

# saúde infantil

A B R I L 1 9 9 6

Serviço de Urgência: informatização global

Satisfação dos profissionais de enfermagem

Antibióticos em Pediatria

Avaliação da saúde de crianças asmáticas

Tuberculose: prevenção

Polidipsia

Não aquisição do sorriso

Infecção urinária

*Hospital Pediátrico de Coimbra*

neste  
número

saúde  
infantil

**DIRECTOR**

Luís Lemos

**EDITOR**

Luís Januário

**REDACÇÃO**

Manuel Salgado, Boavida Fernandes (Coordenadores)

A. Jorge Correia	J. António Pinheiro
A. Mano Soares	J. C. Peixoto
A. Mendes António	J. F. Farela Neves
A. Nogueira Brandão	J. Oliveira Simões
António Ochoa e Castro	Jeni Carha
Ana Cristina Caldeira	Jorge de Freitas Seabra
Ana Moreno	Jorge Oliveira
Ângelo Barroso	Jorge Saraiva
António Capelo	José Luís Silva Pinto
Artur Coelho	Leticia Ribeiro
Beatriz Pena	Lírcia Ribeiro
C. Pereira da Silva	Luís Borges
Carlos Aires	Luís Moura
Carminda E. Santo	Luísa Diogo
Conceição Sanches	M. Anélia Aguilár
Dulce Zamith	Maria C. Riachos
Francelina Lopes	M. Helena Estevão
Graça Rocha	M. José Hespanha
Guiomar Oliveira	M. Lourdes Chieira
H. Carmona da Mota	M. Lurdes Amaral
Isabel Fineza	Nicolau da Fonseca
Isabel Gonçalves	Olavo Gonçalves
J. A. Matos Coimbra	Rui Batista

**ESTATÍSTICA E MÉTODOS**

Pedro Lopes Ferreira

**Propriedade:**

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

**Secretariado**

Sandra Fonseca  
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000 Coimbra  
FAX: 484464 - Telefone 480335 ou 484464

**Assinaturas 1996**

ANUAL	2 750\$00
Sócios da ASIC	2 200\$00
Instituições	2 750\$00
Estudantes	1 500\$00
Estrangeiro	3 500\$00
PALOP's	3 000\$00
NÚMERO AVULSO	1 300\$00

Tiragem: 1300 exemplares

**Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:**

REM, Ideias e Comunicação, Lda  
Rua Afrânio Peixoto, n.º 70, r/c — 3030 COIMBRA  
Telef./Fax: (039) 70 33 32

**Montagem e impressão:**

Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal n.º 242/82



Impresso em papel reciclado

<b>EDITORIAL</b> .....	3
H. Carmona da Mota	
<b>SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA — 1994</b> .....	5
Luís Lemos, Beatriz Brinca, Jorge Seabra, J. A. Matos Coimbra, F. Bento Soares	
<b>A CIÊNCIA MÉDICA HÁ 100 ANOS</b> .....	29
<b>SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b> .....	31
Pedro Lopes Ferreira	
<b>ANTIBIÓTICOS EM PEDIATRIA</b> .....	41
Filipe P. Torres, Jacinto Torres, Serafina Freitas, Ana Quintela, Flávio Laranjeira	
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE CRIANÇAS ASMÁTICAS</b> .....	51
Beatriz Figueiredo Brinca, Pedro Lopes Ferreira	
<b>TUBERCULOSE — QUE PREVENÇÃO?</b> .....	65
Tereza Oliva, Maria Manuel Flores, António Marques, Margarida Guedes, Tojal Monteiro	
<b>CASOS CLÍNICOS</b>	
<b>UM CASO DE POLIDIPSIA</b> .....	71
Cristina Marçal Delgado, Helena Fonseca, Maria João Mendes, Maria Lourdes Rodrigues	
<b>A MENINA QUE NÃO SORRI</b> .....	77
Guiomar Oliveira, Isabel Lucas, Isabel Fineza	
<b>PROTOCOLO</b>	
<b>INFECÇÃO URINÁRIA (SERVIÇO DE URGÊNCIA)</b> .....	85
Manuel Salgado, Paula Garcia, António Jorge Correia	
<b>CARTA AO EDITOR</b>	
<b>A VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO (VS) E LEUCOGRAMA NA BRUCELOSE E NA FEBRE TIFÓIDE</b> .....	91
<b>REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93
<b>INFORMAÇÕES</b> .....	95

# Normas de publicação

1. A revista “Saúde Infantil” destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
  2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
  3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correções ou rejeitá-los.
  4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
  5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
  6. Preparação dos originais:
    - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
    - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que os sejam a duas entrelinhas com pelo menos 2,5 cm de margem. A página de título, os resumos em português e em inglês, os nomes dos autores e as instituições onde trabalham devem ser dactilografados em páginas separadas.
    - C. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.
    - D. Página do título: deve conter o título do artigo (conciso e informativo), os apelidos e nomes dos autores e respectivo grau profissional ou académico, o nome da instituição donde provém o trabalho, o nome e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.
    - E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).
    - F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções:
      - a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho).
      - b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica).
      - c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros).
      - d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações supérfuas ou repetir no texto dados dos quadros.
    - G. Bibliografia (deverá ser mencionada por ordem de entrada no texto). Estilo Vancouver.
- Exemplos:
- artigo de revista* - Soter NA, Wasserman SL, Austen KF. Cold urticaria. *N Engl J Med* 1976; 89:34-46.
- artigo de livro* - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganismus. In: Sodeman WA, ed. *Pathologicphysiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.
- livro* - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.
- G. Quadros e ilustrações:
- Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas separadamente em suporte de papel.
  - A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
  - Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser descodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
  - Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.

Dez anos depois de ter aceite o cargo de Director da Saúde Infantil é tempo de mudar.

Desde 1986 que o Dr. Luís Lemos tem sido o Editor da revista e progressivamente, o responsável pela publicação.

Como Director do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico, a sua experiência única reflectiu-se na qualidade da S.I. e na adequação do seu conteúdo aos objectivos da mesma — “a prestação de cuidados básicos de saúde à criança”, embora, por razões óbvias, se tenha privilegiado a criança “doente”.

Desde este número, o Dr. Luís Lemos assume a Direcção da S. I.. Quero aproveitar a oportunidade para lhe agradecer vivamente o empenho com que desempenhou o cargo, o cuidado na análise dos trabalhos enviados e a elegância das críticas e sugestões.

Com o apoio do Dr. Luís Januário, o novo Editor da revista, creio que dificilmente se poderia conseguir uma melhor equipa para dirigir a Saúde Infantil.

**H. Carmona da Mota**

# SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA — 1994 (Informatização global: clínica e administrativa)

Luís Lemos<sup>1</sup>, Beatriz Brinca<sup>2</sup>, Jorge Seabra<sup>3</sup>,  
J. A. Matos Coimbra<sup>4</sup>, F. Bento Soares<sup>5</sup>

## RESUMO

A partir de 1 de Janeiro de 1994, foi iniciada a informatização global, clínica e administrativa, das actividades assistenciais do Serviço de Urgência (S.U.) do Hospital Pediátrico.

Em 1994, houve 51.114 inscrições ( média diária de 140) sendo 48% com idade ≤ 4 anos.

A larga maioria (80%) provinham do Distrito de Coimbra e destes 70% residiam no Concelho de Coimbra. Deste Concelho, 99% vieram ao S.U. sem qualquer referência médica, por iniciativa dos familiares.

Noventa e um por cento dos inscritos regressaram ao domicílio após observação médica. Foram internadas 3.735 crianças (7% das inscritas), sendo 79% destas para as Unidades de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.) e 21% (1,5% do total das urgências) directamente para um dos Serviços de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Neurocirurgia ou Cuidados Intensivos. Dos que foram admitidos em U.I.C.D. apenas 18% (1% do total de urgências) tiveram que ser admitidos num dos Serviços mencionados anteriormente.

Nas urgências simples a Medicina foi o sector mais solicitado (91% dos inscritos). Na urgência com exames/actos, a Medicina ocupa ainda o primeiro lugar (62%), seguida da Ortopedia (19%) e Cirurgia (14%). Nas U.I.C.D. o sector de Medicina foi o mais solicitado logo seguido da Neurocirurgia e da Cirurgia.

O conhecimento detalhado dos diagnósticos dos diversos sectores — Medicina e especialidades cirúrgicas — põe em relevo grande distorção na utilização do S.U. e situações que necessitam de uma intervenção específica ao nível da prestação de cuidados de saúde extra-hospitalares.

A adesão à informatização foi, neste primeiro ano, globalmente boa, sendo sensivelmente melhor em Medicina.

**Palavras-chave:** urgência, informatização.

<sup>1</sup> Director do Serviço de Urgência. <sup>2</sup> Assessora, Coordenadora da Área de Informática.

<sup>3</sup> Director do Serviço de Ortopedia. <sup>4</sup> Director do Serviço de Cirurgia. <sup>5</sup> Director do Serviço de Neurocirurgia.  
Hospital Pediátrico de Coimbra

## SUMMARY

As from the 1 st of January 1994 global informatization, both clinical and administrative, of the activities of the Emergency Service of the H.P. was started.

In 1994, 51.114 children were seen (daily average 140), 48% of which being 4 years old or younger.

The great majority (80%) were from the District of Coimbra and 70% resided in the County of Coimbra and of these 99% sought medical attention without a doctor's referral.

91 % of these observed returned home upon an appropriate medical examination.

3735 children were admitted (7%), 79% required admission to the short stay ward and 21% were sent directly to the medical, surgical, orthopaedic, neurosurgical and intensive care wards. Only 18% ( 1% of total emergency visits) of those admitted to the short stay ward were later admitted to the other already mentioned wards.

In the 'Simple Emergency' the Medical sector was the most required (91% of the visits). In the 'Emergency with Procedures' the Medical sector was still the most required (62%) followed by the Orthopaedic (19%) and Surgical(14%). In the 'Short Stay Ward' the Medical sector was still at the first place followed closely by the Neurosurgical and Surgical.

The detailed knowledge of the diagnoses, both of the various medical and surgical specialities, bring to our attention the enormous distortion with regard to the utilisation of the Emergency Services and of those situations that require a specific intervention by the Community Health care sector.

The adherence to informatization was, in its 1st year, overall good, with the Medical sector registering a slightly better performance.

**Summary:** emergency, informatization.

## Introdução

A caracterização do tipo de situações que ocorrem aos Serviços de Urgência é sempre importante. Através da análise dos diversos parâmetros administrativos e clínicos, é não só possível uma melhor compreensão das condições em que é processada a assistência nas estruturas de saúde que estão mais próximas da comunidade, como ainda a tomada de eventuais medidas, hospitalares ou não, que permitam um atendimento de melhor qualidade do ponto de vista assistencial e humano.

Desde a abertura do Hospital Pediátrico (H.P.) em 1977, temos utilizado no Serviço de Urgência dados clínicos referentes aos casos de medicina (não cirúrgicos) que mais nos preocupam: crianças a quem são pedidos exames complementares de diagnóstico e as admitidas nas Unidades de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.).

A partir de 1985 este dados foram informatizados mas ficou ainda de fora a análise das situações, muito numerosas, que após exame médico regressavam ao domicílio e todas as situações cirúrgicas.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

Recentemente foram criadas condições para que fosse feita a informatização dos dados clínicos e administrativos da globalidade das crianças que são admitidas nos sectores médico e cirúrgicos do Serviço de Urgência do H.P.

Este estudo teve por objectivo avaliar e caracterizar o movimento de doentes do nosso Serviço de Urgência em 1994 e eventualmente extrair conclusões tendentes a melhorar a qualidade do atendimento.

## Métodos

Desde 1 de Janeiro de 1995, estão a funcionar neste hospital os módulos de “Identificação” e “Urgência” do Sistema de Informação para a Gestão de Doentes.

Desde 1 de Janeiro de 1995, estão a funcionar neste hospital os módulos de “Identificação” e “Urgência” do Sistema de Informação para a Gestão de Doentes. Estes módulos estão integrados numa aplicação informática desenvolvida pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), cujo objectivo é o de constituir uma “espinha dorsal” de um futuro sistema integrado de informação hospitalar.

O módulo comum e básico do sistema é a identificação (com os dados administrativos e clínicos mínimos) acedido a partir de qualquer módulo e partilhado por qualquer sistema que integre ou venha a integrar a solução. O módulo Urgência gere o funcionamento deste serviço assegurando o acesso ou registo dos episódios de urgência do Hospital. Permite ainda registar os internamentos e emitir etiquetas. Posteriormente serão instalados os módulos de Consulta, Internamento e mais tarde Bloco Operatório, Laboratórios e Imagiologia.

Os dados são recolhidos através de um suporte de papel (figura 1) previamente estudado e discutido no Hospital, onde coexistem informações administrativas maioritariamente preenchidas à entrada, no Serviço de Admissão de Doentes e dados clínicos registados pelos médicos no momento da alta.

A cada criança pode corresponder mais do que um diagnóstico e nos casos em que a discrepância entre o número de diagnósticos e o número de casos é mais relevante, este último dado é também indicado.

No Serviço de Urgência do H.P. são tratados separadamente três tipos de atendimento: o tipo “100” que vulgarmente designa a urgência simples, o tipo “101” que corresponde à urgência com exames complementares de diagnóstico e/ou ainda, no sector de Cirurgia, com pensos e suturas e, no de Ortopedia, com colocação de gessos e/ou ligaduras de contenção. O código “102” corresponde à Unidade de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.), onde são internadas situações médicas e cirúrgicas pelo que os dados são apresentados sem especificação de sectores.

Até 1 de Janeiro de 1994, data em que se iniciou o funcionamento do Sistema de Informação para a Gestão de Doentes no H.P. só havia informação clínica e administrativa disponível sobre a urgência tipo 101 (sector de Medicina) e 102 (sectores médico cirúrgicos),

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22





através de aplicações em micro computador desenvolvidas em 1984 e a funcionar desde 1 de Janeiro de 1985 abrangendo o sector de Medicina e as três especialidades cirúrgicas com maior actividade no H.P.. Os dados referentes a outras especialidades que apoiam o Serviço O.R.L., Oftalmologia, Dermatologia — não são apresentados por não serem codificados pelos seus responsáveis

A avaliação que agora apresentamos utilizou todas a potencialidades do sistema atrás referido.

## Resultados

Os resultados são produto da recolha de dados administrativos e clínicos.

### 1. Dados administrativos

O Serviço de Urgência do H.P. teve em 1994 51.114 urgências, com uma média diária de 140. A distribuição etária está indicada no gráfico (figura 2). O Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra atende por decisão administrativa, face a limitações estruturais conhecidas, crianças com idade inferior a 11 anos. Podemos constatar que 48% das crianças atendidas tinham 4 ou menos anos de vida.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

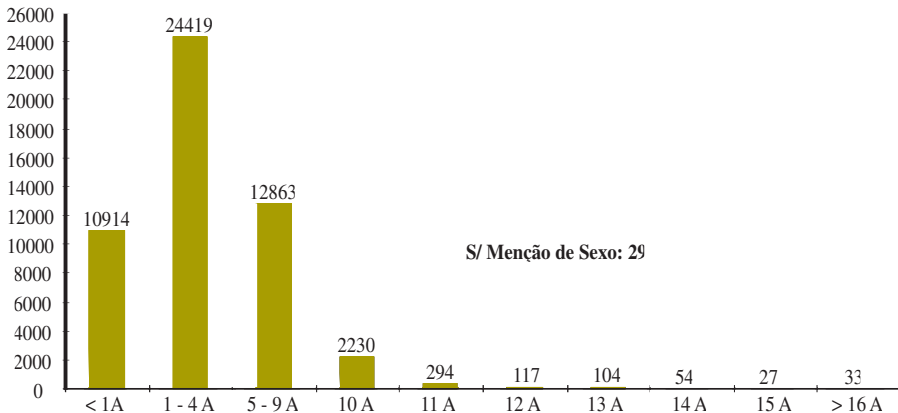


Fig. 2— Urgências - Distribuição Etária Ano de 1994

Pelo gráfico vemos que ainda 1,2% de crianças foram atendidas neste serviço com idade  $\geq 11$  anos. Trataram-se normalmente de doenças crónicas seguidas há muito neste Hospital.

Este Serviço entrou em funcionamento em 1977, e desde então o seu movimento mantém-se constante apesar da taxa de natalidade em Portugal e nos Distritos da Região Centro que constituem a área de atracção deste Hospital, ter tido um decréscimo assinalável (figuras 3 e 4).

O número de urgências ao longo de 1994 não teve variação significativa mantendo-se relativamente uniforme sendo Junho o mês que verificou maior número de inscrições. A média mensal foi de 4260 (figura 5) e a diária foi de 140 crianças.

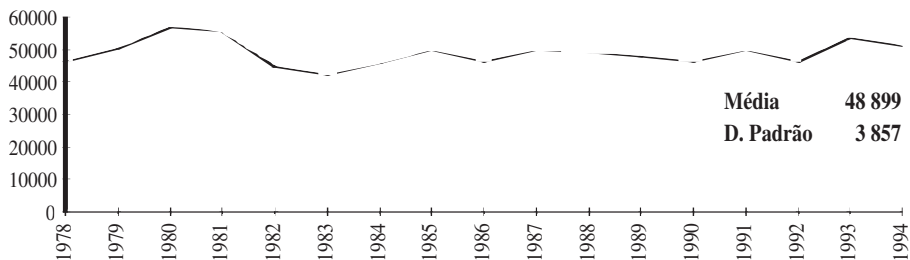


Fig. 3 — Movimento de 1978 a 1994

*saúde infantil*

1996; 18: 5-22

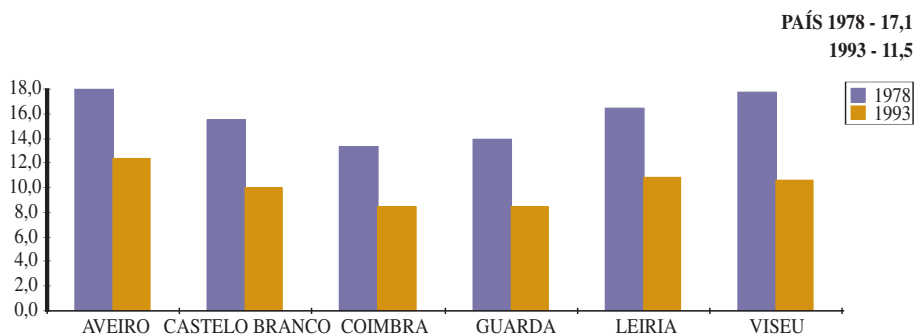


Fig. 4 — Natalidade 1978 - 1993

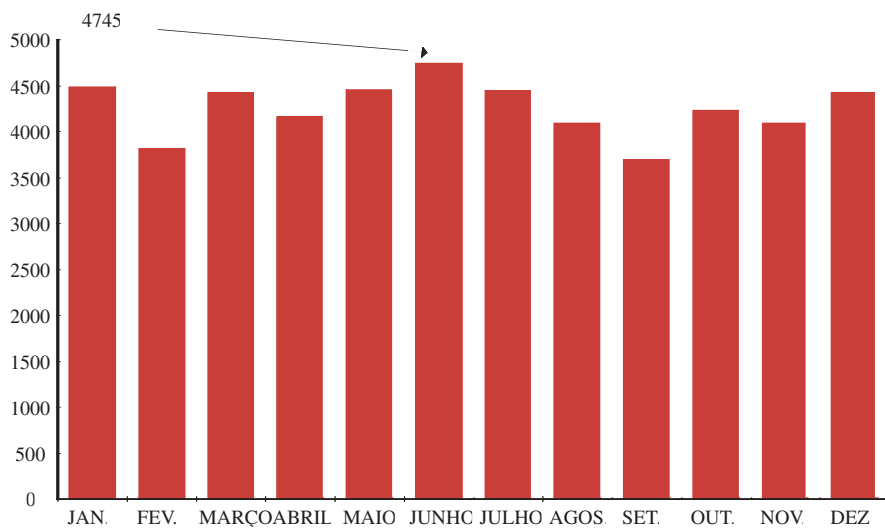


Fig. 5 — Movimento Mensal

Ao H.P., como único hospital Central Pediátrico da Região Centro, ocorrem crianças nomeadamente dos 6 distritos que compõem esta região com uma população residente até aos 14 anos de 417.800 (figura 6). Naturalmente a larga maioria reside no Distrito de Coimbra. Quanto às crianças do Distrito de Coimbra a maior parte (70%) habita na sede do Concelho), seguindo-se Cantanhede, Montemor, Soure e Penacova.

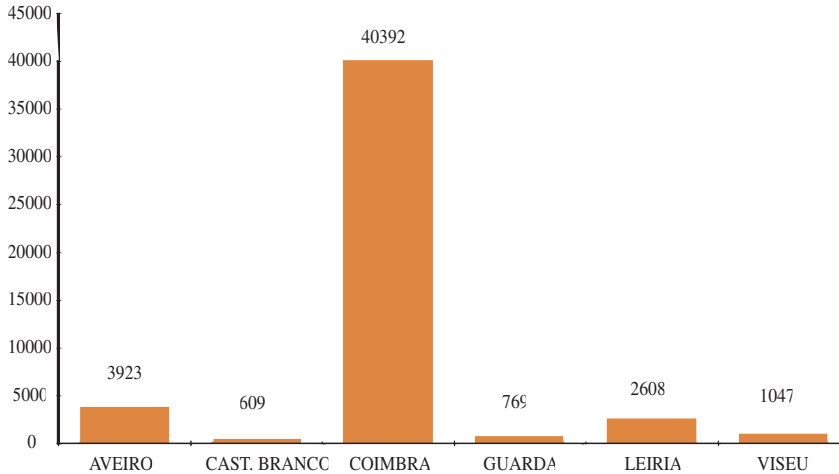


Fig. 6 — Doentes por Distrito - Região Centro

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

Concentrando-nos na maneira como as crianças chegaram ao Hospital, isto é a sua proveniência ou vias de acesso, a aplicação informática disponibiliza várias alternativas:

- A R. S/Centro de Saúde Consulta Externa
- Exterior
- Transferido de outro hospital
- Recém-nascido
- Outras
- Desconhecido

Agrupamos na figura 7 as proveniências mais significativas: somente 2439 crianças foram referenciadas pelas A.R.S./Centros de Saúde correspondendo a 5% do total, 91% das crianças provêm do exterior sem qualquer referência. Todos os outros itens foram agrupados nos restantes 4%.

Analisando o comportamento do Concelho de Coimbra em relação às vias de acesso, a situação ainda piora, visto que neste concelho só 1% das crianças chegaram referenciadas pelas A.R.S./Centros de Saúde aparecendo as restantes 99 % sem qualquer tipo de referência. A situação melhora um pouco quando analisamos as proveniências da Região Centro mas excluindo o Distrito de Coimbra. Neste caso 10% vêm referenciadas pelas A.R.S./Centros de Saúde.

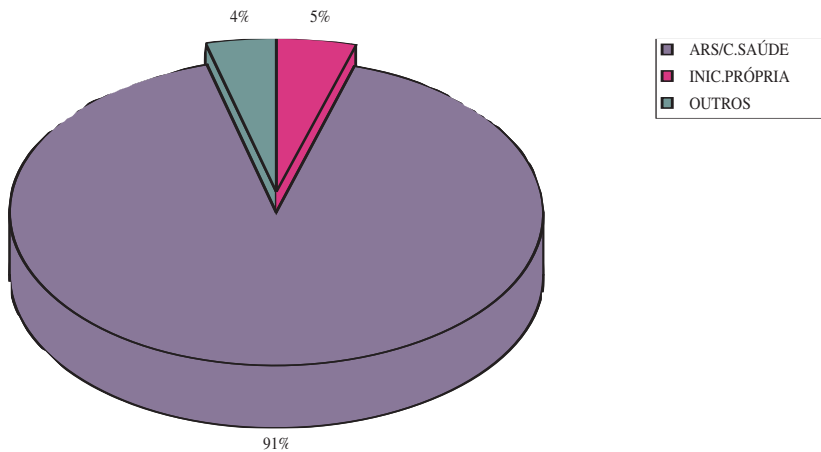


Fig. 7 — Doentes por Proveniência Total

A figura 8 mostra o agrupamento dos destinos mais frequentes, o que corresponde, salvo para o primeiro item, ao encaminhamento após a alta da urgência. As opções possíveis são:

- Abandono
- Consulta Externa
- Exterior
- Falecido
- Outro Hospital
- Serviço de Internamento

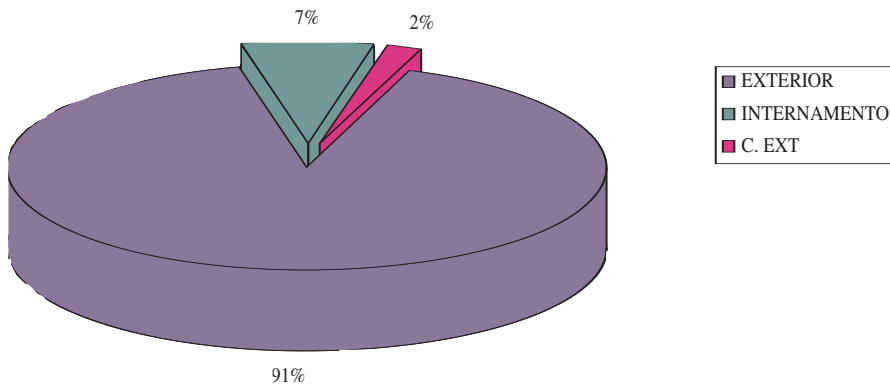


Fig. 8 — Doentes Segundo o Destino

*saúde infantil*

1996; 18: 5-22

Noventa e um por cento das crianças que vieram à Urgência do H.P. em 1994, isto é 46161 de um universo de 51114, tiveram alta para o exterior, 7% foram internadas e 2% ficaram com Consulta Externa marcada. Curiosamente 158 crianças (0,3%) neste ano não responderam à chamada para serem atendidas, depois de serem triadas.

A figura 9 mostra como se processou o internamento via urgência. Como se viu 7% das crianças atendidas no Serviço de Urgência (3735 crianças) foram internadas nos diversos serviços do Hospital: Medicina, Cirurgia, Oueimados, Ortotraumatologia, Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos. Vinte e um por cento destas crianças (1,5% do total de urgências) foram atendidas e directamente internadas em Enfermaria, as restantes 79% (5,5% do total) passaram para a UCID. Depois de aqui permanecerem na maioria dos casos menos de 24 horas, 82% tiveram alta para o domicílio e as restantes 18% (1% do total de urgências) necessitaram de internamento em enfermaria.

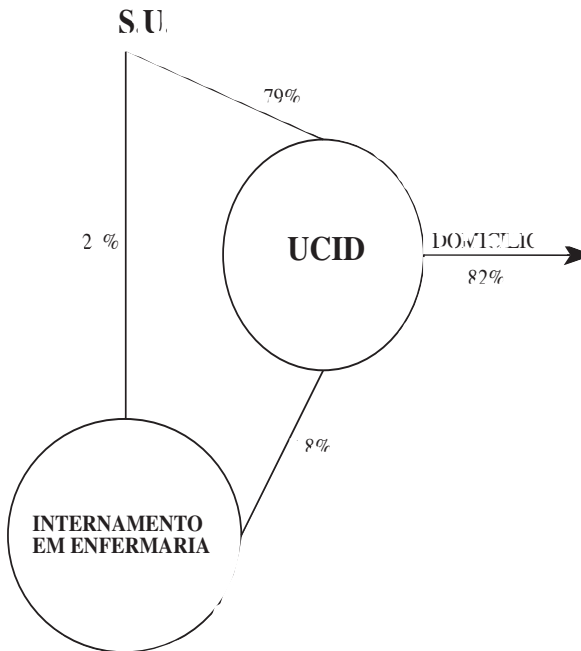


Fig. 9 — Internamento via urgência

Os quadros seguintes referem-se ao número de urgências por tipo em relação às especialidades de atendimento mais importantes e agrupadas em três períodos horários: 00-08, 08-16, 16-24.

Em relação à urgência simples (quadro I) constata-se que o afluxo de crianças é semelhante nos períodos das 08-16 e 16-24 horas e no período das 00-08 corresponde a 8,3% do total de inscritos nas 24 horas. As especialidades mais solicitadas são por ordem decrescente: Medicina (91%), Cirurgia, Ortopedia e O.R.L..

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

<b>Espec./Hora</b>	<b>00-08</b>	<b>08-16</b>	<b>16-24</b>	<b>Total</b>
Urgência Medicina	2849	14274	15415	32538
Urgência Cirurgia	43	424	491	958
Urgência Ortopedia	25	438	482	945
Urgência ORL	14	280	295	589
Urgência Oftalmologia	8	93	91	192
Urgência Estomatologia	2	135	53	190
Urgência Dermatologia	1	95	2	98
Urgência Neurocirurgia	3	38	49	90
Urgência Neurologia	3	21	9	33
Urgência Cardiologia	0	7	3	10
Urgência Hematologia	0	4	1	5
Urgência Pedopsiquiatria	0	2	0	2
<b>Total</b>	<b>2948</b>	<b>15811</b>	<b>16891</b>	<b>35650</b>

**Quadro I: Doentes assistidos por especialidades e hora — período de 01/01/94 a 31/12/94**

*saúde  
infantil*

O quadro II mostra o que se passa na urgência com exames. A urgência Medicina ocupa aqui o 1º lugar (62%) seguida de Ortopedia (19,4%) e Cirurgia (14%) e a distribuição mantém-se quase igual ao longo dos dois períodos horários 8-16 e 16-24 horas.

1996; 18: 5-22

<b>Espec./Hora</b>	<b>00-08</b>	<b>08-16</b>	<b>16-24</b>	<b>Total</b>
Urgência Medicina	711	4114	3571	8396
Urgência Ortopedia	55	1232	1308	2595
Urgência Cirurgia	57	741	1082	1880
Urgência Neurocirurgia	3	31	50	84
Urgência Estomatologia	3	31	50	84
Urgência ORL	4	45	29	78
Urgência Oftalmologia	1	14	18	33
Urgência Cardiologia	1	17	11	29
Urgência Neurologia	1	12	1	14
Urgência Hematologia	0	3	1	4
Urgência Pedopsiquiatria	0	2	0	2
Urgência Dermatologia	0	1	0	1
Urgência Gastroenterol	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>841</b>	<b>6303</b>	<b>6231</b>	<b>13375</b>
Especialidade não codificada	0			
Total Urgências	51114			

**Quadro II: Doentes assistidos por especialidade e hora**  
Período de 01/01/94 a 31/12/94

O quadro III mostra a distribuição da UICD. Aqui a urgência Medicina continua a ocupar o 1º lugar, a urgência de Neurocirurgia ocupa o 2º lugar e a Cirurgia o 3º. A distribuição é também semelhante naqueles períodos horários.

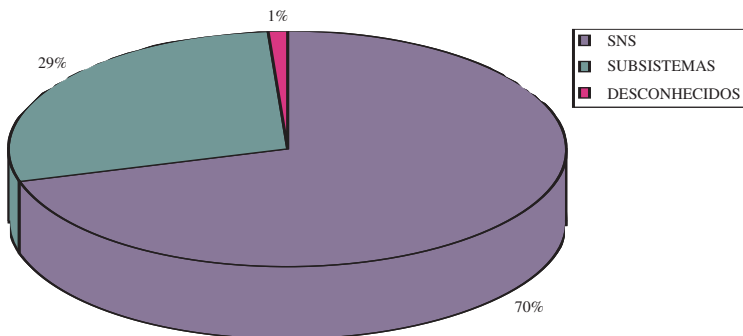
<b>Espec./Hora</b>	<b>00-08</b>	<b>08-16</b>	<b>16-24</b>	<b>Total</b>
Urgência Medicina	294	1143	1146	2583
Urgência Neurocirurgia	29	114	150	293
Urgência Cirurgia	32	86	86	204
Urgência Ortopedia	6	24	24	54
Urgência ORL	3	10	11	24
Urgência Neurologia	3	6	6	15
Urgência Hematologia	0	8	4	12
Urgência Cardiologia	1	7	3	11
Urgência Oftalmologia	1	4	4	9
Urgência Estomatologia	0	2	5	7
Urgência Pedopsiquiatria	1	4	5	
Urgência Dermatologia	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>1406</b>	<b>1443</b>	<b>3218</b>
Especialidade não codificada	0			
Total Urgências	5114			

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

**Quadro III: Doentes Assistidos por Especialidade e Hora**  
Período de 01/01/94 a 31/12/94

A figura 10 mostra a distribuição da urgência por entidades financeiras responsáveis. Naturalmente o maior número de crianças pertence ao Serviço Nacional de Saúde. Contudo as urgências facturáveis, isto é pertencentes a Subsistemas, Seguros ou Independentes são na ordem dos 29%. Em 1995 com a permanência do pessoal administrativo no Serviço de Admissão de Doentes 24 horas, isto é também no período das 00 às 08 horas deverá diminuir a percentagem actual de 1% de indeterminados, isto é crianças com Entidade Financeira desconhecida.



**Figura 10: Doentes por unidades financeiras**

A figura 11 mostra o gráfico representando as causas de admissão à urgência recolhidos também no momento da admissão pelo pessoal administrativo. As opções são:

- Acidente de Viação
- Acidente Pessoal
- Agressão
- Doença
- Mordedura de Cão
- Acidente na Escola
- Acidente Colégio/Infantário
- Outras

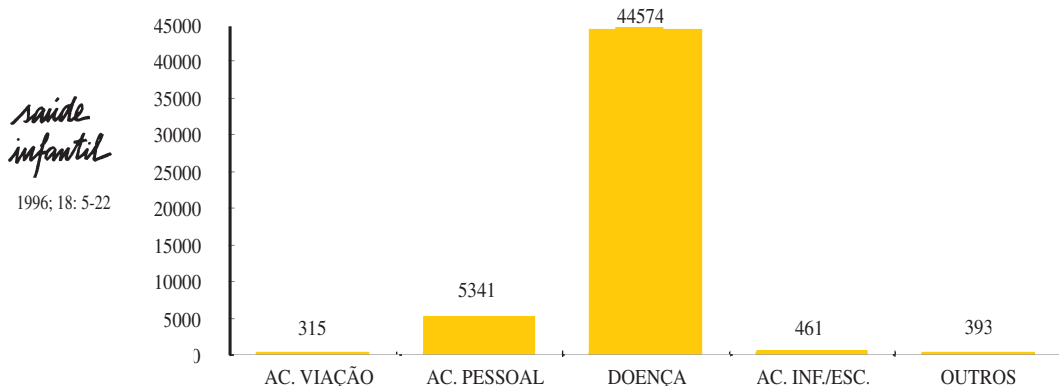


Figura 11: Doentes segundo a causa de admissão

A doença ocupa o 1º lugar, com 87%. O conjunto dos acidentes corresponde a 13,7% das admissões. É de notar que a causa Acidente na Escola e Acidente Colégio/Infantário é bastante mais frequente que os Acidentes de Viação

## 2. Dados clínicos

### a) Urgências simples

O número de doentes assistidos nos 4 sectores de movimento mais significativo do Serviço de Urgência e o respectivo diagnóstico registado pelo médico (depois codificado), está assinalado no quadro IV. A taxa de codificação variou de 93% (Medicina) a 59% (Cirurgia).



<b>Doentes Assistidos por especialidade</b>	<b>Doentes com informatização de diagnóstico</b>	<b>(%)</b>
Medicina	32.409	(93)
Cirurgia	952	(59)
Ortopedia	944	(77)
Neurocirurgia	90	(64)

**Quadro IV: Urgência Simples**

A análise dos registos do sector de Medicina permitiu-nos o escalonamento dos 20 diagnósticos mais frequentes — quadro V —, correspondendo a 79% do total. As infeções respiratórias altas benignas, as diarreias, as otites médias agudas, as situações febris de causa indeterminada e as anginas de provável etiologia estreptocócica correspondem, só por si, a 56% do número total de diagnósticos.

	<b>Nº de diagnósticos</b>
Rinite/Catarro R.S./Adenoidite	6.394
Gastroenterite	3.713
Otite média aguda	3.384
Síndrome febril inexplicado	2.925
Angina estreptocócica provável	1.559
Dermatites	1.344
Conjuntivites	901
Exantemas inespecíficos	819
Dor abdominal	788
Vómito	678
Varicela	535
Amigdalite/faringite viral	375
Asma	370
Estomatites/Aftas	290
Traumatismos cranianos	246
Obstipação	226
Urticária	225
Tosse	222
Picada de insecto	209
Parotidite	195
	25.398 (79%)
Total de diagnósticos: 31.920	

**Quadro V: Medicina — Urgência simples 1994**

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

No sector de Ortopedia os diagnósticos mais frequentes estão indicados no quadro VI, predominando as entorses e contusões. O número total de diagnósticos assinalados foi de 790.

	Nº de diagnósticos
Entorses	301*
Contusões	177
Alterações de sinoviais/tendões	39
Def. congénitas memb. sup./inf.	23
Luxação congénita anca	22
Torcicolo	21
Fracturas membro superior	15
Dor nos membros	13
Fracturas membro inferior	11
* Pronação dolorosa: 259	
	622 (78%)
Total de diagnósticos: 790	

Quadro VI: Ortopedia — Urgência Simples 1994

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

No sector de Cirurgia registaram-se 599 diagnósticos, estando os primeiros dez indicados no quadro VII. Os ferimentos, as hérnias, as dores abdominais e as fimoses foram as situações mais frequentes.

Em Neurocirurgia foram informatizados 58 diagnósticos, predominando os traumatismos cranianos (41).

	Nº de diagnósticos
Ferimentos	149
Hérnias	72
Dor abdominal	71
Fimose	41
Abcessos	23
Queimaduras	22
Hidrocelo, Nuck	19
Quadros clínicos não confirmados	18
Apendicite aguda	15
Obstipação	10
	440 (73%)
Total de diagnósticos: 599	

Quadro VII: Cirurgia — Urgência Simples 1994

**b) Urgências com exames/actos**

Podemos verificar — quadro VIII — que a 94% dos doentes do sector médico foi atribuído pelo menos um diagnóstico o que permitiu a sua informatização e que a percentagem mais baixa envolve o sector de Neurocirurgia com 62%. Em Medicina, os dez diagnósticos mais frequentes estão assinalados no quadro IX. As asma, as infecções respiratórias altas e baixas, a febre de causa indeterminada e os traumatismos cranianos ocupam os primeiros lugares. Face à grande dispersão da patologia os dez primeiros diagnósticos correspondem apenas a 68% do total.

Doentes Assistidos por especialidade	Doentes com informatização de diagnóstico	(%)
Medicina	8.396	7.929 (94)
Ortopedia	2.595	2.029 (78)
Cirurgia	1.880	1.482 (78)
Neurocirurgia	258	160 (62)

**Quadro VIII: Urgências com exames/actos**

	Nº de diagnósticos
Asma	2.977* (506 crianças)
Catarro R.S./Rinite/Adenoidite	550
Síndrome febril inexplicado	519
Bronquiolite	410
Broncopneumonia	369
Traumatismo craniano	288
Dispneia expiratória	244
Infecção urinária	209 (148) crianças
Otite média aguda	168
Dor abdominal	150
	5.884 (68%)
Total de diagnósticos: 8.561	

\* Convencionou-se que neste ano os casos de asma com aerossóis fossem informatizados nas Urgências com exames/actos.

**Quadro IX: Medicina — Urgência com exames 1994**

Em Ortopedia foram informatizados 2.200 diagnósticos, sendo os principais as contusões (842), as fracturas do membro superior (397) e as entorses (267) — quadro X

No sector de Cirurgia foram registados 1.591 diagnósticos e os mais frequentes foram as feridas (1.080) e as queimaduras (204).— quadro XI

Em Neurocirurgia, num total de 162 diagnósticos, predominaram os traumatismos cranianos (112) e as fracturas da abóbada (18)

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

	Nº de diagnósticos
Contusões	842
Fracturas membro superior	397
Entorses	267*
Alterações de sinoviais/tendões	145
fracturas membro inferior	128
Luxação congénita anca	78
Def. congénita memb. sup./inf.	29
Torcicolo	24
Osteocondroses	23
Artrite piogénica/osteomielite	13
	1.946 (88%)
*Pronação dolorosa: 76	
Total de diagnósticos: 2.200	

**Quadro X: Ortopedia — Urgências com exames/actos 1994**

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

	Nº de diagnósticos
Ferimentos	1.080
Queimaduras	204
Abcessos	80
Dor abdominal	44
Apendicite aguda	16
Hérnias	14
Unhas encravadas	9
Fimoses	9
Contusões	7
Obstipações	7
	1.470 (92%)
Total diagnósticos: 1.591	

**Quadro XI: Cirurgia — urgência com exames/actos 1994**

**c) Unidades de Internamento de Curta Duração**

Os dez diagnósticos de alta mais frequentes estão indicados no quadro XII. Predominaram as gastroenterites, as asma/dispneias expiratórias, os traumatismos cranianos e os síndromas febris de causa inexplicada.

Devido à grande dispersão da patologia o número total referido no quadro precedente corresponde apenas a 46% dos 3.207 diagnósticos informatizados em U.I.C.D..

	Nº de diagnósticos
Gastroenterites	235
Asma/Dispneia expiratória	227
Traumatismos cranio-encefálicos	197
Síndrome febril inexplicado	195
Hemofilia	157 (22 crianças)
Vómitos	123
Catarro R.S./Adenoidite	108
Epilepsia/Convulsões apiréticas	96 (75 crianças)
Broncopneumonias	92
Convulsões febris	69
	1.499 (46%)
Total de diagnósticos: 3.207	

Quadro XII: Unidades de Internamento de Curta Duração 1994

## Discussão

Os resultados mostram um elevado número de crianças (140/dia) que acorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico em 1994, uniformemente distribuídos no período das 8 às 24 horas ao longo do ano e sem grandes variações ao longo dos anos de existência deste Serviço (desde 1978). Aqui, como noutros hospitais este Serviço tornou-se um grande fornecedor de cuidados de saúde e as consequências, são por exemplo, períodos de espera que podem ultrapassar as 3 horas (embora todas os casos sejam devidamente triados e os verdadeiramente urgentes, que não são a maioria, sejam imediatamente assistidos) e os altos custos daí decorrentes. De notar que em 1994 no concelho de Coimbra não existia nenhum Serviço de Atendimento Permanente.

O gráfico com a distribuição etária é bem elucidativo da vulnerabilidade do escalão etário responsável por quase metade das urgências (1 aos 4 anos).

A idade limite de atendimento na urgências é de 11 anos e embora haja algumas exceções, há manifesta impossibilidade não só de instalações como de recursos humanos para prolongar o atendimento até aos 18 anos, como está estabelecido nos países da União Europeia. Este problema deverá ser ultrapassado com a ampliação anunciada do HP.

A afluência ao Serviço de Urgência mantém-se ao longo dos seus 17 anos de existência apesar da taxa de natalidade ter vindo sempre a diminuir ( a população dos seis distritos da Região Centro no escalão 0 — 14 anos não vai além dos 417.800) e de terem sido construídos até 1994 modernos hospitais com novos Serviços de Pediatria em vários Distritos (Aveiro, Castelo Branco) e mesmo do Distrito de Coimbra (Hospital da Figueira da Foz).

O Hospital Pediátrico de Coimbra como hospital central tem uma área de atracção de seis Distritos. O seu Serviço de Urgência é fundamentalmente utilizado pela população do Distrito de Coimbra ( 80%). Alguns concelhos dos Distritos mais próximos drenam com

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

frequência para o Serviço de Urgência em grande parte porque a acessibilidade melhorou muitíssimo devido aos novos Itinerários Principais.

Das crianças do Distrito de Coimbra 70% residem na sede do Concelho. Dos Concelhos mais distantes vem um número de crianças muito menor não só devido há pior acessibilidade como a serem pouco populosos e muito envelhecidos. Por outro lado 91% do total de crianças vêm por iniciativa própria e este número aumenta quando nos concentramos no concelho de Coimbra em que 99% ignoram simplesmente os C.S. Primários. Noventa e um por cento das crianças depois de observadas regressaram ao domicílio o que reflecte a benignidade das situações. Perante este panorama como explicar que os pais continuem a trazer os filhos ao Serviço de Urgência sem recorrer primeiro a um médico, ao médico de família a um Centro de Saúde entrando assim directamente no sistema hospitalar? Sobretudo no concelho urbano onde a densidade médica é a mais elevada do país...

O problema da sobreutilização do Serviço de Urgência tem muitas e conhecidas explicações: a sua população de atendimento é das mais vulneráveis (os mais novos, os mais velhos, as mulheres, os reformados que vivem só e os que residem mais próximos dos serviços de saúde têm maiores volumes de utilização destes Serviços Públicos) (1), a localização geográfica do Hospital, próximo de outras importantes Unidades de Saúde e com boa e permanente acessibilidade ao Serviço, a reconhecida qualidade global dos cuidados prestados por “especialistas de crianças” na Urgência hospitalar, a gratuitidade da inscrição e a ausência de alternativas credíveis pela população para atendimento de situações agudas ao nível dos C.S. Primários — situação gritante até 1995 na sede do concelho onde nunca existiu qualquer sistema com horário alargado. A transição para a família nuclear também terá limitado a hipótese de ser ouvida “a voz da experiência” de algum familiar mais velho, conduzindo todos estes factores ao recurso mais “fácil” e tantas vezes inadequado ao Serviço e explicando ao mesmo tempo porque os pais se sujeitam a suportar ali, por vezes, longos períodos de espera.

A deficiente articulação entre os diferentes níveis de cuidados não faz senão agravar a situação. Em relação aos dados clínicos informatizados em 1994, pensamos que o registo separado dos três tipos de situações que ocorrem ao Serviço de Urgência — códigos 100, 1017 102 — tem toda a lógica visto que se trata, em geral, de casos de gravidade crescente com custos progressivos e com implicações muito diversas para a própria estrutura de saúde.

No que diz respeito às urgências simples pode-se referir o peso esmagador das situações médicas em relação à totalidade das especialidades cirúrgicas mencionadas e que são também as mais solicitadas (31.920 versus 1.447 diagnósticos) O conjunto dos acidentes corresponde a uma pequena percentagem (14%) das inscrições no Serviço. É importante lembrar aqui que, na quase totalidade destes casos, há apenas um diagnóstico registado por paciente.

A simples leitura do quadro de diagnósticos do sector médico revela em toda a extensão a enorme distorção que se verifica no acesso ao Serviço de Urgência: trataa-se, na maior parte dos casos, de diagnósticos típicos de situações de C.S. Primários que, em condições normais, não deveriam vir a um Serviço de Urgência hospitalar. De referir que os traumatismos cranianos informatizados no sector médico corresponderam a situações extrema-

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

mente benignas e a uma prática há muito sedimentada no H.P.: todos os traumatismos cranianos são, em princípio, avaliados pelo sector médico e nos casos mais graves são acompanhados de imediato e em conjunto pela Medicina e Neurocirurgia.

Em relação aos diagnósticos do sector de Ortopedia parece-nos interessante chamar a atenção para o número elevado de casos (259) de pronação dolorosa — que revelam objectivamente, alguma violência em relação ao modo como os adultos lidam com as crianças, visto a luxação ser o resultado de um “esticão” dado pelo adulto que segura a criança pela mão.

Em Cirurgia verificamos que a maior parte da patologia — hérnias, fimoses, hidrocelos necessitaria de outro encaminhamento e não observação no Serviço de Urgência.

Em relação às urgências com exames /actos, vemos que, no sector médico, algumas das entidades clínicas (Catarro respiratório/adenoidite, Otite média aguda) se referem a segundos diagnósticos já que, por si só, estes não implicariam nunca exames complementares.

Os diagnósticos de asma correspondem a situações clínicas que, na maioria, necessitaram de aerossóis de broncodilatadores. É provável que a maior parte destas crianças pudessem beneficiar, com uma orientação mais adequada, de apoios terapêuticos domiciliários que evitassem um recurso tão frequente ao Serviço Este número tão considerável de inscrições causa-nos grandes dificuldades por razões estruturais — sobretudo de espaço e equipamentos — mas também de meios humanos, nomeadamente por falta de enfermeiras e pela deficiente humanização do atendimento que acarreta.

No que diz respeito aos diagnósticos do sector de Ortopedia, o conjunto de contusões e entorses constitui a parcela mais significativa (1.320) da patologia .A colheita destes dados engloba os casos a quem foram pedidos exames radiográficos e/ou os que foram tratados com talas gessadas, não sendo pois possível emitir juízos de valor sobre a justeza dos critérios de solicitação dos exames. Parece-nos ainda interessante chamar a atenção para mais um número considerável (76) de casos de pronação dolorosa — estes com R.X e/ou imobilização — o que vem reforçar os comentários já feitos anteriormente para esta patologia.

Os diagnósticos registados em 1994 na U.I.C.D. espelham bem a diversidade das patologias aí internadas. As U.I.C.D. permitem observar a evolução das situações que nos preocupam em melhores condições que nas enfermarias — onde não há unidades de cuidados intermédios — e aí se desenvolve regularmente uma intensa actividade multidisciplinar que inclui os diversos especialistas que apoiam o Serviço de Urgência, as Enfermeiras, as Técnicas de Serviço Social e as Enfermeiras Cinesiterapeutas.

Tanto nas situações de Urgência simples como nas com exames/actos verificamos que a percentagem de codificação nos diversos sectores cirúrgicos é significativamente mais baixa que na medicina. Nalgumas especialidades (Ortopedia, Neurocirurgia) a presença esporádica nas equipas de urgência de elementos que trabalham habitualmente noutros hospitais — internos de especialidade ou mesmo especialistas dificultou a sistematização de atitudes. É bom, todavia, lembrar que se tratou do primeiro ano de implementação do sistema e que a sensibilidade dos profissionais para este assunto evoluiu muito desde então.

Em U.I.C.D 100% dos doentes tiveram informatização dos diagnósticos.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22

Nenhum outro Serviço de Pediatria ou Hospital Pediátrico português publicou até à data um conjunto semelhante de dados referentes ao Serviço de Urgência. Eles permitem, com grande rigor, conhecer em detalhe muitos aspectos importantes da actividade assistencial e, pelas razões acima expostas, não é possível fazer comparações.

Vários trabalhos analisaram aspectos parciais dessa actividade, sobretudo referente à U.I.C.D., noutras instituições pediátricas. (2, 3, 4, 5, 6)

No mais recente trabalho publicado sobre urgências pediátricas de um hospital central a análise dos dados clínicos e sociais baseou-se numa amostra — embora aleatória — de 1.000 casos o que, num Serviço com uma média diária de 300 inscrições, limita definitivamente as conclusões.(7)

Em 1990 foi publicado um estudo do nosso Serviço em que, pela primeira vez, embora por amostragem, foram apresentados dados correspondentes aos actuais códigos 100, 101 e 102 (5) O trabalho actual tem, certamente, outra profundidade e actualidade.

Face ao número desmesurado de inscrições inapropriadas nos serviços de urgência dos Hospitais/Serviços de Pediatria do país não é de estranhar a dificuldade na recolha clínica global de dados. Este afluxo, por vezes dificilmente suportável, poderia desencorajar medidas do tipo das que foram propostas desde 1994 no nosso serviço, mas a prática revelou uma boa aceitabilidade global. Podemos por isso dizer que a implementação do actual sistema no H.P. e a prossecução e amplificação do mesmo deve-se, sobretudo, a uma excelente compreensão das vantagens mútuas de uma boa interligação entre os sectores clínico e informático.

Para terminar parece-nos indispensável referir o papel fundamental das secretárias de unidade sem as quais seria impensável ter obtido estes resultados.

### Agradecimento

Os autores agradecem ao operador de informática do H P, Sr Luís Miguel Carreira, o apoio prestado.

### BIBLIOGRAFIA

1. Santana P. Acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde. Ensaio metodológico em Geografia de Saúde. Tese de doutoramento Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 1993.
2. Palha J C, Fonseca M, Leite A F, Chaves J C, Lobo J C. Estudo de uma população infantil assistida no Serviço de Urgência do C. H. de Gaia. Saúde Infantil 1987, IX: 155—168.
3. Soares I M M, Mendes E M, Nereu V H C. Serviço de Urgência de Pediatria de um Hospital Distrital — alguns dados estatísticos. Saúde Infantil 1989; XI: 105-111.
4. Ferreira A G, Magno C, Freitas E J, Castanheira L. Serviço de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar do Funchal (U.I.C.D ) — Reflexões, adaptações, perspectivas. Saúde Infantil 1990, XII: 137-142.
5. Damas L, Bicho A, Lemos L. Casuística do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra — Amostragem de um ano: 1986. Saúde Infantil 1990; XII: 67-82
6. Rosa J, Silva P, Maio J. Análise do Internamento de Curta Duração no Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro. Saúde Infantil 1993; XV: 51-57.
7. Fonseca M J, Moreno T, Cruz C, Cunha F. Que Urgência? Acta Pediatr Port 1995, 26: 307-312.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 5-22



# SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

## Construção e Aplicação de um Instrumento de Medição

Pedro Lopes Ferreira<sup>1</sup>

### RESUMO

Neste artigo descreve-se um estudo efectuado há cerca de quatro anos no Hospital Pediátrico de Coimbra, por solicitação do Conselho Directivo, e que teve por objectivo a construção e a subsequente aplicação de um questionário para medir o grau de satisfação dos profissionais de enfermagem.

Utilizando a técnica de grupo nominal, foi possível obter informação suficiente para identificar as áreas onde os profissionais de enfermagem consideravam que fazia sentido medir a satisfação sob a forma de um questionário. Aplicando este questionário a todos os profissionais de enfermagem do hospital, obtiveram-se algumas áreas de excelência e outras consideradas alarmantes.

Em termos de áreas de excelência foram detectadas as referentes à relação com outros funcionários do hospital (11%) e à relação com os utentes (10%). As duas áreas onde se manifestaram percentagens mais alarmantes de má qualidade foram os incentivos (83%) e as condições estruturais (67%).

Foi intenção do responsável deste projecto executar um estudo metodologicamente correcto e a partir do qual pudesse, com a certeza que a estatística e as técnicas usadas permitem, extrair conclusões que funcionassem como bons indicadores para iniciativas tendentes a melhorar a qualidade das tarefas e ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem do hospital.

**Palavras-chave:** satisfação profissional, enfermeiras, qualidade.

### SUMMARY

In this paper is described a study performed circa four years ago in the Coimbra Pediatric Hospital, as a request from its Directive Board. The study's objectives were the design and the subsequent implementation of a questionnaire aimed at measuring the satisfaction level of hospital nurses.

Using the nominal group technique, it was possible to identify areas considered by

---

<sup>1</sup> Professor Associado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

these providers as the most relevant to assess satisfaction with a questionnaire. Applying this questionnaire to all nurses, we obtained some areas of excellence. Among these areas of excellence, we found those regarding to the relations with other hospital staff (11%) and with patients (10%). The areas detected as bad quality ones were the lack of incentives (83%) and the structural conditions (67%). It was our aim to implement a study methodologically correct from which we could extract conclusions to be used as good indicators to initiate actions to improve the quality of the nurses' tasks and the quality of the entire environment where they work.

**Keywords:** providers' satisfaction, nurses, quality.

## Introdução

Por solicitação do Conselho Directivo do Hospital Pediátrico (HP), foi realizado um estudo das causas de insatisfação dos profissionais de enfermagem com o objectivo de se extrair conclusões que funcionassem como bons indicadores para iniciativas orientadas para a melhoria da qualidade das tarefas e ambiente de trabalho destes profissionais.

Assim, e após reunião com os elementos do Conselho Directivo, foi decidido realizar-se uma reunião prévia, apenas com as enfermeiras-chefe e a enfermeira-supervisora, de modo a obter informação suficiente para a elaboração de um questionário a enviar a todos os profissionais de enfermagem do HP.

Concomitantemente, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica na base de dados Medline sobre o tema da avaliação da satisfação dos profissionais de enfermagem em relação ao seu local de trabalho. Os resultados da reunião com as enfermeiras dirigentes foi extremamente útil e confirmou, em extensão e em profundidade, as áreas onde a satisfação deveria ser medida.

De seguida, elaborou-se um questionário que foi entregue a todos os profissionais de enfermagem do HP e do qual se obteve um total de 109 questionários completamente preenchidos, correspondendo a uma percentagem de 60% de respostas. Seis profissionais de enfermagem entregaram os questionários completamente em branco e, por conseguinte, não foram considerados para as estatísticas.

Nas secções que se seguem, descrever-se-á com mais pormenor a metodologia utilizada, nomeadamente, a reunião havida com as enfermeiras dirigentes e as condições em que o questionário foi elaborado, entregue aos profissionais de enfermagem e recolhido. Os resultados obtidos por este estudo são apresentados na parte final deste artigo.

## Reunião Prévia com as Enfermeiras-Dirigentes

Apesar da literatura existente (1, 2, 3, 4, 5) mencionar alguns — poucos — estudos referentes à medição da satisfação dos prestadores de cuidados e, em especial, dos profissionais de enfermagem, a sua adaptação para a realidade portuguesa e para o ambiente de um

hospital pediátrico tornava-se difícil e os resultados esperados muito satisfatórios. Por esta razão, decidiu-se construir de raiz um instrumento de medição.

Porque corríamos o risco de esquecer alguns pontos relevantes e incluir pontos não importantes à medição da satisfação dos profissionais de enfermagem a trabalhar num hospital pediátrico, decidimos previamente realizar uma reunião com as enfermeiras-chefe e a enfermeira-supervisora do hospital com o objectivo de obter os indicadores mais relevantes para uma explicação das razões de insatisfação por parte destes profissionais.

Nesta reunião, e durante cerca de duas horas e meia, as participantes foram informadas sobre o envolvimento do Conselho Directivo do HP, o seu interesse em estudar o grave problema da insatisfação e o objectivo da reunião. Foi também referido que as ideias aí geradas iriam servir de base à elaboração de um questionário a ser desenhado e entregue, uma semana depois, a cada um dos 182 profissionais de enfermagem do hospital.

Seguindo a estrutura proposta pela Técnica de Grupo Nominal 6, a reunião começou por uma fase de cerca 5 minutos na qual lhes foi pedido que, independentemente uma das outras, respondessem à questão: “Quais os principais motivos de insatisfação por parte dos profissionais de enfermagem?”. De seguida, cada participante partilhou as suas respostas com o grupo, tendo as respostas sido registadas por escrito em local visível por todos e constituído um guia para a fase seguinte de discussão. Ideias que já tivessem previamente sido mencionadas por outros participantes não seriam de novo escritas, passando a lista então obtida a poder ser encarada como uma lista de todo o grupo e não mais como um conjunto de ideias individuais.

Cada uma das ideias compiladas foi amplamente discutida pelo grupo com o objectivo de clarificar o seu significado, salientar a lógica subjacente, evitando assim interpretações ambíguas ou díspares. A lista inicial, com 32 pontos, foi sujeita a modificações, alguns pontos eliminados, outros agregados entre si, resultando no conjunto apresentado graficamente na Figura 1 sob a forma de um diagrama de causa-e-efeito. Como se pode ver por este diagrama, as categorias principais em que podemos concentrar as razões da insatisfação destes profissionais de enfermagem são os aspectos estruturais, as relações humanas, os incentivos e a carreira (Figura 1).

Finalmente, procedeu-se a uma votação das ideias listadas, tendo sido pedido às participantes que seleccionassem as cinco ideias que considerassem mais importantes e que dessem a pontuação de 5 à mais importante de entre elas, 4 à seguinte em importância, e assim por diante. A tabela da Figura 2 apresenta os resultados desta votação, indicando apenas as ideias mais votadas.

## Questionário

Com base nas ideias geradas na reunião com as enfermeiras-chefe e enfermeira-supervisora e após uma revisão de alguns questionários semelhantes, conduzimos um inquérito a todo o pessoal de enfermagem do HP com o objectivo de testar a validade e a relevância dos pontos encontrados e de, efectivamente, medir a satisfação em cada um dos pontos.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

Figura 1 - Causas de insatisfação dos profissionais de enfermagem

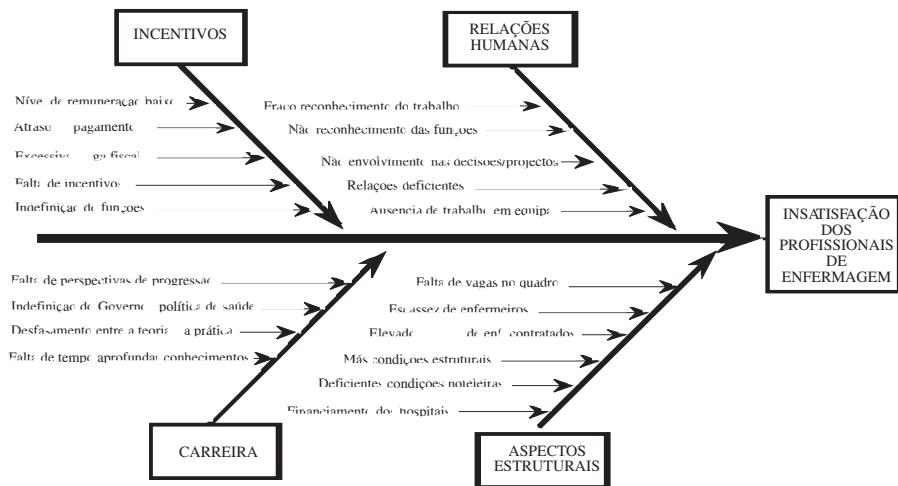


Figura 2 - Distribuição das ideias votadas

Votos	Ideias
17	4 - Fraco reconhecimento do trabalho
15	10 - Falta de vagas no quadro
12	3 - Nível remuneratório baixo
10	21 - Falta de perspectivas de progressão na carreira 24 - Enfermeiros em número inferior às necessidades dos serviços 26 - Não reconhecimento das exigências de trabalhar com crianças
9	1 - Elevado número de enfermeiros contratados 15 - Condições estruturais
7	11 - Atraso no pagamento 27 - Excessiva carga fiscal
6	18 - Não envolvimento nas decisões e projectos 29 - Relações deficientes
5	9 - Deficientes condições hoteleiras para receber os utentes 12 - Indefinição do Governo em relação à política de saúde
4	2 - Desfasamento entre teoria e prática
3	8 - Falta de tempo para aprofundar conhecimentos 20 - Falta de incentivos
2	5 - Financiamento insuficiente dos hospitais 6 - Indefinição de funções 13 - Ausência de trabalho em equipa

saúde infantil

1996; 18: 31-40

Para além de incluir informações gerais sobre o trabalho e os dados demográficos habituais num inquérito deste tipo, o questionário para a avaliação da satisfação dos profissionais de enfermagem foi desenhado de acordo com as seguintes cinco categorias:

- A — Percepção do estado de saúde e qualidade de vida
- B — Importância relativa das causas de insatisfação
- C — Opiniões relativas ao desempenho das funções
- D — Avaliação da situação actual
- E — Satisfação no trabalho

Os questionários foram distribuídos a todos os profissionais de enfermagem e foi-lhes pedido que respondessem num prazo de 10 dias. Em carta acompanhando o questionário foi-lhes salientado o interesse do Conselho Directivo neste projecto, assim como garantida a confidencialidade das respostas.

No fim do prazo concedido para responderem, e porque se tinha já atingido uma taxa de respostas de 60%, decidiu-se que não seria necessário enviar nova carta para os incentivar de novo a responder. Assim, da população inicial de 182 profissionais de enfermagem, obtivemos uma amostra de 109 usada por nós para as análises estatísticas.

## Resultados

A apresentação destes resultados segue a estrutura do próprio questionário. A amostra de trabalho contém as respostas de 109 profissionais. Um resumo das características demográficas e laborais está apresentado nos quadros das Figura 3 e 4.

Dois terços dos profissionais respondentes tinham vínculo à função pública, sendo 86% do sexo feminino, 52% solteiros e 66% com idade inferior a 35 anos. Dos que responderam a este questionário, 65 (61%) eram do grau I, 14 (13%) do grau II, 16 (15%) do grau III e um do grau IV; os restantes cerca de 10% ou escreveram que a sua categoria profissional era simplesmente ‘enfermeira’ ou não quiseram responder a esta pergunta, talvez por receio de serem identificados.

A apresentação dos resultados irá seguir o esquema geral do questionário atrás mencionado.

### A — Percepção do estado de saúde e qualidade de vida

Começamos o questionário por ter uma ideia sobre o estado de saúde em geral dos respondentes. A razão para a inclusão destas duas questões é que, eventualmente, as suas respostas poderiam estar positivamente correlacionadas com o nível de insatisfação em alguns pontos. Tal não se confirmou!

A maioria (51%) dos profissionais classificou a sua saúde como ‘boa’. No entanto, no que respeita à pergunta seguinte — qualidade de vida — quase todos eles consideraram que era ‘boa’ (46%) ou ‘boa e má em partes iguais’ (42%). A Figura 5 apresenta as distribuições

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

	Freq	Perc	
Qual é o seu sexo?			107
feminino	92	85.98	
masculino	15	14.02	
Qual é a sua idade?			107
- 24	23	21.5	
25 - 34	48	44.9	
35 - 44	22	20.5	
45 - 54	11	10.3	
55 -	3	2.8	
Qual é o seu estado civil?			107
casada	47	43.93	
solteira	56	52.34	
separada	1	0.93	
divorciada	3	2.80	
viúva	0	0.00	
Quantos filhos tem?			107
0	66	61.68	
1	18	16.82	
2	21	19.63	
3	2	1.87	

Figura 3 - Características demográficas da amostra

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

	Freq	Perc	Σ
Qual sua categoria profissional?			106
grau	65	61.32	
grau	14	13.21	
grau II	5	7.2	
especialista	6	5.66	
chefe	5	7.2	
grau V		0.94	
outros	10	9.47	
Em que serviço trabalha?			102
urgência	17	16.67	
consulta externa	7	6.86	
centro de desenvolvimento de crianças		0.98	
medicina	8	7.84	
unidade de cuidados intensivos	28	27.45	
cirurgia	17	16.67	
queimados	5	4.90	
ortopedia	8	7.84	
copa de leitos		0.98	
bloco operatório	12	11.76	
cinesioterapia	3	2.94	
Tem vínculo - função pública?			107
sim	68	63.55	
não	39	36.45	
Quantas horas trabalha normalmente por semana?			107
35	26	24.29	
45	23	21.5	

Figura 4 - Características laborais da amostra

correspondentes a estas duas perguntas. Não deixa de ser interessante, e só razões de ordem cultural o podem explicar, comparar estes resultados obtidos numa população aparentemente sem grandes problemas de saúde e em plenas funções do seu desempenho na sociedade, com os resultados obtidos em doentes com doenças agudas, como o enfarte de miocárdio, em outras culturas como a dos EUA e onde os níveis de saúde e qualidade de vida registados foram maiores, mesmo depois dos doentes terem passado pela fase psicologicamente “cor-de-rosa” do pós-operatório.

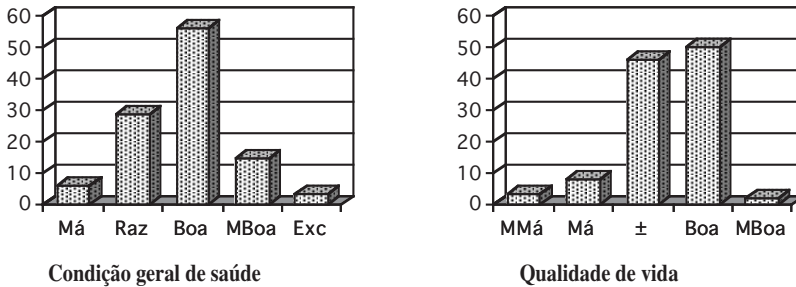


Figura 5 - Distribuição do estado geral de saúde e da qualidade de vida

## B — Importância relativa das causas de insatisfação

A seguir, foi apresentada aos respondentes uma lista de vinte possíveis causas de insatisfação extraídas da reunião com as enfermeiras responsáveis e foi-lhes pedido que indicassem, numa escala de Lickert de 1 (mínimo) a 7 (máximo), o grau de importância de cada uma dessas possíveis causas.

Apesar dos métodos usados na reunião e no questionário terem sido diferentes no que respeita à importância relativa das diversas causas de insatisfação (votação e pontuação), os resultados obtidos foram, em geral, muito próximos. Algumas exceções, no entanto, merecem especial destaque:

- o elevado número de enfermeiros contratados com pouca experiência em pediatria foi considerado pelos respondentes como pouco importante; na reunião com as enfermeiras dirigentes, este foi um item considerado como tendo uma importância superior à média.
- o fraco reconhecimento externo do trabalho foi considerado pelas enfermeiras dirigentes como a razão mais importante da insatisfação; apenas 60% dos profissionais inquiridos pontuaram este ponto com mais de 5 pontos, na escala de 1 a 7.
- a indefinição do Governo em relação à política de saúde foi considerada no questionário como muito importante por 73% dos profissionais de enfermagem; no entanto, as enfermeiras dirigentes, quando lhes foi pedido que considerassem as cinco razões mais importantes de insatisfação, deram um total de 5 votos em 17.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

## C — Opiniões relativas ao desempenho das funções

Quando pedimos aos profissionais de enfermagem para exprimirem a sua opinião em relação a quinze frases relacionadas com as suas funções profissionais, umas escritas na forma positiva, outras na negativa, obtivemos as seguintes conclusões:

Mais de 75% dos respondentes consideraram que conseguiam pôr em prática os conhecimentos que aprenderam e que o seu trabalho era muito interessante e variado. No entanto, acharam que o hospital nem sempre aceitava as opiniões quando tomava decisões acerca do trabalho dos enfermeiros e que quaisquer alterações no trabalho deveriam ter em conta as opiniões dos enfermeiros.

A maioria dos respondentes concorda que o resultado do trabalho depende da maneira como se relacionam com os outros e discordam que se sintam sempre à vontade para dar sugestões à gestão (o que confirma o anteriormente afirmado) ou que, na generalidade, o papel do hospital valoriza correctamente as funções da enfermeira.

Foi também interessante notar que 43% dos respondentes estavam incertos ou concordavam que nem sempre sabiam se estavam a desempenhar correctamente as suas funções e que igual percentagem estava incerta ou discordava de que tivessem sempre controlo sobre aquilo que faziam. Já 67% rejeitavam a afirmação de normalmente executarem tarefas que consideravam apropriadas às suas funções. Por fim, apenas 28% dos inquiridos seriam capazes de recomendar o seu trabalho aos amigos.

As opiniões divergiam (grande percentagem de concordâncias e grande percentagem de discordâncias) em relação ao facto de poderem participar nas decisões que as afectavam de, por vezes, não saberem exactamente quais as suas funções e responsabilidades e de, às vezes, se sentirem deprimidas sem ninguém a quem recorrer.

Mais uma vez há uma coerência entre as respostas às várias questões. Isto constitui, de certo modo, uma forma de validação do próprio questionário. Finalmente, considerámos estranho que cerca de 30% da população inquirida rejeitasse a ideia de se sentir parte do hospital.

## D — Avaliação da situação actual

A fase seguinte deste questionário destinava-se a pedir aos respondentes que classificassem a qualidade de dezassete áreas em termos de excelente, muito boa, boa, razoável ou má.

A análise que fazemos das respostas a esta parte do questionário centra-se no estudo das percentagens de excelentes e de más pontuações. Assim, em termos da percentagem de pontuações excelentes salientamos apenas as áreas da relação com outros funcionários do hospital e da relação com os utentes, onde se encontraram percentagens de 11% e 10%, respectivamente.

As áreas onde se manifestaram percentagens “alarmantes” de má qualidade foram as seguintes:

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40



- remuneração, tendo em conta as funções desempenhadas - 60%;
- condições estruturais (espaço, luz, ...) - 67%;
- incentivos (bolsas de estudo, subsídios de deslocação, regalias sociais, serviços de saúde do pessoal) - 83%;
- perspectivas de progressão na carreira - 63%.

Porque são áreas consideradas extremamente importantes pelos profissionais de enfermagem, pareceu-nos ser de considerar que deveriam ser áreas de intervenção para melhorar a qualidade e satisfação dos profissionais de enfermagem, apesar de algumas delas estarem manifestamente para além das competências atribuídas a um Conselho Directivo de um hospital.

Outras áreas que apresentaram percentagens altas de más pontuações foram as relacionadas com as condições hoteleiras para receberem os utentes (41%), com as relações com os órgãos de gestão do hospital (39%), com as condições de trabalho (28%) e com o envolvimento nas decisões que afectam os profissionais de enfermagem (25%).

Os dados obtidos nesta avaliação vieram confirmar a existência de categorias ou factores principais (grupos de variáveis) que caracterizam as razões para a insatisfação por parte dos profissionais de enfermagem. Assim, ao aplicar nos dados o método das componentes principais da análise factorial com rotação varimax, foram encontrados os factores principais apresentados na Figura 1 com a ligeira diferença de que o factor “relações humanas” aparece claramente sub-dividido nos factores “relações com médicos e funcionários” e “relações com utentes e colegas”. Parece haver uma maior correlação entre a forma como estes profissionais se relacionam com os seus colegas e com os utentes do que com os restantes profissionais no hospital e com os prestadores de cuidados.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

## **E — Satisfação no trabalho**

Por fim, foram feitas cinco perguntas destinadas a avaliar a satisfação com o trabalho, a resistência a deslocar-se para outro tipo de trabalho e se recomendaria o presente tipo de trabalho a um amigo ou a uma amiga.

Apesar de, no geral, 68% dos profissionais de enfermagem inquiridos sentirem pouca satisfação com o trabalho e de haver alguma hesitação se tivessem de decidir outra vez pelo trabalho que hoje têm, 74% deles, se pudessem ir para outro qualquer trabalho, recusariam e manter-se-iam neste hospital. No entanto, se um amigo ou amiga manifestasse interesse em trabalhar num emprego semelhante, os profissionais de enfermagem que responderam a este questionário, dividiram-se mais ou menos igualmente entre apoiar vivamente (38%), apoiar com algumas dúvidas (33%) ou advertir o amigo em relação à sua intenção (29%).

Conforme tem sido aconselhado por especialistas de desenho de questionários, a última pergunta tentou captar ideias que não tivessem sido usadas nas questões anteriores. Apesar de apenas trinta (27%) profissionais de enfermagem terem respondido a esta pergunta no nosso questionário, das suas respostas pareceu-nos ser de realçar, mais uma vez, a falta de

reconhecimento pelo desempenho de serviços especiais (cuidados intensivos, reanimação, hematologia ou oncologia) ou de trabalhar por turnos, períodos nocturnos ou fins-de-semana. Além disso, foi também mencionada a falta de material, equipamentos e meios técnicos e a falta de incentivos para acções de formação.

## Conclusão

Antes de concluir, há a realçar que estes resultados não devem ser encarados de uma forma absoluta; possuem, de facto, um aspecto relativo. São relativos porque, tal como qualquer outra forma de avaliação, a satisfação tem de ser analisada em termos das expectativas de quem avalia. E acresce afirmar-se que os serviços prestados no Hospital Pediátrico de Coimbra são de qualidade reconhecida, assim como as condições de trabalho para os prestadores de cuidados. Deste modo, é de esperar um maior nível de expectativas e de exigências por parte não só dos utentes como também dos prestadores de cuidados. Qualquer extrapolação destes resultados para outras instituições de cuidados de saúde, a fazer-se, terá de ser com extremas cautelas.

Tendo isto em conta, podemos dizer que, dos quatro grandes grupos de factores do descontentamento (aspectos estruturais, relações humanas, incentivos e progressão na carreira) e no ambiente em que a medição foi efectuada, apenas as relações humanas são classificadas positivamente pelos profissionais de enfermagem. Os restantes três grupos de factores, de índole estrutural ou mais associadas ao sistemas existentes de saúde e de remuneração, foram classificados negativamente.

Como é costume, as análises estatísticas realizadas e apresentadas são sempre parte do que é possível realizar-se e, portanto, não estão isentas de erros de interpretação. Este estudo não fugirá certamente à regra. No entanto, talvez não seja incorrecto afirmar-se que a imagem que os profissionais de enfermagem fizeram (ou fazem) do HP é positiva, no meio de um sistema com matizes bem negativas.

### Agradecimentos

O autor agradece ao Conselho Directivo do Hospital Pediátrico de Coimbra, nomeadamente à Dr.<sup>a</sup> Paula Sousa, a oportunidade de realização deste estudo e à Dr.<sup>a</sup> Beatriz Brinca pelo apoio logístico que foi prestado.

### Correspondência: Pedro Ferreira

Faculdade de Economia  
Av. Dias da Silva, 165  
3000 Coimbra

*saúde  
infantil*

1996; 18: 31-40

# A Ciência Médica há 100 Anos



(do livro de bolso de um médico recém-licenciado em Coimbra)

-----

amygdalite

Acido salicylico	— — —	8	gr.
Bicarbonato de soda		5	"
Glycerina	— — — — —	30	"
Hydrat. d'herbela pim.	— —	90	"

1 colher de 3 em 3 horas.

# ANTIBIÓTICOS EM PEDIATRIA

## A perspectiva dos responsáveis pelas crianças

Filipe P. Torres<sup>1</sup>, Jacinto Torres<sup>1</sup>, Serafina Freitas<sup>1</sup>,  
Ana Quintela<sup>2</sup>, Flávio Laranjeira<sup>3</sup>

### RESUMO

Os antibióticos são, além dos antipiréticos, a principal prescrição médica na área da Pediatria, banalizando-se de tal forma a nível do público, que encontramos no dia-a-dia uma enorme falta de respeito por esta poderosa arma terapêutica.

Isto pode traduzir-se por incumprimento do esquema posológico proposto, tanto em termos de duração do tratamento como de ritmo de horário ou ainda por iniciativas de automedicação.

Neste estudo foi feito um questionário, por entrevista directa, a 100 pessoas, responsáveis por crianças, para avaliar o nível de conhecimentos sobre antibióticos bem como sobre a fidelidade ao esquema posológico recomendado.

Os autores tecem algumas considerações sobre os resultados obtidos alertando, finalmente, para a necessidade de um maior rigor informativo e formativo, quer junto da população quer junto do pessoal de Saúde, sobre o uso de antibióticos.

**Palavras-chave:** antibióticos, criança.

### SUMMARY

Antibiotics are, with antipyretics, the main prescription in the area of Paediatrics. We face nowadays a situation of absolute misuse of these powerful drugs.

One could mention two basic reasons for this situation: the wrong practice of the proposed medical posology, either in terms of length of the medication or abuse of the prescribed daily dose, and/or due to self-prescription.

This study is based on a questionnaire made to one hundred people in charge of children, in order to verify their knowledge on the use of antibiotics and corresponding prescribed doses.

The authors make some reflections on the data gathered through the questionnaire, alerting about the need to establish a program of information about the use of antibiotics both for medical personnel and for the general public.

**Key-words:** antibiotics, children.

---

<sup>1</sup> Interno Complementar de Pediatria <sup>2</sup> Assistente de Saúde Pública <sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduado  
Centro Hospitalar de Vila Nona de Gaia — Unidade II

## Introdução

O presente trabalho, realizado no C.H. de Gaia, incide sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos, respeitantes a antibioterapia, por parte dos responsáveis por crianças.

As doenças infecto-contagiosas de etiologia bacteriana constituíram a primeira causa de morte até ao advento dos antibióticos (1, 2, 3, 4) sendo estes ainda o meio mais importante que o Homem possui no combate às referidas doenças (5).

Assiste-se, frequentemente, ao uso inconsiderado e desmesurado destes fármacos, temendo-se por isso que esta poderosa arma veja a sua eficácia cada vez mais diminuída, com o aparecimento de resistências, que obriga a uma investigação altamente dispendiosa, tendo em vista a criação de novos fármacos, antibióticos ou outros, com igual ou maior eficácia que certamente levará ao encarecimento dos tratamentos, assim como ao potencial aumento da sua toxicidade (6, 7, 8, 9).

Este facto assume particular importância na área da Pediatria, quando a preocupação do médico, coadjuvada pela ansiedade dos pais, é a de resolver rapidamente um quadro suspeito de infecção (10, 11, 12).

O presente trabalho tem como objectivo identificar alguns dos factores que podem contribuir para a falência dos esquemas posológicos propostos.

É, pois, da máxima importância conhecer o que os responsáveis pelas crianças sabem sobre antibióticos e antibioterapia, de forma a informá-los e corrigi-los, quando necessário, insistindo-se na sua correcta utilização e alertá-los para os perigos que, quer a nível individual quer a nível da sociedade, poderão resultar de uma inadequada utilização.

## Métodos

1. Dimensão estudada: foram incluídos responsáveis por crianças (pais, tios, avós ou outros) que recorreram aos serviços de urgência, consulta e internamento do Serviço de Pediatria do C.H. de Gaia, na primeira semana de 1994.
2. Unidade de estudo: responsável pela criança.
3. Identificação e amostra dos casos: base institucional e recolha de depoimentos aos responsáveis por crianças que acorreram ao C.H. de Gaia num total de 100.
4. Fonte de dados: inquérito efectuado por entrevista directa, cujas variáveis foram apontadas no mesmo, tendo sido previamente testado em 5 responsáveis por crianças (Quadro 1).
5. Conceitos utilizados:
  - 5.1. Nível de instrução (analfabeto; pelo menos com frequência no ensino primário-ciclo; pelo menos com frequência no ensino secundário; pelo menos com frequência no ensino superior);
  - 5.2. Classe sócio-económica (Avaliação do General Register Office of England and Walles) (Quadro 2);

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

5.3. Atributo de responsável por criança (pessoa que recorre ao médico e assume o tratamento da criança).

QUESTIONÁRIO

- 
- Idade da criança: < 1 ano ; 1-3 anos  3-6 anos ; 6-10 anos
  - Sexo: masc. ; fem.
  - Quem cuida da criança: pais ; avós ; tios ; ama ; infantário ; outros
  - Idade do responsável pela criança: < 20 anos ; 20-40 anos ; 40-50 anos ; 50-60 anos ; >60 anos
  - Instrução do responsável pela criança: analfabeto ; prim./ciclo ; secundário ; superior
  - Profissão do responsável: \_\_\_\_\_
  - Para que servem os antibióticos? febre ; tosse ; infecção ; gripe ; diarreia ; bronquite ; outros ; desconhece/ não responde
  - A sua criança já alguma vez tomou antibióticos? sim ; não ; não sabe/não responde
  - Quantas vezes por ano: 1 ; 2-3 ; >3 ; não sabe/ não responde
  - Com prescrição médica? sim ; não ; frequentemente ; raramente ; não sabe/ não responde
  - Cumpre o esquema posológico indicado pelo médico? sim ; não ; frequentemente ; raramente ; não sabe/ não responde
  - Durante quantos dias faz o antibiótico? 1-4 dias ; 5-7 dias ; > 7 dias ; não sabe/ não responde
  - Quando suspende o antibiótico? no fim do tempo aconselhado pelo médico ; quando a criança se sente melhor ; quando acaba a embalagem ; quando lhe apetece ; porque não melhora ; efeitos laterais ; outros ; não sabe/ não responde
  - Os antibióticos são perigosos? sim ; não ; por vezes ; frequentemente ; raramente ; não sabe/ não responde
  - Quais os perigos? vómitos ; diarreia ; intoxicação ; alergias ; febre ; dor abdominal ; outros ; não sabe/ não responde
- 

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

Quadro 1

Os dados foram tratados manualmente, tendo sido previamente lançados numa matriz. Às várias hipóteses de estudo foi aplicado o teste estatístico de Qui-quadrado, aceitando-se um erro = 5%. Foram feitas múltiplas associações entre as diversas variáveis presentes no inquérito.

---

**Classificação do General Register Office of England and Wales**

---

- Nível 1 — Prof. liberais; dirig. administrativos; patentes superiores das Forças Armadas.
  - Nível 2 — Chefes de secção; gerentes; peritos; técnicos; comerciantes; funcionários responsáveis.
  - Nível 3 — Prof. auxiliares qualificados ou especializados ( enf. aux. técnicos; emp. comércio e escritório; encarregados).
  - Nível 4 — Oper. semi-especializados; motoristas; cozinheiros; pessoal subalterno das Forças Armadas e Segurança.
  - Nível 5 — Oper. e outros trabalhadores não especializados; trabalhadores rurais e outros trabalhadores manuais; pessoal serventuário.
- 

**Quadro 2**

## **Hipóteses de estudo**

H1 — O nível de instrução do responsável pela criança está associada a:

- Conhecimento dos efeitos laterais dos antibióticos;
- Cumprimento da posologia proposta;
- Cumprimento do tempo mínimo eficaz de toma de antibiótico;
- Atitude face à suspensão do antibiótico;
- Conhecimento das indicações dos antibióticos.

H2 — A classe sócio-económica do responsável pela criança está associada a:

- Conhecimento dos efeitos laterais dos antibióticos;
- Cumprimento da posologia proposta;
- Cumprimento do tempo mínimo eficaz de toma de antibiótico;
- Atitude face à suspensão do antibiótico;
- Conhecimento das indicações dos antibióticos.

H3 — A idade de quem cuida da criança está associada a:

- Conhecimento dos efeitos laterais dos antibióticos;
- Cumprimento da posologia proposta;
- Cumprimento do tempo mínimo eficaz de toma de antibiótico;
- Atitude face à suspensão do antibiótico;
- Conhecimento das indicações dos antibióticos.

H4 — O cumprimento da posologia proposta depende de quem cuida da criança durante o dia.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

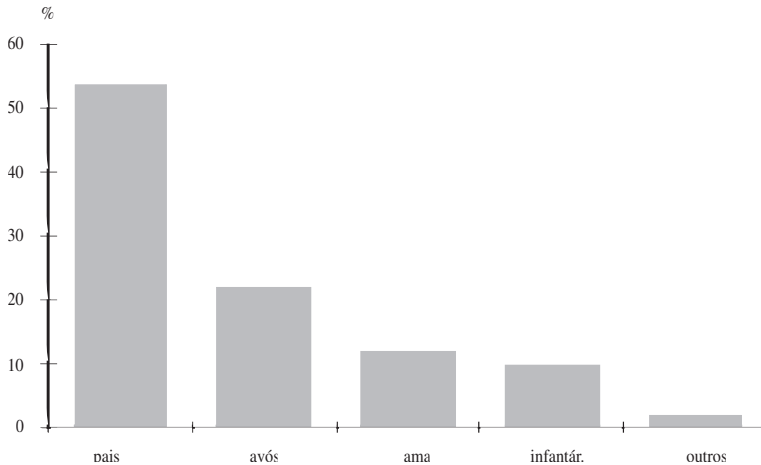
## Resultados

Foram inquiridas 100 pessoas responsáveis por crianças que recorreram ao C.H.Gaia, na primeira semana de 1994. Dos inquiridos apenas seis responderam que as suas crianças nunca tinham tomado antibióticos.

Houve uma distribuição equitativa pelos vários grupos etários.

O sexo masculino foi ligeiramente preponderante (54%).

Em 54% dos casos quem cuida das crianças durante o período diurno são os pais (Fig. 1).



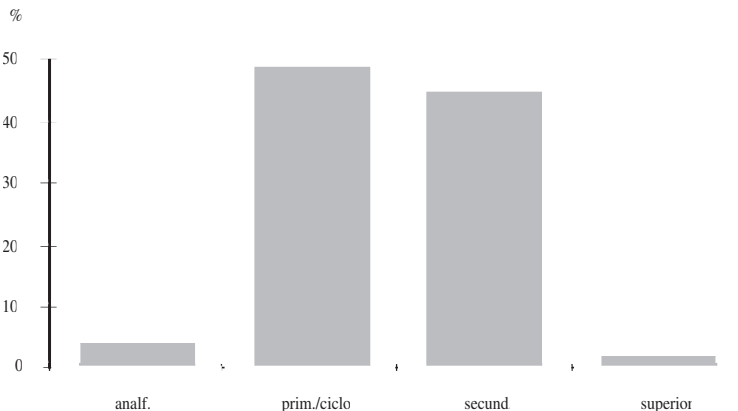
**Fig. 1: Quem cuida da criança**  
Fonte: Questionário

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

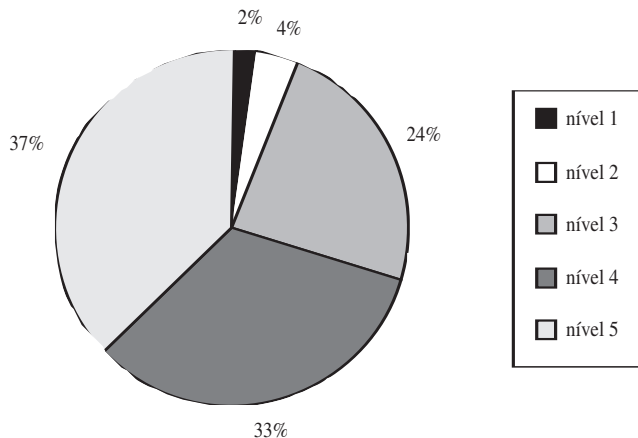
O grupo etário preponderante dos responsáveis por crianças foi o dos 20-40 anos.

A maioria dos responsáveis possui pelo menos a instrução básica e pertence às classes sócio-económicas mais desfavorecidas. (Fig. 2 e 3)



**Fig. 2: Nível de instrução**  
Fonte: Questionário



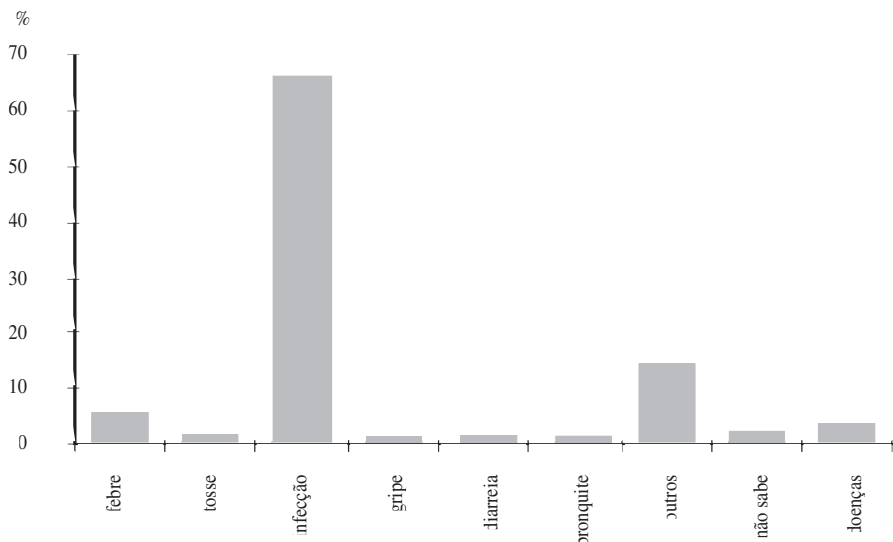


**Fig. 3: Classe sócio-económica**  
**Fonte: Questionário**

Cerca de 33% dos inquiridos não sabe para que servem os antibióticos (Fig. 4).

*saúde infantil*

1996; 18: 41-50

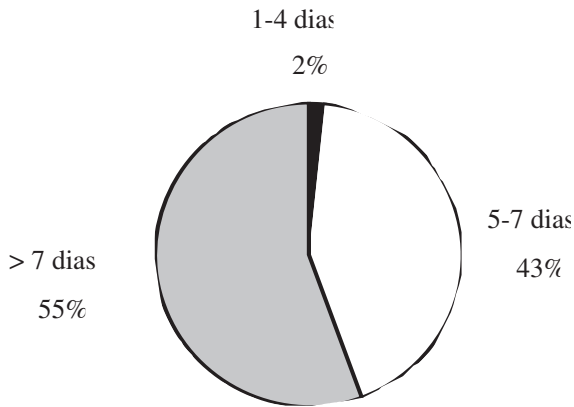


**Fig. 4: Para que servem os antibióticos?**  
**Fonte: Questionário**

Das 94 crianças que tinham tomado antibióticos, 68% fá-lo mais de 2 vezes por ano e 46% mais de três.

Nopventa e sete por cento dos inquiridos respondeu adquirir antibióticos sempre com prescrição médica. O cumprimento do esquema posológico é referido por 87 responsáveis.

Contudo, quando questionados sobre a duração do tratamento, é de realçar que cerca de 44% afirma fazê-lo por um período inferior a 7 dias (Fig. 5).

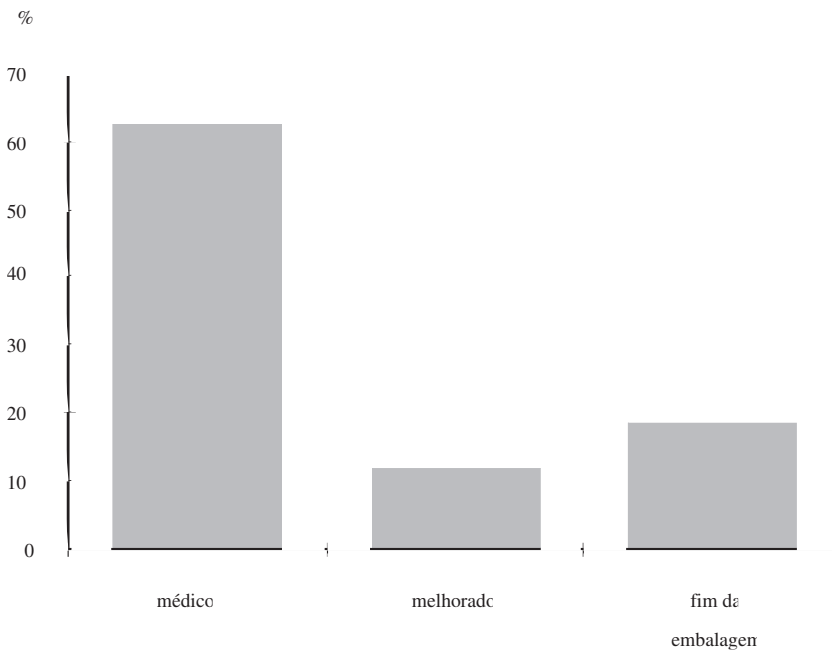


**Fig. 5 — Duração do tratamento**  
Fonte: Questionário

Os critérios de suspensão dos antibióticos não são seguramente os mais correctos em cerca de 30% dos casos (Fig. 6).

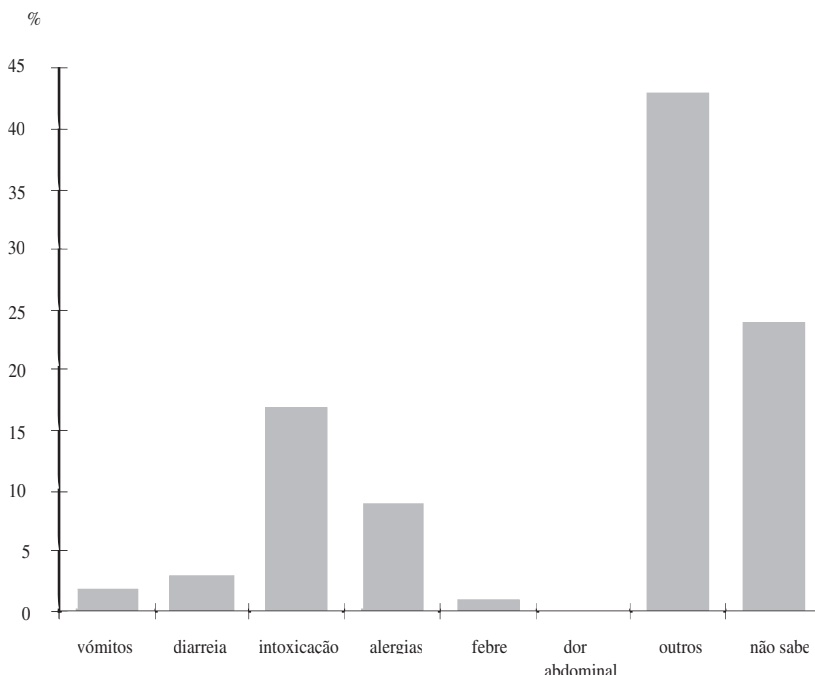
*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50



**Fig. 6 — Critérios de suspensão do antibiótico**  
Fonte: Questionário

24% desconhece os riscos do uso de um antibiótico e, apesar da maioria afirmar que podem ser perigosos, 24% não sabe quais são esses riscos. (Fig. 7)



*saúde infantil*

1996; 18: 41-50

**Fig. 7 — Efeitos laterais**

Fonte: Questionário

Das diversas associações formuladas e para a amostra estudada, apenas se encontrou uma relação de dependência, pelo teste de significância estatístico Qui-quadrado com erro de 5%, entre o grau de instrução e a noção de efeitos laterais de um antibiótico (Quadro 3), sendo que o desconhecimento dos efeitos laterais é superior nos indivíduos com nível de instrução mais baixo.

Instrução	Desconhecem efeitos laterais	Conhecem efeitos laterais	Total
1+2 (analf. + prim./ciclo)	17	31	48
3+4 (secund. + superior)	7	39	46
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>70</b>	<b>94</b>

$X^2=5,54$

$X^2 0,95,1=3,84$

Fonte: Questionário

**Quadro 3: Instrução VS Noção de efeitos laterais de um antibiótico**

Ho — A noção de efeitos laterais de um antibiótico é independente do grau de instrução do responsável pela criança;

H1 — A noção de efeitos laterais de um antibiótico depende do grau de instrução do responsável pela criança.

## Discussão e conclusões

Relativamente a um estudo semelhante realizado no Hospital Distrital de Guimarães (13), observa-se um maior conhecimento das indicações dos antibióticos e uma maior noção dos efeitos laterais destes fármacos, por parte da população incluída no trabalho realizado no Centro Hospitalar de Gaia.

No entanto, dos resultados obtidos conclui-se pela existência de desconhecimento por grande parte da população (33%) das indicações da antibioterapia e dos perigos do desrespeito ao esquema posológico, como se pode observar pela percentagem de tratamentos de curta duração (44%).

Por fim, cerca de 25% desconhece o risco de efeitos laterais, sendo a sua noção, na maior parte dos inquiridos, vaga ou desproporcionada.

Haveria todo o interesse em repetir este estudo, aumentando o tamanho da amostra, uma vez que a do presente trabalho é bastante reduzida relativamente à população que o Hospital de Gaia serve. Não se pode, por isso, fazer extrapolações para a população de Vila Nova de Gaia podendo acontecer que para uma amostra maior se consiga encontrar significados estatísticos diferentes para as nossas hipóteses de estudo.

Os autores recomendam, como de máxima importância, a promoção de acções de educação para a Saúde quer junto à população (ex. escolas, centros de saúde, *mass-media*) quer junto do pessoal de Saúde. Estas acções visariam melhorar o nível de conhecimentos por parte daqueles que cuidam de crianças, alertando para o perigo da auto-medicação, da interrupção precoce do antibiótico ou do não cumprimento do esquema posológico. Torna-se necessário melhorar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados, ou seja, Centros de Saúde e Hospitais, para uma vigilância correcta do doente e alertar a classe médica para uma prescrição mais criteriosa e lembrar da necessidade de informar devidamente a população, aquando de uma prescrição, qual a finalidade e como deve ser utilizado o antibiótico (14,15,16).

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

## BIBLIOGRAFIA

1. Bell Arthur E. Christaen Huygens and the Development of Science in the Seventeenth Century. New York: Longman's Green, 1947.
2. Todd JK. Antimicrobial therapy of pediatric infections. In: Hay, Groothuis, Hayward, Levin, 12 ed. Current Pediatric Diagnosis & Treatment. Norwalk: Lange, 1991: 1012-1020.
3. Pelt JM - A natureza Reencontrada. Lisboa: Gradiva, 1991: 76.
4. Sagan C. - Cosmos. New York: Random House, Inc., 1980: 143-144.
5. Geddes AM. Antibiotic Therapy: a resumé. Lancet 1988; 1: 286-9.
6. Eliopoulo GM. Moellering Jr, RC. Principles of Antibiotic Therapy. Med Clin North Am 1986; 66: 3-15.

7. Gannod LP, Lambert HP, O'Grady F, Waterworth PM. Antibiotic and Chemotherapy. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981.
8. Simon C, Stille W, Wilkinson PJ. Antibiotic Therapy in Clinical Practice. Stuttgart: F.K. Schattner Verlag, 1985.
9. Wilkowske CJ, Hermans PE. General Principles of Antimicrobial Therapy. Mayo Clin Proc 1987; 62: 789-98.
10. Sly M. Reações adversas a drogas. In: Bherman, 14ª ed. (Port.). Nelson-Tratado de Pediatria. São Paulo: Guanabara-Koogan, 1994: 536.
11. Oski F. Principles and practice of Paediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 1990: 365.
12. Roche G. Macrolides. In: Bégné P. ed. - L'Antibiothérapie chez l'Enfant. Paris: Éditions Vigot, 1988: 24-35.
13. Quintela A., Antibióticos - O que sabem sobre eles os que cuidam das crianças; Guimarães, 1992. (Trabalho apresentado em conferência).
14. Dias PG, Valente P. Antibióticos em Pediatria. Lisboa: Instituto Pasteur de Lisboa, 1990: 1-55.
15. Metas da Saúde para Todos, Metas da estratégia regional europeia de saúde para todos, Qualidade dos Serviços, pág. 46, O.M.S. 1985.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 41-50

Correspondência: Dr. Filipe P. Torres  
Serviço de Pediatria  
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Unidade II  
Rua Francisco Sá Carneiro  
4400 Vila Nova de Gaia

# AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE CRIANÇAS ASMATICAS

Beatriz Figueiredo Brinca<sup>1</sup>, Pedro Lopes Ferreira<sup>2</sup>

## RESUMO

O objectivo deste estudo foi a descrição do impacto da asma sob o ponto de vista funcional, emocional e social em crianças admitidas na Consulta Externa de Alergologia do Hospital Pediátrico de Coimbra. Pretendemos também comparar estas avaliações de estado de saúde com as realizadas pelos respectivos pais.

O instrumento de medição de estado de saúde utilizado foi a versão dos Dartmouth Coop Charts for Children já testada e validada em Portugal.

Aos pais das 114 crianças de 0 a 6 anos foi pedido que indicassem os níveis que melhor descreviam o estado de saúde dos seus filhos. Idêntico procedimento foi realizado com as 142 crianças dos 7 aos 12 anos. A estas, os médicos administraram seguidamente o mesmo questionário à criança, no decorrer da consulta, e sem a colaboração dos pais.

Dos resultados encontrados ressalta uma maior predominância de doentes do sexo masculino, na sua maioria, com a asma controlada. Notou-se uma geral adaptação à doença, com mecanismos psicológicos que permitem viver uma vida feliz, apesar do estado de saúde. Finalmente, as crianças avaliam o seu estado de saúde de uma maneira menos radical do que os seus pais.

**Palavras-chave:** resultados em saúde, estado de saúde, qualidade de vida relacionada com a saúde, asma.

## SUMMARY

This study aimed at describing the functional, emotional and social outcomes due to asthma in children visiting the Allergy Outpatient Department of the Coimbra Pediatric Hospital. It was also our purpose to compare these evaluations with those obtained by children's parents.

The health status instrument used was the version of the Dartmouth Coop Charts for Children, already fully tested and validated in Portugal.

---

1 Assessora, Hospital Pediátrico de Coimbra 2 Professor Associado, Faculdade de Economia de Coimbra

The parents of the 114 children between 0 and 6 years old were asked to rate the levels that best described their children's health. Similar process was followed regarding the 142 children aged between 7 and 12 years old. The participants of this latter group were also asked, by the physicians, to give health ratings during the consultation and without the collaboration of the parents.

From the results we evidenced a large incidence of male patients, the majority of them with their asthma controlled, and coping with the disease. Finally, the children evaluated their health status better than their parents.

**Keywords:** health outcomes, health status, health-related quality of life, asthma.

## Introdução

Pretendeu-se elaborar um estudo para a avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida das crianças com asma que acorrem à Consulta Externa do Hospital Pediátrico de Coimbra. O objectivo foi executar um projecto metodologicamente correcto a partir do qual fosse possível, com a certeza que a estatística e as técnicas usadas permitem, extrair conclusões que funcionassem como bons indicadores para iniciativas futuras tendentes a melhorar a qualidade de vida das crianças que frequentam esta consulta e, por outro lado, fornecer ao Serviço de Alergologia uma caracterização minimamente correcta da sua população através da avaliação do estado de saúde feita pelos pais e/ou pelas crianças e da comparação entre as medidas de resultados usadas tradicionalmente pelos clínicos e as medidas mais subjectivas, de avaliação do estado de saúde e qualidade de vida.

Dentro das Medicinas, a consulta de Alergologia é a segunda consulta com maior movimento no Hospital, o que permitiu que este estudo se desenrolasse num espaço de tempo relativamente breve (dois meses e meio), não perturbando assim o regular funcionamento da consulta por um período longo.

No ano em que este estudo foi realizado (1992) houve 2307 consultas desta especialidade, das quais 216 primeiras. As consultas, realizadas pela Coordenadora de Serviço, duas Assistentes Hospitalares Graduadas, um Assistente Hospitalar e internos da especialidade, têm lugar num departamento próximo do bloco principal do Hospital Pediátrico, mas autónomo das restantes consultas externas. As consultas são apoiadas por uma enfermeira, uma técnica de serviço social e uma secretária clínica, e estão organizadas de maneira a permitir que projectos como este se realizem com sucesso. O facto desta consulta só aceitar doentes devidamente triados pelo serviço de Consulta Externa Geral e do número de consultas por dia não ser demasiado elevado contribuem para criar um ambiente adequado à realização de projectos de investigação. Para além disso, os responsáveis pela consulta de Alergologia têm manifestado uma grande preocupação com a manutenção da qualidade por se tratar de uma consulta de Hospital Central, única consulta pediátrica realizada por médicos com formação específica em imunoalergologia pediátrica.

Quanto à escolha da patologia, asma infantil, para este estudo, deve-se à frequência cada vez maior desta doença crónica. Estudos recentes mostram que a incidência da asma infan-

*saúde  
infantil*

1996; 18: 51-64

til está a aumentar (Burney et al., 1990) o que afecta cada vez mais crianças, impedindo-as de levar uma vida normal e perturbando igualmente as suas famílias.

Deste modo, qualquer estudo da asma não pode estar desligado dos impactos sociais e emocionais. Nesta mesma perspectiva, Andrew Nicon (1991) subdividiu em quatro categorias este impacto: ocupação de tempos livres, escola, aspectos práticos do dia a dia e efeitos emocionais. Nas linhas seguintes desenvolveremos um pouco mais cada um destes aspectos.

- **Ocupação dos tempos livres.** Embora alguns estudos sugiram que as crianças asmáticas não têm grandes dificuldades nos seus tempos livres, há crianças que realmente sofrem, podendo ser afectadas em algumas actividades desportivas, no contacto com animais e nas próprias férias. Para ilustrar esta afirmação podemos recorrer a dois estudos. O primeiro, onde 61% dos pais das crianças asmáticas afirmaram que a participação dos seus filhos no desporto era restrita (Donnelly et al., 1987); noutro estudo, 57% das famílias tinham problemas quanto às suas deslocações em tempo de férias, o que, em alguns casos, as impedia completamente (Wasilewsky et al., 1988). Além de perturbar a criança, a asma afecta também os tempos livres de toda a família, incluindo os irmãos, e limita os pais de sair e gozar uma vida própria.
- **Escola.** A asma é a razão principal para as faltas das crianças à escola, o que afecta não só os resultados académicos como pode conduzir a problemas psicológicos pela criança se sentir inferior ou superprotegida. Estes problemas podem também, por outro lado, exacerbar os sintomas da asma (Richards, 1986).
- **Aspectos práticos do dia a dia.** Dependendo dos factores específicos que provocam as crises, as crianças podem ser obrigadas a evitar certo tipo de alimentação, estar a coberto do pó da casa ou de fumo e proteger-se, sempre que possível, de apanhar infecções. Em certos casos, os quartos destas crianças têm que ser austeros, sem tapetes ou brinquedos, retirando à criança um ambiente de conforto e prazer tão útil para o seu crescimento completo. A família é sobrecarregada por trabalho de limpezas, noites mal dormidas, com naturais consequências nos empregos, nas carreiras ou nas idas frequentes ao hospital para consulta, tratamento ou ginástica respiratória.

A asma envolve também custos financeiros, nomeadamente os resultantes de ausências ao trabalho, dos transportes para o hospital, das ajudas domésticas, dos equipamentos de humificação e das roupas especiais de cama. Num estudo realizado nos EUA mostrou-se que, em média, 1,5% do rendimento familiar é gasto neste tipo de custos indirectos (Marion et al, 1985).

- **Efeitos emocionais.** As crianças com asma sentem-se tensas e perdem por vezes o amor próprio porque estão cansadas e deprimidas. Na vida familiar o efeito da asma é significativo, constituindo uma preocupação constante para os pais. No estudo citado por Donnelly, 34% dos pais referem que a asma dos filhos condicionava negativamente a sua relação com estes, influenciando mesmo a relação dentro do casal (Donnelly et al., 1987). Além disso, faz com que se sintam culpados sem justificação, podendo a sua ansiedade levá-los à superprotecção e/ou à incapacidade para exercer a disciplina adequada. As crianças, por

*saúde  
infantil*

1996; 18: 51-64



seu lado, podem reagir à asma procurando chamar a atenção ou evitar actividades desagradáveis, tirando partido da doença e tornando-se exigentes de atenção da família, podendo mesmo chegar ao ponto de, jogarem futebol na escola, mas exigirem uma cadeira de rodas em casa (Rose, 1985). Há casos em que os pais são completamente incapazes de controlar a “tirania” dos filhos. Contudo, nem sempre a asma tem efeitos negativos; muitos pais pensam que a asma tornou a família mais unida com uma maior partilha de tarefas.

A asma é, portanto, uma doença extremamente interessante de ser estudada numa perspectiva não só clínica mas englobando também aspectos sociais dos resultados e impacto da doença. Para uma melhor compreensão do “peso” desta doença há que proceder a medições do seu impacto no hospital, em casa, na escola e no emprego. E isto tudo, apesar do tratamento para a asma ter melhorado consideravelmente nos últimos 30 anos.

Assim, é inegável a importância de um estudo que ligue os dados clínicos de diagnóstico e classificação da asma, o tratamento prescrito e o impacto no estado físico e emocional do doente e no seu desempenho social e profissional.

## Métodos

Este estudo teve como objectivos (1) descrever o impacto que a asma tem nas crianças, sob o ponto de vista funcional, emocional e social; e (2) comparar as avaliações feitas pelos doentes e pelos pais.

O uso de questionários em crianças asmáticas é considerado por certos autores como uma tarefa extremamente difícil (Hyland, 1991). Sendo assim, temos de utilizar observadores privilegiados a quem administramos os questionários. Foi por essa razão que foram escolhidos os pais e os médicos como fontes de informação alternativas ou complementares relativas ao bem-estar e qualidade de vida das crianças.

Os questionários usados neste estudo foram de dois tipos:

- 1 — Avaliação do estado funcional e qualidade de vida; e
- 2 — Gravidade da asma e tipo de terapêutica prescrita.

O questionário de avaliação do estado funcional e qualidade de vida das crianças foi traduzido e culturalmente adaptado a partir dos Children COOP Charts (The Dartmouth COOP Project, 1992) desenvolvidos pela Faculdade de Medicina de Dartmouth em Hanover, NH, EUA, já apresentados em número anterior da Saúde Infantil (Ferreira, 1992). São compostos por questões referentes a aspectos relacionados com a percepção que as crianças têm da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida. O quadro 1 apresenta estes aspectos.

Baseados na multidimensionalidade do conceito de saúde, foram avaliadas várias áreas indicadoras do estado de saúde das crianças, numa tentativa de responder aos objectivos atrás expostos. O desenho do estudo foi diferente conforme a idade das crianças. Assim, sempre que as crianças eram de idade inferior a 7 anos, pela impossibilidade de lerem e interpretarem as perguntas, foi pedido aos pais para nos indicarem os níveis que melhor descreviam o estado de saúde dos filhos. No caso de crianças dos 7 aos 12 anos, foi pedido

Aspectos de saúde	Perguntas
<b>Função</b>	Preparação física Emoções Energia
<b>Escola e Casa</b>	Acerca de ti Como te sentes Coisas que faço todos os dias Relação com os outros
<b>Saúde em geral</b>	Família Dor

Quadro 1 — Aspectos da percepção de saúde medidos pelos COOP Charts para Crianças

aos pais que preenchessem o questionário em nome dos filhos, sem dialogarem com eles e, já no gabinete do médico, o mesmo questionário foi administrado às crianças. A ambos os grupos etários, foram ainda recolhidos pelo médico dados de natureza demográfica e indicadores de nível da gravidade da asma e do tipo de terapêutica prescrita.

A tradução e a adaptação cultural dos COOP Charts Crianças garantem uma equivalência semântica com o instrumento original, através de tradução e retroversão feitas por especialistas de língua materna, respectivamente, portuguesa e inglesa, e também fluentes na outra língua. Este questionário foi inicialmente validado (equivalência de conteúdo) pelos médicos e pela enfermeira do Serviço de Alergologia que analisaram a exequibilidade do questionário e testaram a qualidade da versão portuguesa.

Em relação à equivalência conceptual, aplicando a técnica das componentes principais com rotação varimax, foi identificada uma componente relacionada com as funções física (correr e energia) e emocional, com a dor e com a dificuldade de ir à escola ou brincar todos os dias. O segundo factor subjacente aos dados diz respeito às relações com amigos e com a família, ao gostar de ser como é (ego) e à opinião mais geral de como é que a criança se tem sentido. A Figura 1 apresenta graficamente estes dois factores hipotéticos.

*saúde infantil*

1996; 18: 51-64

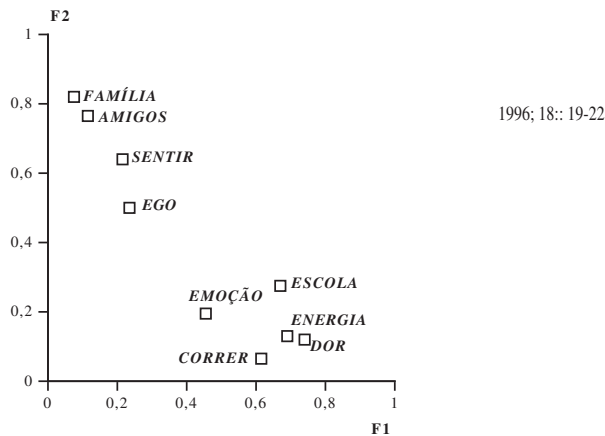


Figura 1 — Dimensões dos COOP Charts Crianças

Se quisermos ampliar esta representação para três factores (possível porque o valor próprio do terceiro factor é 1,00293 estando, portanto no limiar do critério de valores próprios superiores à unidade) verificamos que é precisamente F1 que dá lugar a F3 com a deslocação das dimensões “dor” e “emoções” para este factor. Esta nova estrutura explica cerca de 60% da variância, o que nos dá uma boa garantia da validade deste instrumento de medição aplicado a crianças.

## Procedimentos

No dia 28 de Abril de 1992, realizou-se uma reunião com a Directora do Serviço de Alergologia para expor o projecto e para que este fosse autorizado a decorrer no sector que dirige. A receptividade foi total, mostrando mesmo o interesse que o estudo fosse alargado aos adolescentes que acorrem à consulta, embora em menor número (19% dos doentes têm idade entre os treze e dezoito anos). Obtida a autorização e o empenhamento da responsável procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline e SocioFile cruzando os temas da qualidade de vida e asma infantil.

No dia 5 de Junho efectuou-se uma reunião com o serviço de Alergologia (médicos, enfermeira, técnica do serviço social e secretária clínica) com o objectivo de lhes apresentar o projecto e solicitar a sua colaboração. A enfermeira e a secretária clínica dispuseram-se a preencher os dados administrativos e sócio-demográficos, a entregar os questionários e a recolhê-los no fim da consulta. Os médicos comprometeram-se a colaborar na administração dos questionários, preenchendo os itens clínicos e dispuseram-se a ajudar no preenchimento dos dados relativos ao estado de saúde.

Após a tradução e adaptação cultural para português dos COOP Charts, os médicos consideraram não haver grandes alterações a propor, excepto na pergunta, no original, "How often do you feel badly about yourself?", inicialmente traduzida "Quantas vezes te sentiste mal contigo?" e que, na versão final aparece "Gostas de ser como és?" Obviamente, para manter o sentido das respostas, a escala usada teve de ser adaptada. Estava assim garantida a equivalência de conteúdo entre a versão original e a versão portuguesa.

O estudo decorreu no período entre 17 de Junho e 4 de Setembro de 1992, estando a consulta de Alergologia a funcionar três manhãs por semana. Os questionários começaram a ser distribuídos a todos os utentes com asma que compareceram à consulta. Juntamente, foi distribuída uma carta assinada pela responsável do Serviço, explicando o objectivo do trabalho, pedindo a colaboração no preenchimento e garantindo a confidencialidade das respostas. A receptividade foi total e os respondentes manifestaram-se satisfeitos com o preenchimento dos questionários, não apresentando qualquer resistência a contar os efeitos da asma nas suas vidas. Na sala de espera, os questionários foram também preenchidos pelos pais sem a colaboração da criança, consistindo um motivo de agrado o facto de estarem ocupados enquanto esperavam.

Não surgiram grandes problemas ou dúvidas na administração dos questionários. Ocorreu apenas um caso de não preenchimento, correspondente à situação da avó acompanhante

ser analfabeta e, além disso, não conhecer bem a criança, tendo ido ocasionalmente à consulta. Surgiram também dúvidas no que fazer nos casos de consultas repetidas, por existirem crianças que vão à consulta frequentemente, tendo sido decidido ignorar mais do que uma medição no mesmo utente.

Foram também recolhidos alguns dados demográficos das crianças (data de nascimento, sexo e proveniência), um indicador da gravidade da asma (controlada, ligeira, moderada e grave) e um outro indicador da intensidade da terapêutica prescrita (de 0 a 10). O número do processo foi a variável que permitiu ligar todos os blocos de informação referentes a cada doente.

O indicador de gravidade da asma foi fornecido pelos clínicos da consulta e utiliza uma escala ordinal de quatro pontos aos quais estão atribuídas, respectivamente, as pontuações de 0, 5, 10 e 15 pontos. A interpretação semântica, contudo, é dependente da idade da criança. O quadro 2 apresenta o significado associado a cada uma das âncoras desta escala.

Gravidade da asma	Pts	Idade (anos)	
		0 - 6	7 - 12
Controlada	0	Assintomáticos há 1 mês	Sem crises há um mês
		Actividade N sem asma esforço Sono N sem tosse, sem pieira Exame N	Actividade e sono N b2 inalado esporádico EFR normal
Ligeira	5	Crises fase aguda	Actividade e sono N
		Mensais (8-12 / ano) Respondem bem aos BD Sono N	b2 inalado 1-2 x / semana FEV1 ≥ 85% intercrise
Moderada	10	Crises repetidas (semanais) Prolongadas (dias)	Restrições na actividade Asma de esforço importante
		Sono frequentemente perturbado Fadiga fácil Variável resposta aos BD Frequentes ciclos curtos PDN Frequentes internamentos UICD	Sono frequentemente perturbado b2 inalado diário c/ má resposta FEV1 60-85% intercrise Escolaridade afectada
Grave	15	Sem período intercrítico livre	sintomas em repouso
		Actividade e sono muito afectados Má resposta aos BD Quase sempre internamento UICD Por vezes internamento Enfermaria Pode necessitar UCIFEV1 < 60%	Sb2 não actua Escolaridade muito afectada Se sinais de insufic. resp. crónica

*saúde infantil*  
1996; 18: 51-64

Quadro 2 — Escalas de gravidade da asma

Em relação à aplicação da lista de indicadores clínicos usada na medição da gravidade da asma surgiram dúvidas se se deveriam apenas reportar ao momento da consulta ou a um período anterior. Após discussão, comparação com o instrumento usado para a avaliação do estado de saúde e esclarecimento sobre os objectivos do estudo decidiu-se definir como espaço temporal, o período das últimas quatro semanas.

O indicador da terapêutica prescrita, também discutido pelos clínicos do Serviço é obtido de uma escala com onze pontos. O quadro 3 apresenta o significado de cada ponto desta escala, idêntica para ambos os grupos etários.

Escala	Terapêutica prescrita
0	Sem qualquer terapêutica
1	Broncodilatador oral ou tópico esporádico
2	Várias tomas BD em casa
3	Necessita vir ao S. U. para nebulização
4	Dose única corticóide oral
5	Faz tratamento contínuo profilático não esteróide
6	Faz corticóide tópico inalado
7	Ciclos curtos corticóide oral ou fica UICD
8	b mimético por períodos prolongados
9	Xantínico contínuo
10	Corticóide oral contínuo

Quadro 3 — Escalas de terapêutica prescrita

## Resultados

Foram distribuídos questionários a 256 crianças, das quais 142 tinham idade dos 7 aos 12 anos. 114 pais preencheram os questionários referentes ao estado de saúde das crianças dos 0 a 6 anos. Os dados desta amostra em estudo estão apresentados no quadro 4.

Quanto à proveniência, 30% das crianças eram do concelho de Coimbra, sendo 57% do distrito de Coimbra. Outros distritos tiveram valores muito mais baixos: Leiria (21%), Aveiro (11%), Viseu (4%) e Guarda (2%).

Nas distribuições etárias da figura 2 é evidente uma grande percentagem de crianças dos 3 aos 5 anos, com 13% de crianças com apenas 1 ano de idade.

Apesar da interpretação usada para os vários níveis de gravidade da asma variarem conforme o grupo etário, é possível apresentar a sua distribuição no quadro 5 que se segue. Neste quadro 54% de crianças tinham a asma controlada, 31% com asma ligeira, 14% com asma moderada e 1% com asma grave. De notar também que, felizmente, apenas 2 crianças dos 0 aos 6 anos estavam com um diagnóstico grave e não apareceu nenhuma do outro grupo etário.

Variável	Valor	Idade (anos)		
		0 - 6	7 - 12	0 - 12
n		114	142	256
Sexo	Feminino	46 (40%)	47 (33%)	93 (36%)
Idade	Média	3,8	9,8	
	Desv. padrão	1,6	1,7	
Proveniência	Aveiro (dist.)	9 (8%)	19 (13%)	28 (11%)
	Coimbra (dist.)	65 (57%)	80 (56%)	145 (57%)
	Coimbra (conc.)	35 (31%)	42 (30%)	77 (30%)
	Guarda (dist.)	4 (4%)	2 (1%)	6 (2%)
	Leiria (dist.)	24 (21%)	30 (21%)	54 (21%)
	Viseu (dist.)	6 (5%)	4 (3%)	10 (4%)
	Outros distritos	6 (5%)	7 (6%)	13 (3%)

Quadro 4 — Dados sócio-demográficos da amostra

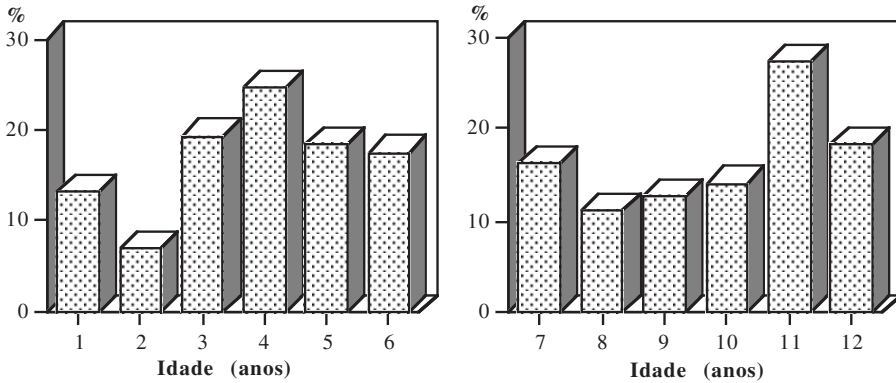


Figura 2

*saúde infantil*

1996; 18: 51-64

Gravidade da asma	Idade (anos)		
	0 - 6	7 - 12	0 - 12
Controlada	60 (53%)	78 (55%)	138 (54%)
Ligeira	36 (31%)	43 (30%)	79 (31%)
Moderada	16 (14%)	21 (15%)	37 (14%)
Grave	2 (2%)	0 (0%)	2 (1%)

Quadro 5: Distribuição da gravidade da asma

Na escala da terapêutica prescrita (quadro 6), um grande número de crianças (30%) mantém-se nos níveis menos desfavoráveis, estando, em ambos os grupos etários, 23% e 16%, respectivamente, sem terapêutica alguma. O segundo grupo etário apresenta crianças com uma terapêutica mais intensiva (44% entre 7 e 12 anos para 29% até aos 6 anos).

Terapêutica prescrita	Idade (anos)		
	0 - 6	7 - 12	0 - 12
0	26 (23%)	23 (16%)	49 (19%)
1	25 (22%)	30 (21%)	55 (21%)
2	1 (1%)	6 (4%)	7 (3%)
3	8 (7%)	4 (3%)	12 (5%)
4	2 (2%)	2 (1%)	4 (1%)
5	19 (17%)	15 (11%)	34 (13%)
6	11 (10%)	34 (24%)	45 (18%)
7	4 (3%)	1 (1%)	5 (2%)
8	10 (9%)	12 (8%)	22 (9%)
9	4 (3%)	11 (8%)	15 (6%)
10	4 (3%)	4 (3%)	8 (3%)

Quadro 6: Distribuição da terapêutica prescrita

Como atrás se disse, foi pedido aos pais das crianças que nos informassem sobre o estado de saúde dos seus filhos. Os resultados estão apresentados no quadro 7.

Em relação às crianças dos 0 aos 6 anos, 82% dos pais acham que as crianças conseguem correr depressa ou muito depressa, 90% acham que os filhos pouca ou algumas vezes se sentiram aborrecidos ou tristes, 60% acham que os seus filhos algumas vezes se sentiram mais cansados que os outros e, praticamente, todos os pais acham que os filhos gostam de ser como são. Nas perguntas relacionadas com a escola e a casa, 66% dos pais pensam que não custa nada aos filhos ir para a escola e quase 100% afirmam que os filhos se dão bem com os colegas. Nesta amostra de crianças dos 0 aos 6 anos, parece, pelo menos segundo a percepção dos pais, não haver problemas com a família. 42% dos pais acham que as crianças têm passado bem, contradizendo os 10% que acham que não. Para os pais, também a dor é percebida como um problema: 90% dos pais pensam que os seus filhos têm dores algumas ou muitas vezes.

Quando analisamos as respostas dos pais das crianças dos 7 aos 12 anos, poucas ou nenhuma diferença encontramos em relação aos resultados anteriores. Mas, como vimos atrás, em relação às crianças deste grupo etário, o questionário da avaliação do estado de saúde

Dimensão de saúde	Escala	Idade (anos)		
		0 - 6	7 - 12	
Preparação física (correr)	Muito depressa	9 (12%)	21 (15%)	
	Depressa	79 (70%)	90 (64%)	
	Devagar	19 (17%)	27 (19%)	
	Muito devagar	0 (1%)	2 (1%)	
	Não consigo	1 (5%)	2 (1%)	
Emoções (triste, infeliz, aborrecido, zangado)	Nunca	9 (8%)	8 (5%)	
	Poucas vezes	52 (46%)	42 (30%)	
	Algumas vezes	48 (42%)	84 (60%)	
	A maior parte das vezes	5 (4%)	7 (5%)	
	Sempre	0 (0%)	0 (0%)	
Energia (cansaço)	Nunca	28 (24%)	6 (4%)	
	Algumas vezes	68 (60%)	98 (69%)	
	Bastantes vezes	10 (9%)	28 (20%)	
	Muitas vezes	5 (4%)	8 (6%)	
	Sempre	3 (3%)	2 (1%)	
	Coisas que faço todos os dias	Não custa nada	74 (66%)	81 (57%)
		Custa só um bocadinho	24 (21%)	45 (32%)
		Custa um bocado	13 (12%)	13 (9%)
		Custa	1 (1%)	2 (1%)
		Custa muito	0 (0%)	1 (1%)
Relações com amigos e colegas	Optimamente	33 (30%)	47 (33%)	
	Muito bem	42 (38%)	51 (36%)	
	Bem	33 (30%)	40 (28%)	
	Nada bem	2 (2%)	3 (2%)	
	Muito mal	0 (0%)	1 (1%)	
Relações com a família	Optimamente	52 (46%)	67 (47%)	
	Muito bem	42 (38%)	50 (35%)	
	Bem	17 (15%)	25 (18%)	
	Nada bem	1 (1%)	0 (0%)	
	Muito mal	0 (0%)	0 (0%)	
Gostas como és?	Sempre	64 (61%)	71 (51%)	
	A maior parte das vezes	25 (24%)	50 (36%)	
	Bastantes vezes	10 (9%)	6 (4%)	
	Algumas vezes	6 (6%)	11 (8%)	
	Nunca	0 (0%)	2 (1%)	
Como te sentes	Optimamente	20 (18%)	20 (14%)	
	Muito bem	33 (30%)	55 (39%)	
	Bem	46 (42%)	59 (42%)	
	Nada bem	11 (10%)	6 (5%)	
	Muito mal	0 (0%)	0 (0%)	
Dor	Nunca	12 (11%)	6 (4%)	
	Poucas vezes	59 (54%)	58 (42%)	
	Algumas vezes	31 (28%)	70 (50%)	
	Muitas vezes	8 (7%)	6 (4%)	
	Sempre	0 (0%)	0 (0%)	

*saúde infantil*

1996; 18: 51-64

Quadro 7: Distribuição das percentagens das várias percepções de saúde dos filhos



foi preenchido duas vezes: uma pelos pais na sala de espera sem a colaboração dos filhos e outra pelo médico na consulta depois de obter as respostas das crianças, desta vez sem a colaboração dos pais.

Conforme se pode ver na figura 3, excepto nos indicadores *Família* e *Acerca de Ti*, onde os pais consideraram ligeiramente menos grave do que os seus filhos o efeito da asma, em todos os restantes se demonstrou o inverso, especialmente no que respeita às *emoções* e *energia*.

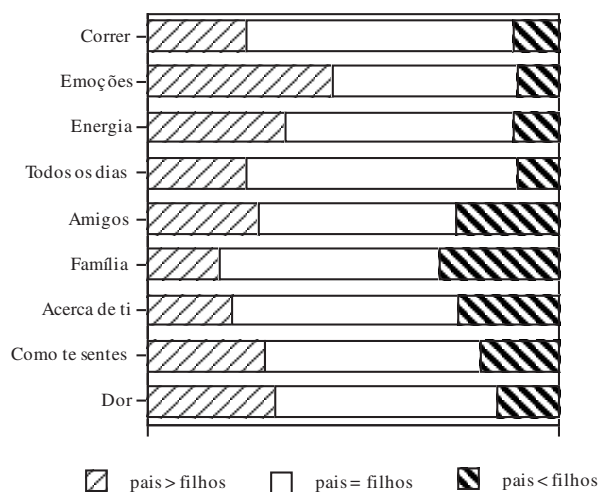


Figura 3: Percepção do peso da asma da criança

O número de pais que avaliam mais drasticamente a situação do que o seus filhos é cerca de cinco vezes maior do que o número dos que a avaliam menos drasticamente. Este número desce para duas e três vezes nos indicadores *Energia*, *Todos os dias*, *Correr* e *Dor*.

## Discussão e conclusão

Uma das características deste projecto é o enquadramento conceptual alargado de saúde, sua preocupação em obter a perspectiva do doente em relação ao seu próprio estado de saúde e o uso de um sistema de recolha de dados relativamente breve mas eficiente. Porque se pretendia apenas descrever o impacto que a asma tem nas crianças diagnosticadas como asmáticas e comparar as suas avaliações com as dos pais, não recorremos a nenhuma população de controlo normal. Esperamos, em fase subsequente deste projecto, melhorar o poder interpretativo dos nossos resultados, comparando-os com os de crianças não asmáticas.

Algumas conclusões se podem tirar dos resultados desta amostra em estudo:

- 1 — Dos dados recolhidos notou-se uma predominância de doentes do sexo masculino em todos os grupos etários estudados, mais de metade dos doentes provinham do distrito

saúde infantil

1996; 18: 51-64

de Coimbra e cerca de um terço do concelho de Coimbra. A atracção geográfica dos doentes à Consulta Externa de Alergologia mantém-se em todos os grupos etários. Estes resultados estão de acordo com os dados estatísticos da Consulta Externa do Hospital Pediátrico.

- 2 — Na classificação da gravidade da asma, houve um grande equilíbrio, com mais de metade de doentes com asmas controladas. Apesar da distribuição da gravidade da asma não ter sido dependente da idade das crianças, a terapêutica prescrita apresenta algumas diferenças. A percentagem é de 23% no grupo de crianças mais pequenas e de 16% no grupo das crianças dos 7 aos 12. A terapêutica prescrita parece ser mais pesada à medida que a idade aumenta (25% nas crianças mais novas e 41% nas crianças dos 7 aos 12).
- 3 — De acordo com outros estudos já realizados (Kobasa et al., 1982; Ormel, 1983) foram identificadas combinações de atitudes e características de personalidade capazes de ajudar os asmáticos a suportar melhor a doença crónica. Assim, estes doentes parecem ter uma personalidade que lhes permite minimizar os aspectos negativos da vida, nomeadamente os sintomas e restrições associadas à doença.

Os resultados deste estudo parecem apontar na mesma direcção. De facto, embora não possamos ignorar a intensidade terapêutica e o controlo conseguido para a asma, analisando as respostas, notamos uma geral adaptação à doença e a eventual existência de mecanismos psicológicos que lhes permitem viver uma vida feliz apesar disso.

A título de exemplo, 82% dos pais das crianças dos 0 aos 6 anos afirmaram que os seus filhos tinham sido capazes de correr depressa ou muito depressa e 84% disseram-nos que, no mês anterior ao da recolha de dados, poucas vezes ou nenhuma vez se sentiram cansados.

- 4 — Foi interessante encontrar-se na amostra dos 0 aos 6 anos cerca de 13% de crianças com apenas um ano de vida. Este resultado ainda é mais importante se considerarmos que estas crianças, por frequentarem a consulta e terem entrado no estudo, já tinham tido, pelo menos, duas crises no seu primeiro ano de vida. Também aqui se nota um reflexo da organização das consultas externas e uma detecção cada vez mais precoce da asma, permitindo uma melhor prevenção e tratamento.
- 5 — Por fim, em relação à avaliação do estado de saúde das crianças, notou-se uma disparidade entre as respostas dos pais e das crianças. Geralmente, estas avaliaram o seu próprio estado de saúde de uma maneira menos radical dos que os seus pais.

Todas estas conclusões, apesar de estarem de acordo com a bibliografia existente nesta área, pecam pela falta de uma mais detalhada análise dos mecanismos de adaptação à doença. Após apresentação destes resultados aos diversos intervenientes deste projecto (médicos, enfermeira e secretárias clínicas) e da subsequente discussão, propôs-se a continuação deste projecto de modo a que, de uma forma sistemática, se possa obter uma estrutura de recolha de dados relativos à percepção e avaliação do estado de saúde de doentes

*saúde  
infantil*

1996; 18: 51-64

com asma. Só assim seremos capazes de detectar situações de variabilidade, correlacioná-las com o impacto que esta doença crónica tem nas actividades normais da criança no seio da família, na escola, ou entre amigos e colegas.

Agradecemos a adesão dos doentes, assim como o entusiasmo e a colaboração do Serviço de Alergologia do Hospital Pediátrico, em especial da sua responsável, sem os quais não poderíamos ter levado a cabo este projecto.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Burney PGJ, Chinn S, Rona RJ. Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the national study of health and growth 1973-86. *British Medical Journal* 1990; 300: 1306-1310.
2. Dartmouth COOP Project. Interactive Newsletter: Annual Meeting Edition. April 1992.
3. Donnelly JE, Donnelly WJ, Thong YH. Parental perceptions and attitudes towards asthma and its treatment: A controlled study. *Social Science and Medicine* 1987; 24: 431-437.
4. Ferreira PL. A medição do estado de saúde de crianças. *Saúde Infantil* 1992; 14 (2): 157-163.
5. Hyland ME. Panel discussion 1. *Respiratory Medicine* 1991; 85 (Supl B): 33-37.
6. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 42: 168-177.
7. Marion RJ, Creer TL, Reynolds RCV. Direct and indirect costs associated with the management of childhood asthma. *Annals of Allergy* 1985; 54: 31-34.
8. Miller BD, Wood BL. Childhood asthma in interaction with family, school, and peer systems: A developmental model for primary care. *Journal of Asthma* 1991; 28 (6): 405-414.
9. Nocon A. Social and emocional impact of childhood asthma. (Editorial). *Archives Diseases of Children* 1991; 66 (4): 458-460.
10. Ormel J. Neuroticism and well-being inventories: Measuring traits of states? *Psychological Medicine* 1983: 165-176.
11. Richards W. Allergy, asthma, and school problems. *Journal of School Health* 1986; 56: 151-152.
12. Rose V. The challenge of asthma. *Midwife, Health Visitor and Community Nurse* 1985; 21: 94-96.
13. Wasilewski Y, Clark N, Evans D. et al. The effect of parental social support on maternal disruption caused by childhood asthma. *Journal of Community Health* 1988; 13: 33-42.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 51-64

# TUBERCULOSE — QUE PREVENÇÃO?

Tereza Oliva<sup>1</sup>, Maria Manuel Flores<sup>2</sup>, António Marques<sup>3</sup>,  
Margarida Guedes<sup>4</sup>, Tojal Monteiro<sup>5</sup>

## RESUMO

Portugal mantém-se no grupo dos países considerados com alta prevalência para a tuberculose. Para este panorama poderão contribuir a discutível eficácia da prevenção primária (BCG) e seu controlo (provas tuberculínicas), a não detecção dos casos de tuberculose-infecção e o rastreio deficiente dos conviventes de cada caso índice. Para verificar se estas hipóteses se confirmam entre nós, os autores fizeram uma revisão dos casos internados no Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António entre 1986 e 1994, analisando, entre outros parâmetros, a vacinação com o BCG e seu controlo posterior, a fonte de contágio, as formas anátomo-clínicas e a evolução.

Foram revistos 38 casos. A vacinação pelo BCG foi efectuada em 53% das crianças. Destas 60% não tiveram controlos tuberculínicos. Nos 20 casos em que se verificou haver um convivente com tuberculose, em 18 já havia prévio conhecimento da tuberculose.

Os dados obtidos confirmam as hipóteses formuladas e os autores recomendam provas tuberculínicas antes dos seis anos.

**Palavras-chave:** tuberculose, BCG, prova tuberculínica, rastreio familiar.

## SUMMARY

Portugal still has a high prevalence of tuberculosis. The controversial efficacy of the primary prevention (BCG) and its control (tuberculin skin test), the non-detection of tuberculosis infection cases and a deficient tracing of each case's contacts, might contribute for this scenario.

In order to confirm these hypothesis, the authors reviewed a number of cases admitted in the Paediatric Service of the Hospital Geral de Santo António from 1986 to 1994 analysing, among other parameters, the vaccination with BCG and its subsequent control, the sources of infections, the anatomic-clinic forms and its evolution.

Thirty-eight cases of tuberculosis were reviewed. Fifty-three percent of these children were vaccinated with BCG and sixty percent had no tuberculin controls.

<sup>1</sup> Interna Complementar de Pediatria <sup>2</sup> Assistente Hospitalar Eventual de Pediatria <sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria <sup>4</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria <sup>5</sup> Chefe de Serviço de Pediatria  
Hospital Geral de Santo António

In 20 cases a relative with tuberculosis was confirmed and in eighteen of these the diagnosis of the disease in a relative was made before that of the child.

The results recommend the implement of a tuberculin test before the age of six.

**Keywords:** tuberculosis, BCG, tuberculin test, tracing of the family.

## Introdução

A tuberculose continua a ser um importante problema de Saúde Pública no nosso país. Segundo dados oficiais referentes a 1991, fornecidos pelos Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias — STDR, Portugal mantém-se no grupo dos países considerados de alta prevalência (1,2).

Verifica-se que a incidência de tuberculose é mais elevada no grupo etário dos 15 aos 35 anos, sendo a maioria casos de tuberculose secundária, implicando uma infecção em idades anteriores, provavelmente não tratada (3).

O facto de em cerca de 90% das crianças que tiveram contacto com o Bacilo de Koch (BK), não existirem sinais clínicos-radiológicos, dificulta a detecção precoce desses contactos (2,4). Nestes casos, o único sinal será a positividade da prova tuberculínica.

A vacinação com o BCG faz parte do nosso Plano Nacional de Vacinação. No entanto, esta medida, só por si, não consegue deter o grave problema da tuberculose infantil, tornando-se imprescindível o controlo com provas tuberculínicas, o rastreio dos contactos e o tratamento precoce dos casos de infecção e doença (5,6).

## Material e métodos

Fez-se a revisão dos processos clínicos dos casos de tuberculose, internados no Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António — Porto, entre 1 de Janeiro de 1986 e 31 de Dezembro de 1994. Avaliaram-se os seguintes parâmetros: distribuição etária, vacinação com o BCG e controlos, fonte de contágio, formas anátomo-clínicas, identificação do BK, tratamento e evolução.

## Resultados

Dos 39 casos encontrados, um foi excluído por se tratar de uma criança com leucemia linfoblástica aguda, em quimioterapia.

A distribuição ao longo dos anos está representada na figura 1 e a distribuição etária na figura 2. Das 38 crianças estudadas, 27 (71%) tinham idade inferior a 5 anos e 8 destas apresentavam formas disseminadas.

A forma mediastino-pulmonar foi a forma predominante, correspondendo a 51% dos casos. Em três destas crianças a apresentação clínica inicial foi eritema nodoso. A segunda forma mais frequente foi a disseminada (24%), sendo 6 casos de meningite e três miliar (figura 3).

A vacinação com o BCG tinha sido efectuada em 21 (55%) das crianças, mas destas, apenas 8 (38%) tinham provas tuberculínicas de controlo que estavam positivas (protegidas).

*saúde  
infantil*

1996; 18: 65-70

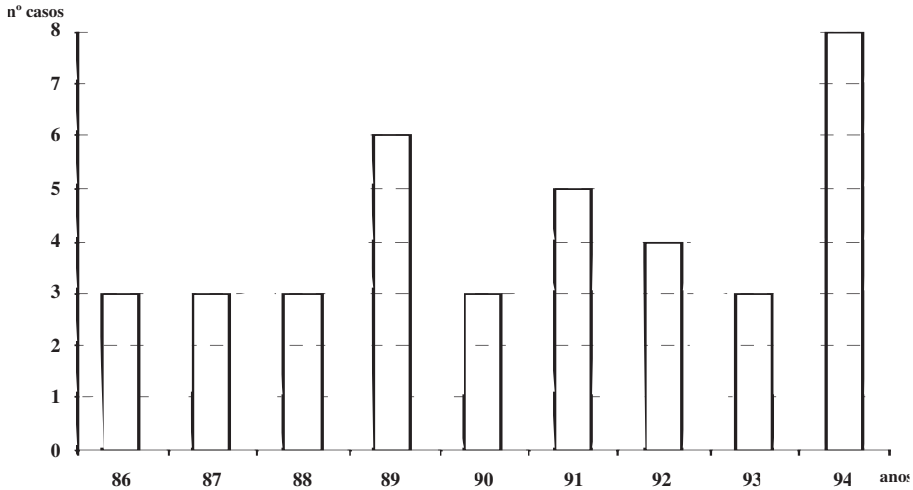


Fig. 1 — Distribuição dos casos/ano

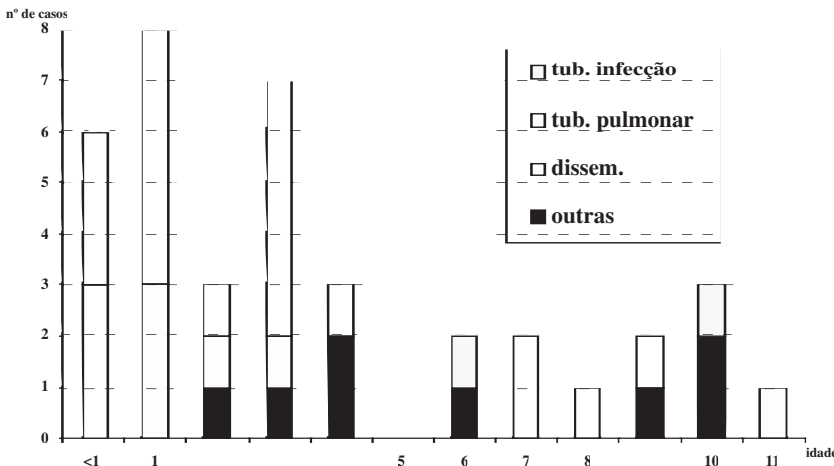


Fig. 2 — Distribuição das formas clínicas por idade.

Trinta e quatro por cento (34%) das crianças não foram vacinadas e em 11% dos casos não foi possível definir a situação vacinal.

No quadro I encontra-se representada a relação das formas anátomo-clínicas com a existência ou não da vacinação prévia com o BCG e provas tuberculínicas. Dos 9 casos de tuberculose disseminada, cinco haviam sido vacinadas, mas não tinham controlos tuberculínicos.

As provas tuberculínicas realizadas no internamento foram positivas em 84% das crianças. As negativas corresponderam às formas clínicas mais graves, 4 casos de meningite e dois de tuberculose miliar.

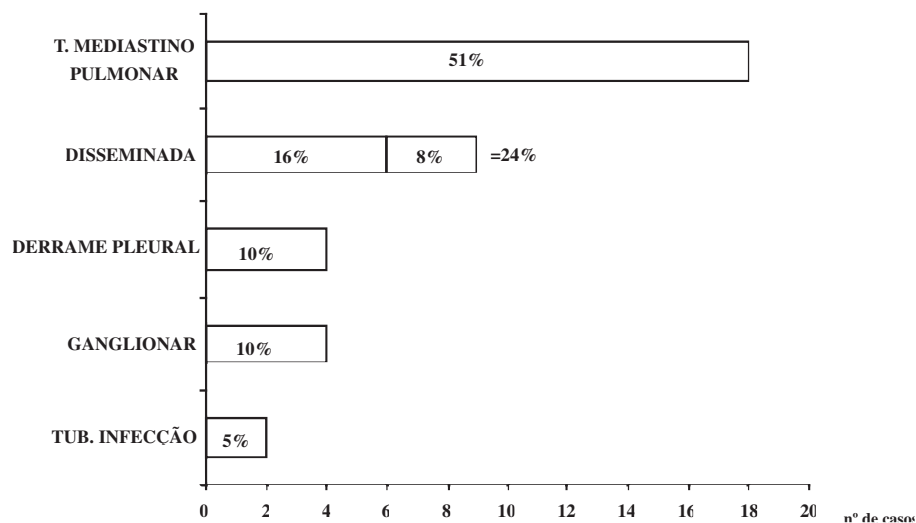
A pesquisa de BK foi efectuada em todos os casos (quadro II) isolando-se em 55%.

Nos 5 casos rastreados não foi encontrada positividade para o vírus da imunodeficiência humana (VIH).

*saúde  
infantil*

1996; 18: 65-70

Conseguiu-se detectar a fonte de contágio em 20 casos (52,6%). Em dezoito, havia um adulto com doença já conhecida antes do diagnóstico na criança, mas em apenas um se tinha iniciado profilaxia. Em 2 casos, a detecção do adulto contagiante deu-se após conhecimento da doença na criança.



*saúde infantil*

1996; 18: 65-70

O tratamento com tuberculostáticos variou ao longo dos anos mas sempre utilizando no mínimo três fármacos, tendo-se recorrido ao uso de corticóides nos derrames pleurais e nas formas disseminadas.

Quanto à evolução, três das 6 crianças com meningite ficaram com sequelas neurológicas graves. Uma das crianças com forma mediastino-pulmonar, teve uma recaída (reinfecção?). Nas restantes a evolução foi para a cura.

	COM B.C.G			SEM BCG	?	TOTAL
	C/CONT	S/CONT	BCG			
T. MEDIASTINO-PULMONAR	5	4	9	9	1	19
T. INFECCÃO	1	1	2	0	0	2
MENINGITE	0	3	3	2	1	6
MILIAR	0	2	2	1	0	3
DERRAME PLEURAL	0	2	2	0	2	4
GANGLIONAR	2	1	3	1	0	4
TOTAL	8	13	21	13	4	38

Quadro I — Relação das formas anátomo-clínicas com o B.C.G.

	Pesquisa	+
Suco gástrico	37	13
Líquor	9	4
Lavado brônquico	7	2
Líquido pleural	4	0
Conteúdo ganglionar	4	2

Quadro II - Pesquisa do BK nos diferentes produtos biológicos.

## Conclusões e comentários

Tal como em outros estudos, verificou-se uma tendência para o aumento do número de casos nos últimos anos (7-9). Este facto poderá também estar relacionado com o concomitante aumento de seropositividade para o VIH (2,4,10), daí a importância do rastreio do VIH sempre que houver um diagnóstico de tuberculose.

Registámos um maior número de casos e gravidade nos primeiros quatro anos de idade, como é referido na literatura (11). Verificou-se também um número importante de formas disseminadas em crianças inoculadas com BCG, o que de resto, é referido em outros estudos (12). No entanto, estas crianças não tinham controlos posteriores com provas tuberculínicas.

Isolou-se o BK em 55% dos casos. Esta percentagem pode ser considerada elevada ao comparar-se com outras revisões (Delacourt 20% (10), Meredith 55% (13), Nemir 22,5% (14) ), talvez devido ao número de formas clínicas graves encontradas — 24% de formas disseminadas. O suco gástrico continua a ser o produto de eleição para detecção do BK (11). Nesta revisão a positividade no suco gástrico foi de 35%. No entanto, a confirmação bacteriológica continua a não ser essencial para o diagnóstico de tuberculose na criança (11).

Realça-se que foi encontrado em 48% dos casos um contacto convivente infectado já conhecido.

Os autores consideram que para a modificação do panorama da tuberculose em Portugal, se deva realizar uma prova tuberculínica suplementar entre o primeiro e o sexto anos de idade, não nos limitando apenas à verificação da cicatriz vacinal, cujo valor é questionável (3) e consideram também ser necessário o rastreio eficaz dos conviventes do caso índice que deverá ser adequadamente controlado. Este papel cabe sobretudo ao médico de família.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 65-70

## BIBLIOGRAFIA

1. Elementos estatísticos. Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. 1991:36-38.
2. Pinto LM, Amaral I, et al. Tuberculose Infantil. Dias P.G. ed. Temas de Infecçiologya Pediátrica, Lisboa: Glaxo Farmacêutica, Lda, 1993: 83-109.
3. Pinto LM, Lopes RD, Amaral I, Guimarães J., Barreto C. Novo programa de vacinação e controlos tuberculínicos-Comentário. *Pediatria* 1993 ; 1:5-7.
4. Jacobs F, Starke JR, Tuberculose in Children. *Medical Clinics of North America* 1993;77:1335-51.
5. Pinto LM. Tuberculose em Pediatria. *Revista Portuguesa de Pediatria* 1992;23:191-194.
6. Comiteon Infectious Diseases (American Academy of Pediatrics): Screening for Tuberculosis in Infants and Children. *Pediatrics* 1994; 93: 131-134.



7. Mota MC, Coelho E., Ramos AM, Fonseca M, Senra V. Tuberculose na criança. Revista Portuguesa de Pediatria 1993; 24:335-337.
8. Matoso J, Mendes MJ, Limbert C, Lorga L. Tuberculose na criança. Casuística de 7 anos. O Petiz 1994; 4:31-36.
9. Águas B, Abrantes M, Azevedo A, Moniz C. Recém-nascido de mãe com tuberculose pulmonar dois casos clínicos. Revista Portuguesa de Pediatria 1994; 25:359-361.
10. Delacourt C, Blic J, Scheinmann P. Tuberculose de l'enfant: pour une vigilance accrue. Arch Pédiatr 1994;1: 779-781.
11. Vallejo JG; Ong LT, Starke JR. Clinical Features, Diagnosis, and Treatment of Tuberculosis in Infants. Pediatrics 1994;94: 1-7.
12. Newton RW. Tuberculous meningitis. Archives of Disease in Childhood 1994; 70: 364-366.
13. Meredith et al. Medical Research Council Cardiothoracic Epidemiology Group. Tuberculosis in Children: a national survey of notifications in England and Wales in 1988. Archives of Disease in Childhood 1994; 70: 497-500.
14. Nemir RL, O Hare D. Tuberculosis in Children 10 Years of age and younger: Three Decades of experience during the chemotherapeutic era. Pediatrics 1991; 88: 236-241.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 65-70

# Caso Clínico



## UM CASO DE POLIDIPSIA<sup>(\*)</sup>

Cristina Marçal Delgado<sup>1</sup>, Helena Fonseca<sup>2</sup>,  
Maria João Mendes<sup>3</sup>, Maria Lourdes Rodrigues<sup>4</sup>

### RESUMO

Apresenta-se um caso de uma criança de 17 meses, sexo feminino, enviada à nossa consulta por polidipsia e poliúria.

O diagnóstico laboratorial em ambulatório revelou-se difícil, o que obrigou a internamento e avaliação laboratorial. Afastada doença orgânica foi assegurado apoio familiar (Consulta Externa de Pediatria, Consulta de Psicologia e Consulta de Adolescentes) que foi eficaz na compreensão e resolução da problemática de base.

**Palavras-chave:** polidipsia primária, alterações comportamentais.

### SUMMARY

The case of a seventeen months girl with polyuria and polydipsia is presented. The laboratory diagnosis at the outpatients clinic has been difficult and the case had to be investigated in the inpatient department. As an organic disease was excluded, we began a family intervention which has been of great value in the attempt to solve the problem.

**Keywords:** primary polydipsia, behavioural changes.

---

\* Comunicação apresentada no IV Congresso Português de Pediatria — Vila da Feira, 29 de Março de 1995.

<sup>1</sup> Interna de Pediatria <sup>2</sup> Assistente Hospitalar <sup>3</sup> Psicóloga Clínica <sup>4</sup> Assistente Graduada  
Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria

## Introdução

A polidipsia primária apresenta-se com um quadro clínico semelhante ao da diabetes insípida, sendo importante fazer o diagnóstico diferencial entre estas duas situações perante uma criança que ingira água compulsivamente, com hipo-osmolaridade plasmática, poliúria, e osmolaridade urinária baixa. A prova de privação de água é normal na polidipsia primária.

A polidipsia pode ser induzida pela mãe, atingindo por vezes uma intensidade tal, que pode originar uma intoxicação hídrica (1). Não há terapêutica específica para a polidipsia primária, sendo o tratamento de eleição a intervenção psicoterapêutica (2).

Consideramos que este caso clínico pode ajudar numa possível intervenção em situações semelhantes.

## Caso Clínico

A.C.S.L., sexo feminino, 17 meses de idade, sem antecedentes pessoais e familiares dignos de realce, enviada à consulta de Pediatria Geral pelo médico de família, por polidipsia.

A Alexandra pertence a uma família nuclear, constituída pelos pais e uma irmã de 13 anos, com um índice de Graffard IV. Não frequenta o infantário, ficando em casa com a mãe de 31 anos, que estudou até ao 9º ano e é costureira no domicílio. O pai possui a 4ª classe e é motorista.

Aparentemente saudável até cerca de 3 meses antes da primeira consulta, altura em que a mãe nota uma ingestão exagerada e inusual de água e alterações do comportamento, que se caracterizaram por períodos de grande excitabilidade, descrevendo-a a mãe como uma criança muito irrequieta. Não havia referência a outros sintomas, nomeadamente a vômitos, obstipação, oscilação ponderal ou interferência desta “sede excessiva” com o sono ou brincadeira.

Os exames complementares de diagnóstico efectuados até essa altura pelo médico de família, não evidenciavam alterações, havendo apenas a referir um valor de densidade urinária baixo.

À observação revelou-se uma criança irrequieta, sem outras alterações dignas de realce, com turgor e grau de humidade cutâneo-mucosa mantidos. Durante a consulta, quando contrariada exigia o biberão de água, limitando-se por vezes a brincar com este. Enquanto estabelecíamos diálogo com a mãe, tentava chamar a nossa atenção, exigindo o biberão se esse propósito não era alcançado.

Perante estes elementos colocámos as seguintes hipóteses diagnósticas:

1. Diabetes insípida
2. Polidipsia primária

Pedimos a colaboração da mãe no sentido de quantificar a ingesta hídrica e o volume da diurese, deixando em aberto a hipótese de um eventual internamento e/ou apoio psicológico.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 71-75

Confirmou-se uma ingesta hídrica aumentada, com valores diários superiores a 3,5 l/dia, aos quais se adicionavam os líquidos correspondentes à confecção de mais cinco refeições. A quantificação da diurese em ambulatório veio a revelar-se difícil dada a idade da criança.

Não tendo sido conclusiva a apreciação em ambulatório, procedeu-se a internamento.

O internamento permitiu a confirmação da existência de poliúria e polidipsia. Realizou-se prova de restrição hídrica (PRH) durante 12 horas, monitorizando a osmolaridade plasmática e urinária antes e após a PRH, tendo-se verificado uma resposta adequada à privação de água (3) (quadro 1), com valores de glicémia, ureia e creatinina sempre dentro da normalidade.

	ANTES	DEPOIS
<b>SANGUE:</b>		
osmolalidade (mosm/l)	293	275
sódio (mmol/l)	142	138
<b>URINA:</b>		
osmolalidade (mosm/l)	530	733
sódio (mmol/l)	68	89

*saúde  
infantil*

1996; 18: 71-75

**Quadro 1 - Prova de restrição hídrica**

O internamento veio a revelar-se um espaço privilegiado para uma apreciação contínua do relacionamento mãe-filha. Pudemos confirmar a impressão clínica que sobressaía desde as primeiras consultas. Por um lado uma criança “muito viva” e apelativa em relação à mãe, exigindo ser o seu centro de atenções, objectivo que não era conseguido na maioria das situações, o que desencadeava birras e solicitação insistente de biberão de água para auto-consolo. Por outro lado, uma mãe pouco disponível e interactiva com a filha, por vezes indiferente e com dificuldade em comunicar através do jogo e da brincadeira. Apresentava-se com ar triste e deprimido, de cabelo apanhado, pouco cuidada e sempre vestida de negro, facto que já nos havia sido explicado como sendo devido ao falecimento da sogra, 6 meses antes, que funcionara como uma substituta da própria mãe. Filha de pais separados desde os 3 anos, cresceu com os avós paternos, casou aos 16 anos e nunca estabeleceu qualquer relação com a sua própria mãe.

Estes aspectos do relacionamento mãe-filha e uma prova de restrição hídrica normal, permitiram-nos afastar uma causa orgânica e dispensarmos a realização de outros exames complementares de diagnóstico necessariamente invasivos. Detivemo-nos no diagnóstico de potomania, assegurando no entanto vigilância posterior.

## Evolução

Em face deste diagnóstico, tornava-se necessário entender a origem e o porquê deste sintoma, e enquadrá-lo num contexto familiar de modo a ajudar a modificá-lo.

Até aí, na consulta de Pediatria Geral, o interesse tinha sido sempre dirigido à díade mãe-filha, havendo a noção desde o início de que a Alexandra era a portadora do sintoma da família. Constituía o elemento que levou a mãe a pedir ajuda.

Na sequência do plano elaborado inicialmente, solicitámos a colaboração da consulta de Psicologia do nosso Serviço, no sentido de se efectuar uma avaliação psicológica individual e familiar. Da avaliação feita nesta consulta, sobressaía uma mãe deprimida, desvalorizada na sua actividade profissional pelo marido, reduzida ao papel de mãe e dona de casa, situação que se acentuou com o nascimento da segunda filha, da qual tinha que se ocupar, e que o marido impedia de colocar numa creche, como havia sido feito com a filha mais velha.

A intervenção em consulta de Psicologia foi feita inicialmente com duas psicólogas, no mesmo espaço físico. Enquanto uma se ocupava da criança, avaliando-a, a outra criava simultaneamente um espaço de acolhimento e disponibilidade para a mãe. Posteriormente, e com a intervenção de uma única psicóloga, pretendeu-se desbloquear a capacidade maternal e restabelecer a ligação mãe-filha, o que foi sendo conseguido na prática, implicando a mãe nas actividades da criança.

O sintoma, que traduzia uma apetência excessiva por água, surgia como compensação e preenchimento da indisponibilidade materna inserido num processo de regressão a uma fase de “mãe boa” que, apesar de tudo, a conseguiu preencher e satisfazer.

O comportamento da mãe foi-se modificando, traduzindo-se por uma maior atenção com a sua imagem e melhoria no relacionamento com a filha. Tornou-se mais comunicativa e apelativa, verbalizando a certa altura um pedido de ajuda para a filha adolescente, por esta andar triste, ter dificuldade em fazer amigos e falar pouco com a mãe, apresentando ultimamente mau rendimento escolar, aspectos que se tinham acentuado com o nascimento da irmã. Este apoio passou a ser efectuado em Consulta de Adolescentes, ajudando-a na realização das tarefas da adolescência, no sentido do percurso de autonomia e construção da sua identidade.

## Comentários

O diagnóstico de polidipsia de etiologia primária ou psicogénica só pode ser feito após exclusão da organicidade do sintoma, podendo ser difícil de distinguir de uma diabetes insípida de causa central ou nefrogénica.

Durante um período de privação de água, numa criança normal, a osmolaridade do plasmática (P) não sofre alterações, registando-se uma subida da osmolaridade urinária (U), sendo neste caso a relação osmolaridade  $U/P > 1,5$ . Por vezes, quando há ingestão compulsiva de

*saúde  
infantil*

1996; 18: 71-75

água a capacidade de concentração urinária pode estar comprometida, por diminuição ou abolição do gradiente de concentração renal, mas a osmolaridade da urina subirá após um período de privação de água, assumindo a relação osmolaridade U/P valores de mais ou menos 1,9. Pelo menos serão de certeza superiores a 1(1). Na nossa criança verificámos existir uma resposta normal à privação de água, com subida da osmolaridade urinária, mantendo-se a osmolaridade e o sódio séricos plasmática dentro dos valores normais (Quadro 1). Ao contrário, na diabetes insípida (DI), após um período de privação de água, ocorre excreção de urina hiposmolar, acompanhada da subida do sódio e da osmolaridade plasmáticos, e de uma perda de peso de 3-5%. Na DI a comparação da osmolaridade urinária após a privação de água, com a observada após a administração de vasopressina (desamino-D-arginina vasopressina-DDAVP) permitirá distinguir entre uma diabetes insípida de causa central ou neurogénica (DIC), por deficiente produção, da de origem nefrogénica (DIN), em que existe uma incapacidade dos rins para responder à vasopressina.

Nos indivíduos com função hipofisária normal, a osmolaridade urinária não aumenta mais de 9% após administração da DDAVP, valor que é ultrapassado na DIC, enquanto na DIN verifica-se uma pequena subida da osmolaridade urinária com a privação de água, sem aumento posterior após a administração de DDAVP.

A abordagem multidisciplinar desta situação permitiu um enquadramento correcto do sintoma no contexto familiar, impedindo a cristalização do mesmo (4). Tornava-se necessário passar de uma óptica individual para uma óptica familiar.

O nosso trabalho conjunto teve como objectivos:

- o fortalecimento da auto-estima materna
- a melhoria da interacção mãe-filha
- o apoio à adolescente
- ajuda à mãe na adaptação a esta nova fase do ciclo de vida familiar (5).

Apesar de se ter verificado o desaparecimento do sintoma, tal facto não é sinónimo de mudança suficiente no relacionamento mãe-filha. Há pois que continuar este apoio e tentar envolver o pai. Até ao momento não conseguimos a presença do pai nas nossas consultas, facto que constituirá o nosso próximo objectivo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Avery ME. Posterior Pituitary Disorders. In Pediatric Medicine. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1993: 914-919.
2. Czernichow P. Disorders of water metabolism. Pediatric Endocrinology. Edited by Jean Bertrand, Raphaël Rapport, Pierre C. Sizonenko; 2nd ed., 1993; 39: 536-543.
3. Adelman RD, Solhung MJ. Pathophysiology of body fluids and fluid therapy. In Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 187-192.
4. Minuchin S. Famílias - funcionamento e tratamento. Porto Alegre. Edições artes médicas, 1992.
5. Fize M. La democracie familiale: évolution des relations parents-adolescents. Paris: La Presse de la Renaissance, 1990.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 71-75



## A MENINA QUE NÃO SORRI

Guiomar Oliveira<sup>1</sup>, Isabel Lucas<sup>2</sup>, Isabel Fineza<sup>3</sup>

### RESUMO

Descreve-se o quadro clínico de uma criança que não adquiriu o sorriso, apesar do desenvolvimento psicomotor aos 7 meses de idade atingir um nível funcional adequado, mesmo na área da comunicação e adaptação social.

Segundo as conhecidas “leis” do desenvolvimento, sendo este perfil de desenvolvimento um modelo desviante, logo patológico, foi possível com a ajuda do exame neurológico, concluir por um problema motor impeditivo do sorriso, característico do síndrome de Moebius.

**Palavras-chave:** sorriso, Moebius, desvio do desenvolvimento.

### SUMMARY

We report a seven-month-old child who couldn't smile. Her psicomotor development was normal even in the communication and social adaptability areas. This appeared to be an abnormal pattern of development delay, without agreement with the established development “laws”. The neurological examination showed a Moebius syndrome.

**Keywords:** smile, Moebius, abnormal pattern of development delay.

---

<sup>1</sup> Assistente Hospitalar de Pediatria <sup>2</sup> Terapeuta da Fala <sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Neuropediatria  
Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

O desenvolvimento psicomotor é um processo contínuo e organizado, pré e pós-natal, que tem como propósito final as aquisições funcionais características do ser humano: evolução motora até aquisição da posição vertical que permite locomoção com mãos livres, coordenação óculo-manual única, organização social, linguagem e comunicação (1).

Esta evolução funcional, é um processo qualitativo, difícil de quantificar, ao contrário do crescimento, podendo ser avaliada a sua normalidade por comparação com padrões médios, em idades-chave. Embora se adquira com enormes variações inter-individuais, há um processo de progressão comum em todas as crianças que se rege segundo “leis” conhecidas(1,2). Um perfil de desenvolvimento que não obedeça a estas normas é um sinal de alerta. A velocidade de aquisição de conhecimentos e competências é relativamente uniforme nas diferentes áreas do desenvolvimento, embora cada criança possa ter áreas fortes e áreas fracas, pode ser precoce no andar e tardia no falar. Diferenças significativas na velocidade de aquisição que ocorre nas diferentes áreas do desenvolvimento e a que se dá o nome de dissociação entre áreas, sugerem a presença de patologia específica do desenvolvimento, como por exemplo: atraso somente na área da linguagem — surdez ou distúrbio da comunicação; atraso só em área motora — paralisia cerebral (3).

Se a velocidade de desenvolvimento global é uniforme mas anormalmente lenta, fala-se de atraso global de desenvolvimento (3).

O desenvolvimento processa-se através de fases, conhecidas, que são constantes e idênticas em todas as crianças normais. Pressupõe mudança.

Cada fase tem uma que a antecede e outra que a segue, permitindo assim que a avaliação de uma fase actual faça prever a próxima; é uma progressão uniforme e sequencial. Primeiro segura a cabeça e só depois se senta. Sorri, vocaliza, compreende várias palavras, mais tarde verbaliza-as e só então faz frases. A aquisição de diferentes capacidades de um modo não sequencial, a que se chama desvio do desenvolvimento, é habitualmente um sinal precoce de patologia (3). É exemplo disso o caso clínico que se segue de uma criança que aos 7 meses ainda não sorria, embora já vocalizasse monossílabos e distinguisse a mãe de estranhos....

## Caso Clínico

JRC é a quarta filha de um casal não consanguíneo. Terceira gravidez, de 38 semanas, vigiada, sem incidentes, sem história de ingestão medicamentosa, nomeadamente benzodiazepinas. Parto eutócico hospitalar, registo de choro ao 2º minuto, índice de Apgar de 9 ao 5º minuto. Somatometria ao nascimento com peso de 2910 gr, estatura de 47 cm e perímetro craniano de 34,5 cm.

Primeiros dias de vida marcados por dificuldades alimentares, com sucção débil, sendo contudo possível a amamentação por biberão. Diagnóstico de infecção urinária no 1º mês, com estudo de cistografia e eco renal normais com controlos posteriores negativos.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83



Vinha a ser seguida em consultas de oftalmologia por “pseudoparalisia do *rectus externus* bilateral” com prescrição de oclusão ocular alterna. Já tratada a imperfuração do *ostium* nasolacrimal bilateral.

Aquisições do desenvolvimento psicomotor: controlo da cabeça aos 3 meses, segurava-se sentada aos sete, apreensão voluntária aos quatro e vocalizava desde os 2 meses. Contudo aos 7 meses ainda não sorria! Enviada por esse motivo à consulta de Desenvolvimento a pedido do pediatra.

Integrada numa família estimulante: mãe de 41 anos, doméstica; pai de 32 anos, pedreiro; ambos saudáveis. Duas irmãs de 11 e 7 anos, também saudáveis e com boa aceitação da J. Uma irmã falecida nas primeiras horas de vida por cardiopatia congénita, gémea da primeira gravidez. História da restante família não relevante.

Observada por nós aos 7 meses de idade.

Menina bem cuidada. O fâcies embora sem dismorfismos evidentes, era caracterizado por discreta micrognatia, lábio superior fino, estrabismo convergente, mímica pobre, o que lhe conferia uma expressão peculiar, algo sindrómica (Fig. 1). Contudo o olhar era interessado, expressivo e comunicativo. Vocalizava monossílabos em resposta à solicitação da mãe, “conversando” com ela, chorava com o seu afastamento e na presença de estranhos, fazendo-o sem elevação do lábio superior. Dava os braços para a mãe, muito atenta e curiosa, mesmo quando bem disposta, não sorria. Respondia adequadamente ao som, localizando visualmente a fonte sonora na horizontal e abaixo do nível do ouvido, não o fazendo ainda em cima.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83



Fixava e seguia sem dificuldade pequenos objectos, apanhando-os entre o indicador e o polegar embora ainda sem pinça perfeita. Transferia e levava à boca os objectos. Apresentava estrabismo convergente, bilateral permanente, sendo impossível a rotação externa de ambos os olhos. Restantes movimentos oculares normais, sem ptose palpebral. Pupilas isocóricas com reflexos fotomotores directo e consensual normais, reflexos corneanos presentes.

Deglutição, fonação, reflexo de engasgamento, movimentos e morfologia da língua adequados. Dificuldades ligeiras na mastigação. Força muscular normal exceptuando a da metade inferior da face e provavelmente dos músculos oculares externos. Tónus e reflexos miotáticos normais.

Sentava-se sem apoio por longos períodos, tentava já gatinhar.

Auscultação cardiopulmonar e palpação abdominal normais.

Peso — 6,450 Kg (P5-10), estatura — 62,5 cm (< P5), perímetro craniano — 42 cm (P10).

Concluimos por diplegia facial e paralisia bilateral do VI par craniano, com adequado desenvolvimento psicomotor.

Realizados como exames complementares, uma ressonância magnética (RM) com especial incidência do tronco cerebral para estudo dos núcleos do VI e VII pares cranianos, e um electroneuromiograma com estudo do músculo orbicular dos lábios e das velocidades de condução motora dos nervos faciais. A RM não revelou alterações o que não excluiu agenesia ou hipoplasia dos núcleos dos VI e VII pares cranianos. Os achados do electroneuromiograma foram a favor de uma origem nuclear como causa da diplegia facial.

Esta menina permaneceu em casa ao cuidado da mãe, sendo seguida em terapia da fala no nosso serviço. O plano terapêutico foi orientado para estimulação oro-facial através de facilitação neuromuscular proprioceptiva e estimulação dos receptores mecânicos superficiais, para estimulação global da linguagem e ainda treino alimentar (4,5).

Na última observação e avaliação aos 30 meses de idade, o desenvolvimento psicomotor global continua a processar-se normalmente, incluindo a área da linguagem, fazendo já frases compreensivas por estranhos. Mantém problemas de mastigação ligeiros, não a impedindo contudo de uma alimentação apropriada à idade. Continua a não sorrir e a manter dificuldades na execução de tarefas que exijam movimentos de encerramento bilabial, como o beijo e emissão de sons de alguns fonemas como: m, p, b. Apresenta uma boa relação com os familiares.

Um quadro de parésia bilateral do VI e VII pares cranianos, é compatível com o diagnóstico de síndrome de Moebius. Foi feito aconselhamento genético, tendo sido os pais informados de um risco de recorrência em futuros descendentes inferior a 1%.

## Discussão

Os objectivos de uma consulta de Desenvolvimento incluem não só o diagnóstico da patologia do desenvolvimento (deficiência mental, paralisia cerebral, autismo, surdez, etc), a elaboração de um plano de intervenção tendo em conta o perfil funcional previamente definido e ainda o estabelecimento do diagnóstico etiológico de determinada perturbação do desenvolvimento.

A descrição do quadro clínico desta criança, não tem como objectivo dedicar o artigo ao síndrome de Moebius, mas antes, a intenção de levar os leitores a seguirem um esquema de raciocínio simples e adequado à interpretação e compreensão causal das anomalias do desenvolvimento.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83

Perante um atraso de desenvolvimento global, ou de uma aquisição em particular, há que interpretar a raiz do problema, onde reside o défice. De um modo simplista poderemos raciocinar assim: para que se execute qualquer tarefa, terá que haver estímulo sensorial com origem no meio ambiente; fazê-lo chegar ao cérebro, através do órgão e via sensorial; a função cerebral fará o seu processamento; o que depois determinará um comportamento motor através da via motora e aparelho motor, que se traduz na execução da intenção (6). Exemplificando, uma falha na área da linguagem ou da visuomotricidade, pode acontecer porque a criança nunca foi estimulada, não ouve ou não vê; não compreende, não fazendo assim o processamento da mensagem sonora ou visual por défice cognitivo ou agnosia; ou então não executa a tarefa por problemas motores.

No caso que se apresenta, não surgiu o sorriso. Contudo estavam presentes outras formas de comunicação e adaptação social até mais avançadas: o galreio, o receio de estranhos... O que levou a diagnosticar um desvio de desenvolvimento, logo de base patológica.

Seguindo o esquema acima apresentado (Fig. 2) e conjugando-o com os dados da história clínica, poderemos concluir que não havia défice de estímulo ambiental, os órgãos e vias sensoriais estavam intactos, a função cerebral também; caso contrário teríamos um défice global e não só numa tarefa específica. Então, o problema residiria no comportamento motor, por lesão na via motora ou no aparelho motor. Ao exame objectivo era claro que a criança não sorria apenas por um problema de execução do movimento, por disfunção da via motora específica (diplegia facial), estando subjacente a vontade e compreensão de comunicar.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83

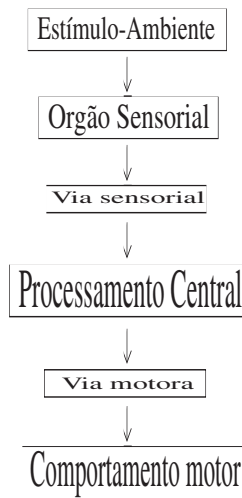


Fig. 2

Quando se diagnostica uma patologia do desenvolvimento, os pais colocam-nos, de imediato as seguintes questões: Porque é que aconteceu? Pode voltar a acontecer? Qual o futuro da criança? O que é que se pode fazer? A resposta a estas questões dependerá não só do

problema da criança e do seu impacto funcional, mas também do diagnóstico específico e só então poderemos oferecer um aconselhamento genético e um perfil evolutivo.

A presença de diplegia facial congênita não progressiva e a paralisia dos rectos externos, como no caso que se apresenta, são os factores clínicos essenciais para o diagnóstico do síndrome de Moebius (7).

A causa deste síndrome raro, descrito há mais de cem anos por Moebius PJ, permanece desconhecida, sendo o seu aparecimento mais comumente esporádico (8, 9). Apontam-se mecanismos fisiopatológicos múltiplos, discutindo-se a sua origem na hipoplasia ou ausência dos núcleos dos respectivos nervos cranianos, na aplasia muscular congénita ou doenças musculares (7,10,11). Parece provável que muitos casos resultem de isquémia pré-natal do tronco cerebral com necrose e muitas vezes calcificações dos núcleos dos nervos faciais (7, 9). Há casos descritos em que a ingestão de benzodiazepinas durante a gravidez pode estar na sua origem (9, 11).

Neste síndrome, para além do defeito congénito que envolve o VI e VII pares cranianos, podem ainda ser atingidos outros nervos cranianos, sobretudo os de origem mais baixa. Ocasionalmente, associam-se também, malformações dos membros, agenesia do músculo grande peitoral, micrognatia, deformidades dos pavilhões auriculares, deficiência mental e síndrome autista, o que agrava o prognóstico (7, 8, 11, 13, 14).

No caso descrito trata-se de uma forma pura, envolvendo apenas os VI e VII pares cranianos sem outros défices físicos ou funcionais até agora perceptíveis. São de prever contudo, futuramente, alguns problemas na área da comunicação e interacção social (8, 13, 15). A fala poderá ser afectada por problemas em articular sons que exijam encerramento bilabial e movimentos de elevação da língua (8). Enquanto alguns pacientes têm apenas discreta distorção destes fonemas, outros têm problemas articulatorios tão graves, que tornam a linguagem expressiva incompreensível (8). Estão descritos casos em que as dificuldades específicas de articulação são ultrapassadas por movimentos substitutivos na produção dos fonemas em dificuldade (8).

A interacção social poderá ser perturbada pela pobreza da mímica facial indispensável à componente emocional da comunicação. O sorriso, o beijo, a alegria, a tristeza ou a surpresa ficarão mascarados. Contudo, estão descritos o desenvolvimento de vias alternativas de manifestação afectiva, como a expressão corporal ou o tom de voz, que tendem a normalizar essa interacção (13).

O plano de intervenção terapêutica no caso descrito, passa por uma ajuda técnica específica, no sentido de maximizar a inteligibilidade do discurso e de minimizar a distorção da mímica facial.

### **Agradecimento:**

Ao Dr Luís Borges pelos pertinentes comentários.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83

**BIBLIOGRAFIA**

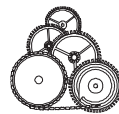
1. Developmental paediatrics. In: Pollak M ed. Textbook of Developmental Paediatrics. Churchill Livingstone, 1993: 1-18.
2. Normal development. In: Illingworth R S ed. The development of the infant and young child. Normal and abnormal. Churchill Livingstone, 1983: 120-62.
3. Shapiro BK. The pediatric neurodevelopmental assessment of infants and young children. In : CaputeAJ, AccardoPJ, eds. Developmental disabilities in infancy and childhood. Paul H Brookes C°:139-49.
4. Knott M, Voss D. Proprioceptive neuromuscular facilitation. Harper Row, 1985.
5. Warner J. Helping the handicapped child with early feeding. Winslow Press, 1983.
6. Sonksen MP. Developmental assessment. Paediatrics 1983; 1679-1681.
7. Disorders of the peripheral nerves. In: Aicardi J ed. Diseases of the nervous system in childhood. Mac Keith Press, 1992: 1113-72.
8. Meyerson DM, Foushee RD. Speech, language and hearing in Moebius syndrome: A study of 22 patients. Develop Med Child Neurol 1978;20:357-65.
9. Courtens W, Vamos E. Moebius syndrome in an infant exposed in utero to benzodiazepines. J Pediatr 1992;121:833-34.
10. Govaert P, Vanhaesebrouk P, Praeter C, Frankel U, Leroy J. Moebius sequence and prenatal brainstem ischemia. Pediatrics 1989;84:570-73.
11. Hanissian S A, Fuste F, Hayes T, Duncan M J. Mobius syndrome in twins. Amer J Dis Child 1970; 120: 472-75.
12. Laegreid L, Olegard R, Walstrom J, Conradi N. Teratogenic effects of benzodiazepine use during pregnancy. J Pediatr 1989; 114:126-31.
13. Szajnberg MN. Moebius syndrome: Alternatives in affective communication. Develop Med Child Neurol 1994;36:459-462.
14. Gillberg C, Steffenburg S. Autistic behaviour in Moebius syndrome. Acta Paediatr Scand 1989;78:314-16.
15. Coplan J. Normal speech and language development: An overview. Pediatrics in Review 1995;16:91-100.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 77-83

Correspondência: Guiomar Oliveira  
 Centro de Desenvolvimento da Criança  
 Hospital Pediátrico de Coimbra  
 3000 Coimbra

# P r o t o c o l o



## INFECÇÃO URINÁRIA (SERVIÇO DE URGÊNCIA)

### Diagnóstico

Para o diagnóstico de Infecção Urinária (I.U.) é exigido:

— 2 uroculturas  $\geq 10^5$  colônias por gérmen único (colheitas por saco ou meio do jacto) +  
+ uma **Sumária de Urina (S.U.) alterada** em (urina fresca) (2-13)

ou

— 1 urocultura  $\geq 10^5$  colônias por gérmen único em *colheita meio do jacto* +  
+ **SU alterada com nitritos positivos** (em urina fresca) (4, 7, 13)

ou

— 1 urocultura  $\geq 10^3$  colônias a gérmen único em colheita por *punção vesical (PV)*.

A presença de qualquer colônia de bactérias, em colheita por PV, é sugestiva de I.U., mas poderá dever-se a contaminação da agulha (origem na pele ou por perfuração intestinal) (9, 11).

### Tratamento/Profilaxia

- 1 — Toda a I.U. febril deverá ser internada em Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) / Enfermaria e iniciar o tratamento por via endovenosa (e.v.) até à apirexia, passando depois à via oral.
- 2 — As I.U. não febris (excepto recém-nascidos — RN) serão tratadas em regime de ambulatório.
- 3 — Perante uma S.U. com nitritos positivos (pielonefrite ou cistite), o tratamento poderá iniciar-se logo no 1º dia, após realização da(s) urocultura(s), sem aguardar por estas (4, 14).
- 4 — **Iniciar profilaxia no último dia do tratamento (D.10) em:** (17)
  - toda a criança que necessite de realizar CISTOGRAFIA (CUM);
  - existência de uropatia significativa;
  - infecção prévia há menos de 6 meses.

(A prescrição do fármaco a utilizar na profilaxia deverá ser inscrito na mesma receita em que será indicado o fármaco a utilizar na terapêutica da situação aguda).

- 5 — A dose do fármaco utilizado na profilaxia deverá ser duplicado (2 tomas/dia) no dia da CUM e nos 4 dias imediatos.
- 6 — Justifica-se manter profilaxia perante:
  - uropatias obstrutivas;
  - refluxo vesico-ureteral;
  - outras uropatias que condicionem reinfecções;
  - I.U. prévia há menos de 6 meses;
  - I.U. nos primeiros seis meses de vida.

## Controlos

- 1 — As uroculturas de controlo na fase aguda, realizadas no 2º ou 3º dia de tratamento, (antes da alta da UICD / Enfermaria), só serão necessários em casos de I.U. febril ou em RN (16).

(Para saber o resultado da(s) urocultura(s), os pais devem vir ao S. Urgência no dia seguinte — se residem no concelho de Coimbra— ou telefonar nos outros casos).

- 2 — É suprimida a realização sistemática da urocultura após o final do tratamento (17).
- 3 — Na I.U. não febril, o desaparecimento da clínica com o tratamento, torna desnecessário, *por rotina*, qualquer controlo durante ou após o tratamento (16, 17).
- 4 — Os pais devem ser informados da necessidade de realização de urocultura perante a persistência das queixas, para além de 3-4 dias após o início do tratamento, ou o reaparecimento das mesmas.
- 5 — **Marcar sempre exames complementares (ECOGRAFIA, CISTOGRAFIA, ...)** e/ou uma **Consulta Externa** de Medicina ou Nefrologia.
- 6 — Controlos na fase não aguda:
  - deverão ser regulares, inicialmente mensais, perante existência de refluxo/uropatia, e que, por qualquer motivo, não cumpra a profilaxia;
  - nas restantes situações deverão ser caso a caso (18).

## Investigação

### 1 — ECOGRAFIA abdominal (ECO):

Toda a I.U. justifica a realização duma ECO renal, excepto se realizada previamente.

Sempre que possível a ECO renal deverá ser realizada durante a estadia inicial em UICD/ Enfermaria.

Em todos os outros casos, a ECO deverá ser marcada, se possível, para os primeiros dias após o diagnóstico da I.U. e comunicar-se logo a data aos pais (enquanto no Hospital).

## 2 — CISTOGRAFIA (CUM):

Toda a I.U. justifica a realização de CUM, excepto na primeira I.U. “baixa” (cistite) em crianças do sexo feminino com idade superior a 3 anos.

(Se a criança não estiver hospitalizada, ou não tiver consulta marcada para o mesmo dia dos exames, os pais deverão ser informados de que devem contactar o Serv. Urgência no dia da realização de qualquer dos exames (ECO/CUM), marcando uma Urgência, de forma a que um médico seja informado dos seus resultados, registre no processo e adapte assim a orientação do caso).

## 3 — Restantes exames:

Serão solicitados caso a caso, em regra nas Consultas Externas.

## Notas:

- 1 — Uroculturas em Dipslide (Urine / Uricult)
- 2 — Exige-se que a leitura da S.U. seja realizada menos de 30 minutos após a micção, em urina centrifugada, no **campo de ampliação do microscópio de 40 vezes**; leitura dos nitritos sem centrifugação;
- 3 — Considera-se **S.U. alterada a presença de pelo menos um dos seguintes critérios**:
  - nitritos positivos
  - presença de bactérias no exame directo a fresco
  - leucocitúria significativa:  $\geq 8$  leucócitos / campo.
- 4 — Em urina fresca, os elementos da S.U. (pedidos na suspeita de I.U.) têm **valor predictivo positivo de I.U.:**
  - nitritos positivos: superior a 97%
  - bactérias no exame directo: 93%
  - leucocitúria  $\geq 8$ / campo: apenas 70% (no global, associada ou não a bactérias e/ou nitritos); leucocitúria isolada tem um valor predictivo positivo significativamente inferior ao referido, aumentando se associada a hemoglobina positiva.
- 5 — Nos casos de cistite com polaquiúria acentuada, poderá haver I.U. com contagens de gérmens  $< 10^5$  colónias; em regra existirá uma S.U. alterada, mas nem sempre.
- 6 — Cerca de 20% das I.U. não têm leucocitúria significativa ( $\geq 8$  leucócitos/campo); neste caso em regra existirão Nitritos positivos e/ou presença de Bactérias no exame directo a fresco;
- 7 — Perante uma primeira Urocultura  $\geq 10^5$  colónias, a probabilidade de se tratar duma contaminação, em colheita por saco é de 20% nas meninas e quase 50% nos rapazes (a fimose fisiológica impede a lavagem adequada do prepúcio e da glândula); nas colheita por meio do jacto é de 7% independentemente do sexo; metade das contaminações são por gérmens únicos. Em geral, estas falsas Uroculturas “positivas” têm S.U. normais.

*saúde  
infantil*

1996; 18: 85-89



- 8 — Estas são razões que justificam privilegiar a PV como o método de colheita, pelo menos no primeiro ano de vida.
  - 9 — Uma Sumária de Urina (S.U.) normal (colhida por saco ou por meio do jacto), tem um valor predictivo negativo de I.U. de 97%: embora não excluam I.U., SU normais deverão fazer duvidar da positividade da(s) urocultura(s).
  - 10 — S.U. normais exigem confirmação, por PV, de  $\geq 2$  uroculturas  $> 10^5$  (colheita por saco).
  - 11 — Associada a uma S.U. normal (colhida previamente por saco), uma urocultura por PV  $< 10^3$  colónias deverá ser confirmada.
  - 12 — Perante uma Urocultura “duvidosa” ( $>10^3 < 10^5$  colónias):
    - a) se colheita por saco, associada a uma S.U. normal considerar-se-á “negativa”, sendo dispensável a sua repetição;
    - b) repetir a urocultura se:
      - S.U. alterada
      - colheita em meio do jacto.
- Nesta situação dever-se-á informar o laboratório de que, pelo menos nas colheitas por meio do jacto, deverá enviar as placas de Dipslide para cultura, independentemente do número de colónia (enviar sempre se nitritos positivos);
- 13 — Uma urocultura “polimicrobiana” resulta geralmente de contaminação, mas nem sempre. Associada a uma S.U. muito alterada, poderá significar I.U. em uropatia grave subjacente.
  - 14 — Só os nitritos são seguros para prever da positividade duma urocultura e, daí, poder iniciar-se uma terapêutica antes do(s) resultado(s) da(s) cultura(s).
  - 15 — Os critérios de diagnóstico indicados pressupõem:
    - lavagem prévia e cuidadosa, com água e sabão, do períneo e genitais;
    - se colheita por saco, este não deverá estar aplicado mais do que 30 - 45 minutos;
    - se utilizada taça para a colheita no meio do jacto, esta deverá estar esterilizada;
    - a retirada da urina do saco ou da taça deverá ser feita com seringa esterilizada;
    - no sector extra-hospitalar a urina deve ser colhida sempre no laboratório onde será realizada a cultura e o exame da S.U. a fresco, a fim de se evitar os frequentes erros grosseiros, devido à multiplicação de gérmens, em urinas colhidas horas antes e mal conservadas.
  - 16 — Em 305 controlos de I.U. (194 I.U. febris + 111 I.U. baixas), durante o tratamento (D.3-D.7), e analisados prospectivamente, apenas foram documentadas 10 I.U. (3%), sendo de 4% nas I.U. febris e menos de 2% nas I.U. baixas. Contudo, por rotina apenas se verificou benefício na sua realização em menos de 2% dos casos (I.U. febris e I.U. baixas).
  - 17 — Em 258 controlos de I.U. (156 I.U. febris e 102 I.U. baixas) após o tratamento (D.11-D.17), e sem instituição de profilaxia, analisados prospectivamente, foram documenta-

*saúde  
infantil*

1996; 18: 85-89

das 23 I.U. (9%): 9 estavam de novo com febre e, em outras 9, posteriormente comprovou-se tratarem-se de bacteriúrias assintomáticas sem uropatia. Por rotina, apenas se verificou benefício na realização do controlo em menos de 3% dos casos de I.U. febris e menos de 2% das I.U. baixas.

18 — Em trabalho prospectivo, com 612 uroculturas consecutivas de controlo de I.U., na fase não aguda, realizado nas Consultas de Medicina e de Nefrologia do HP, verificou-se:

- cerca de 12% dos controlos foram positivos; contudo 7% eram contaminações;
- cumpriam critérios de I.U. apenas 5% do total;
- em quase metade dos casos com critérios de I.U., tratavam-se de bacteriúrias assintomáticas em meninas sem uropatia subjacente e, daí, não terem sido medicadas;
- verificou-se benefício do controlo regular de I.U.:
- \* em menos de 1% dos casos sem uropatias subjacentes (consulta de Medicina);
- \* em 4% dos casos da Consulta de Nefrologia (maioria com uropatias subjacentes).

*Manuel Salgado*

*Paula Garcia*

*António Jorge Correia*

*saúde  
infantil*

1996; 18: 85-89

# C a r t a   a   o   E d i t o r

## A velocidade de sedimentação (VS) e leucograma na brucelose e na febre tifóide.

Li com interesse o artigo de Margarida Agostinho e col., um estudo retrospectivo de 42 casos de brucelose (1). Contudo, as análises dos autores sobre as contagens leucocitárias e do valor da VS suscitaram-me alguns comentários. Os autores consideraram leucocitose um valor superior a 11,0 G/L (11.000/mm<sup>3</sup>) e VS “normal” um valor igual ou inferior a 15 mm à primeira hora.

Embora os valores “normais” possam ser controversos, foi proposto, em idades pediátricas, um valor normal de VS, de referência, até 20 mm à primeira hora (2,3). Mesmo assim, cerca de 10% das crianças não doentes poderão ter VS superiores a 20 mm (2,3). Também os limites superiores do normal do número de leucócitos periféricos, na criança, são diferentes dos dos adultos (mais elevados), variando inversamente com a idade, desde 17.500/mm<sup>3</sup> aos 6 meses a 13.500/mm<sup>3</sup> aos 8 anos de idade (4).

Não obstante ter-se tratado de doenças prolongadas, na larga maioria dos casos, os autores (1) constataram (sem comentar), que das 19 crianças que realizaram VS, 13 (68%) tinham valores superiores a 15 mm, com uma elevação “moderada”. Pena que não tenham feito uma média ou uma mediana desses valores.

Uma doença bacteriana por um gérmem piogénico, que leve a destruição e à libertação de endotoxinas bacterianas, potentes estímulos dos mediadores da reacção de fase aguda (RFA), regra geral despertará uma significativa elevação das proteínas inflamatórias de fase aguda (PIFA), especial-

mente da Proteína C Reactiva (PCR) e de variadas outras PIFA, tal como o fibrinogénio. Este último será o principal responsável pela elevação da VS (3,5,6).

Ao invés, os agentes de infecção intra-celular obrigatória - vírus, *Bordetella pertussis*, clamídeas, etc. - ou facultativa - brucelas, salmonelas, micoplasmas, etc. - (7), despertam uma menor RFA e, conseqüentemente, habitual ausência de leucocitose e menor elevação das PIFA e da VS, excepto se infecção grave ou ocorrerem complicações (3, 5, 6).

Este facto explica as VS relativamente baixas constatadas nos 19 casos de brucelose (1). E também explica que, em 19 casos (dum total de 56) de febre tifóide, de diagnóstico exclusivamente por isolamento, em cultura, de *Salmonella typhi*, que realizaram também VS (curiosa a coincidência dos números), a média da VS tenha sido de 52 mm à primeira hora, variando de 1 mm a 70 mm nos casos não complicados, e de 72 a 140 nos casos com complicações associadas (por ordem crescente de VS: eritema nodoso, pielonefrite a *S. typhi*, traumatismo abdominal associado e artrite séptica a *S. typhi*, traumatismo abdominal associado e artrite séptica a *S. typhi*) (8).

Também explica que só 15% das bruceloses (1) tinham tido contagens de leucócitos acima de 11.000/mm<sup>3</sup> e, inclusivé, 10% tinham tido contagens de leucopenia (inferior a 3.000/mm<sup>3</sup>). De modo inverso: a larga maioria (85%) tinha contagens de leucócitos inferiores a 11.000/mm<sup>3</sup>.

Igualmente explica que, da mesma série atrás referida de casos de febre tifóide, de 50 que fizeram hemograma, apenas 4 tinham tido contagens de leucócitos superiores a 15.000/mm<sup>3</sup>. Isto é, 92% das febres tifóides tinham contagens inferiores a este número, com contagens de neutrófilos inferiores a 10.000/mm<sup>3</sup> em 85% dos casos (8).

Acharia mais interessante que Margarida Agostinho e colaboradores (1) tivessem avaliado, por exemplo, o número de casos de VS inferiores a 50 mm à 1ª hora, e de leucócitos e neutrófilos respectivamente inferiores a 15.000/mm<sup>3</sup> e neutrófilos inferiores a 10.000/mm<sup>3</sup>.

Efectivamente, a VS e a contagem de leucócitos poderão ter valor na corroboração diagnóstica duma infecção a *Brucella* ou a *S. typhi* ou outro agente responsável por uma infecção intra-celular obrigatória ou facultativa. Não quando estão muito elevadas, mas provavelmente numa interpretação inversa: quando não estiverem elevadas ou estiverem apenas moderadamente elevadas ou inclusivé baixas.

E perante uma VS muito elevada nestas doenças, dever-se-á suspeitar da ocorrência duma complicação.

*Manuel Salgado*

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Agostinho M, Garcia P, Rocha G, Lemos L. Brucelose. Estudo retrospectivo (Jan. 85-Dez. 94). Saúde Infantil 1995; 17:29-38.
2. Lascari AD. The erythrocyte sedimentation rate. Ped Clin N Amer 1972;19:1113-21.
3. Salgado M, Fonseca N. A velocidade de sedimentação. Conceitos actuais. Jornal do Médico 1992;132:244-8.
4. Polin RA, Ditmar MF. Pediatric Secrets. Hanley and Belfus, Inc Philadelphia. C V Mosby Company, 1989, p. 172.

5. Llorente MJ. Reactantes de fase aguda. Su utilidad clínica. Rev Clin Espan 1994;194:40-6.
6. Salgado M, Pinto LS. Proteína C reactiva. Sua utilidade na avaliação das doenças infecciosas. Saúde Infantil 1987;17-22.
7. Hof H. Intracellular Microorganisms: a particular problem for Chemotherapy. Infection 1991; 19 (suppl 4):S193-4.
8. Salgado M, Diogo L, Moreira S. Febre tifóide. Casuística do Hospital Pediátrico (1980-1990). Comunicação.

#### **RESPOSTA DO AUTOR**

Os valores considerados normais, no que diz respeito à contagem de leucócitos e à velocidade de sedimentação (VS), não são consensuais. No trabalho retrospectivo realizado sobre brucelose (1) utilizaram-se como valores normais os referenciados por Nicholson JF and Pesce MA (2). Pensamos que para o referido trabalho a utilização dos valores sugeridos (VS inferior a 40 mm à 1ª H e contagem de leucócitos inferiores a 15.000/mm<sup>3</sup>) não altera os dados apresentados e não sendo estes exames complementares decisivos para o diagnóstico, não foram estudados mais exaustivamente.

No entanto, foi com muito agrado que lemos os seus comentários, concordando em absoluto com a interpretação dos resultados observados.

*Margarida Agostinho e colaboradores*

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Agostinho A and col. Brucelose, Estudo retrospectivo (Jan 85 - Dez 94). Saúde Infantil, 1995; 17: 29-38
2. Nicholson JF and Pesce MA, Laboratory medicine and reference tables. In Nelson ad. Textbook of Pediatrics, Philadelphia. WB Sanders, 1992; 1797-1849

*saúde  
infantil*

1996; 18: 91-92



## **Prognóstico a longo termo da dermatite seborreica infantil.**

A dermatite seborreica infantil é uma doença de origem imprecisa.

Ocorre durante os primeiros meses de vida e desaparece espontaneamente alguns meses mais tarde.

Caracteriza-se por uma erupção inflamatória, por vezes confluenta, localizando-se predominantemente ao couro cabeludo (“crosta de leite”) e às pregas de flexão, com aspecto gorduroso. Nas formas extensas pode recobrir uma boa parte do corpo.

O diagnóstico é em geral fácil mas pode ter que se distinguir do eczema atópico ou da psoríase.

Neste estudo longitudinal de 88 crianças israelitas com dermatite seborreica, observadas em média 10 anos após o diagnóstico inicial, pretendeu-se investigar se havia sequelas ou lesões dermatológicas eventualmente relacionadas com a patologia antes evocada.

Os autores referem um caso de psoríase, quatro de dermatite atópica e sete (8%) com dermatite seborreica. Vinte crianças tinham familiares com diagnóstico de dermatite seborreica infantil.

O estudo revelou, portanto, que 85% das crianças com dermatite seborreica infantil têm, mais tarde, uma pele normal.

Os sete casos que apresentaram ainda dermatite seborreica no controlo, levantam a questão da eventual ligação entre a forma infantil e a dos adultos.

A prevalência da psoríase neste trabalho é equivalente à da população geral.

São necessários mais estudos e mais prolongados para uma melhor compreensão de algumas das questões aqui abordadas.

Prognosis of infantile seborrheic dermatitis.

Mimouni K, Mukamel M, Zeharia A, Mimouni M. J. Pediatrics 1995; 127: 744-745

---

## **Progressos na vacinação eficaz contra os Pneumococos, em lactentes**

O *Streptococcus pneumoniae* é uma causa relativamente frequente de infecções benignas ou graves, na infância.

A progressiva resistência deste germe aos antibióticos —Penicilina, Cefalosporinas, Macrólidos —põe problemas na prática clínica hospitalar e ambulatória.

Estão identificados muitos serotipos, de acordo com diferenças de estrutura e antigenicidade do polissacárido capsular. Os que mais frequentemente causam infecções em crianças, nos países industrializados, são os 4, 6, 7, 9, 14, 18C, 19F e 23F.

As vacinas com polissacáridos são relativamente ineficazes nos lactentes e crianças abaixo dos 2 anos de vida.

Tal como para outras vacinas, a imunogenicidade pode ser significativamente aumentada pela ligação covalente de oligossacáridos a proteínas portadoras. Esta ligação evoca resposta imunitária humoral e celular.

Neste estudo os autores revelam a resposta imunitária, considerada boa, a uma vacina anti-pneumocócica pentavalente elaborada com os serotipos 6B, 14, 18C, 19F, 23F e administrada aos 2-4 e 6 meses de vida.

A vacina foi bem tolerada.

Pentavalente pneumococcal oligosaccharide conjugate vaccine PncCRM is well-tolerated and able to induce an antibody response in infants.

Ahman H, Kayhty H, Tamminen P, Vuorela A, Malinoski F, Eskola J. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15; 134-9

*saúde  
infantil*

1994; 17: 19-22



## **VII Fim-de-Semana de Anestesiologia Pediátrica**

**Data:** 6, 7 e 8 de Junho de 1996

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Secretariado :** ASIC Hospital Pediátrico de Coimbra

3000 COIMBRA Telef.: 480335 ou 484464 Fax: 484464

### **Temas:**

*Efeitos do stress, da anestesia e da cirurgia*

*Manejo das vias aéreas na criança*

*Anestesia inalatória em Pediatria*

*Novos relaxantes musculares na anestesia pediátrica*

*Aspectos do desenvolvimento da junção neuro-muscular*

*Anestesia para o ex-prematuro*

*Anestésias espinal e caudal para a criança prematura*

*O papel do propofol na anestesia pediátrica*

*Anestesia caudal por via transagrada*

*Anestesia para extracção broncoscópica de corpos estranhos*

*Anestesia para crianças portadoras de Epidermólise Bolhosa*

## **XIII Curso de Pediatria Ambulatória**

**Data:** 25 e 26 de Outubro de 1996

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Secretariado :** ASIC Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000 COIMBRA Telef.: 480335 ou 484464 Fax: 484464

**Direcção do Cursos:** Dr. Luís Lemos Dr. Nicolau da Fonseca

### **Sexta-feira, 25:**

---

- 09.00h Abertura
- 09.30h Risco Iatrogénico  
Dr. Nicolau da Fonseca (HP)
- 10.15h Asma  
Dr. José António Pinheiro (HP)
- 11.30h Anemias Hipocrómicas  
Dr<sup>a</sup> Letícia Ribeiro (HP)
- 12.15h Doenças Exantemáticas  
Dr. Manuel Salgado (HP)
- 14.30h Desenvolvimento da Linguagem  
Dr. Boavida Fernandes (HP)
- 15.15h O Que é a Adolescência Normal?  
Dr<sup>a</sup> Beatriz Pena (Pedopsiquiatra) (HP)
- 16.15h Casos Clínicos  
Serviço de Urgência do HP
- 17.00h Fim do 1º dia do Curso

### **Sábado, 26:**

---

- 9.30h O Papel da Enfermeira no Atendimento Urgente  
Enf<sup>a</sup> Maria José Rodrigues Costa (HP)
- 10.15h Convulsões Febris  
Dr. Olavo Gonçalves (HP)
- 11.30h Infecções Superficiais  
Dr<sup>a</sup> Maria da Graça D. Rocha (HP)
- 12.15h Referências Médicas em Situações de Intoxicação Aguda  
Dr. Luís Lemos (HP)
- 13.00h Encerramento do Curso