Foi atribuída etiologia a 319 casos (61%): perturbação do desenvolvimento do cérebro do grande prematuro 144 (45,1%), asfixia perinatal 48 (15%), anomalia congénita cerebrais 28 (8,8%), infecção congénita 20 (6,3%); síndromas 7 (2,2%), outra causa perinatal e neonatal 35 (11%), causas posneonatais 36 (11,3%). Causas específicas: CMV 16 casos (5%), encefalite herpética 6 (1,9%), AVC 22 (6,9%); 6 posneonatal, traumatismos (5), kernicterus (4), VIH (4), malária (3; 1 caso congénito, nascido em Portugal). Neste triénio houve decréscimo de casos atribuíveis a asfixia perinatal, infecção congénita e causas posneonatais. As crianças nascidas em maternidades com <1500 partos/ano estão sobrerrepresentadas entre os casos de asfixia perinatal (33,3%). **Conclusões:** A grande prematuridade é a etiologia presumível de PC mais frequente em Portugal, seguida pela asfixia perinatal e pelas causas posneonatais. A análise dos factores de risco de PC pode contribuir para a redução da prevalência da PC.

**Palavras-chave:** paralisia cerebral, etiologia atribuível, factores de risco, vigilância

## CO8 (13SPP-20327) – (\*) PROGRAMA DE VIGILÂNCIA NACIONAL DA PARALISIA CEREBRAL AOS 5 ANOS DE IDADE. CRIANÇAS NASCIDAS EM 2001-2003.

Ana Cadete<sup>1</sup>; Daniel Virella<sup>2</sup>; Maria da Graça Andrada<sup>3</sup>; Teresa Folha<sup>4</sup>; Rosa Gouveia<sup>5</sup>; Joaquim Alvarelhão<sup>6</sup>; Eulália Calado<sup>7</sup>; pelo Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade, <sup>8</sup>; SCPE<sup>9</sup>; e Unidade de Vigilância Pediátrica (UVP-SPP/PPSU)<sup>10</sup>

1- Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital Fernando Fonseca, Amadora; Secção de Reabilitação Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação; 2- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria; 3- Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal, Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral; 4- Centro de Reabilitação Calouste Gulbenkian, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 5- Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria; 6- Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro; 7- Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central; Sociedade Portuguesa de Neuropediatria; 8- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral; 9- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe; 10- Sociedade Portuguesa de Pediatria

**Introdução:** A vigilância da paralisia cerebral (PC) é crucial para monitorizar necessidades sociais e de saúde e a qualidade dos cuidados perinatais. A vigilância da PC nas crianças de 5 anos de idade em Portugal começou em 2006. **Objectivo:** Monitorizar a prevalência de PC aos 5 anos de idade em Portugal. **Métodos:** Vigilância activa, sistemática, voluntária e individual de crianças com PC, baseada no sistema da UVP-SPP/PPSU (pediatras, neuropediatras e cirurgiões pediátricos), complementado com registos por fisiatras. Aplicam-se as definições e os instrumentos de registo da SCPE. Recolhem-se dados adicionais das certidões de óbito e das crianças no âmbito da Educação Especial (DGIDC). **Resultados:** Na coorte nascida em 2001-2003, foram identificados 553 casos. Foram registados casos por 37 profissionais de saúde de 6 áreas profissionais. Atingiu-se cobertura nacional.

Foram identificados 20 casos (3,6%) apenas através da DGIDC. Foram identificados 30 casos falecidos antes dos 5 anos, 13 (43,3%) apenas através das certidões de óbito. A omissão de informação é inferior a 15% nas variáveis mais importantes, mas de até 35% nas variáveis perinatais, atingindo 55-60% na somatometria aos 5 anos. A taxa de incidência aos 5 anos de idade baixou de 2,02‰ nado-vivos em 2001 para 1,41‰ em 2003. A taxa de prevalência nas crianças de 5 anos baixou de 1,98‰ em 2001 para 1,33‰ em 2003. A PC espástica foi o tipo clínico mais frequente (79%; bilateral em 55,9%), 10,3% dos casos apresenta PC disquinética. Foram registadas perturbações graves da cognição (IQ) em 46,1% dos casos, da motricidade bimanual em 40,1% (BMFM) e 33,3% (MACS), da função motora global em 44,5% (GMFCS), em 10,3% na visão, 4,2% na audição, 37,9% na linguagem, 31,6% na alimentação e 21,5% no controlo da baba. Registou-se epilepsia em 44,5% das crianças. O peso estava abaixo do percentil 5 em 39,8% dos casos. A inclusão escolar era completa ou quase completa em 71,9% das crianças; a epilepsia foi o predictor mais potente de não inclusão escolar. As convulsões neonatais precoces foram o predictor mais potente de epilepsia. **Conclusões:** Preocupa a proporção de casos de PC de maior gravidade. A epilepsia é um forte indicador de deficiência nas crianças com PC. A tendência de redução da prevalência de PC é consistente com a melhoria de outros índices de saúde perinatal e registou-se também em outros centros da SCPE. Estes dados ajudam a monitorizar os cuidados de saúde e a compreender as necessidades de apoio social.

**Palavras-chave:** Paralisia cerebral, vigilância, tipos clínicos, função

## CO9 (13SPP-36339) – (\*) INFLUÊNCIA DAS ATITUDES DE CONTROLO E DO PESO DA MÃE NO ESTADO PONDERAL E NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E JOVENS: ANÁLISE COMPARATIVA POR SEXOS.

Diana Silva<sup>1</sup>; Micaela Guardiano<sup>2</sup>; Andreia Leitão<sup>3</sup>; Paulo Almeida<sup>3</sup>; Victor Viana<sup>4</sup>

1- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U. P. / H.Pediátrico - CH HS João-Porto; 2- U. Desenvolvimento - H.Pediátrico - CH HS João-Porto; 3- U. Desenvolvimento - H.Pediátrico - CH HS João-Porto; 4- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U. P. / U. Desenvolvimento H.Pediátrico - CH HS João-Porto

O excesso de peso e a obesidade tem entre crianças e jovens portugueses um incremento catastrófico no nosso país dadas as implicações sociais e na saúde. Entre os determinantes da obesidade encontram-se factores ambientais e comportamentais. Entre estes últimos identificam-se Comportamento e hábitos alimentares, as atitudes perante os alimentos e estratégias de controlo da alimentação dos filhos. Nos últimos anos as atitudes de controlo alimentar das mães têm tido grande realce na investigação. O objectivo desta investigação foi verificar a associação entre o estado ponderal das mães, as suas atitudes de controlo da alimentação dos filhos, o comportamento alimentar e o estado ponderal dos filhos. Os participantes foram 204 mães e respectivos filhos dos dois sexos de idades entre os 6 e 13 anos. As mães forneceram o seu peso e a altura sendo calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), responderam ao Questionário Alimentar para Crianças (CFQ) e ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ). Os filhos foram pesados e medidos, foi calculado o IMC depois transformado em Z Score. Comparando as atitudes das mães face à alimentação dos filhos versus das filhas, verifica-se que apenas no que respeita à Pressão para comer (PE) as diferenças são estatisticamente significativas ( $t=2,25$ ;  $p=0,01$ ), sendo as mães das raparigas as que exercem maior pressão. Comparando o comportamento alimentar dos jovens em função do sexo, observam-se diferenças significativas apenas entre os factores Resposta à saciedade (SR) ( $t=-2,13$ ;  $p=0,04$ ) e Ingestão lenta (SE) ( $t=-3,17$ ;  $p=0,002$ ), em que os valores mais elevados se encontram nas raparigas. Os resultados da análise de regressão mostram que, em ambos os sexos, o IMC das mães, as suas atitudes de controlo alimentar e dimensões do comportamento alimentar dos filhos se associavam ao estado ponderal das crianças. No entanto as atitudes restritivas (RST) foram determinante positivo do estado ponderal apenas no sexo masculino. No sexo feminino o factor resposta à saciedade (SR) teve um impacto negativo no peso. Nos rapazes as atitudes restritivas da mãe estão mais presentes quando o peso destes é mais elevado. Quanto mais peso mais as mães procuram controlar a ingestão energética. As ligeiras diferenças verificadas entre os modelos de regressão nos dois sexos sugerem um processo mais adaptado no caso do género feminino. As conclusões têm implicações no aconselhamento e intervenção em crianças e jovens em risco de obesidade e obesos, e suas mães.

**Palavras-chave:** Comportamento alimentar, controlo alimentar, estado ponderal, obesidade, crianças e jovens.