

saúde em números

JANEIRO 99

VOLUME 14 N.º 1

SUMÁRIO

- 01 VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ NUMA COMUNIDADE IMIGRANTE AFRICANA: NECESSIDADES ELEVADAS, BAIXA UTILIZAÇÃO
- 04 AVALIAÇÃO E GARANTIA DE QUALIDADE DAS NOTÍCIAS DE NASCIMENTO DO CENTRO DE SAÚDE DE CASCAIS
- 07 SAÚDE EM NÚMEROS – Números publicados em 1997 e 1998
- 08 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA – Casos notificados no 4.º trimestre de 1997 e 1998

VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ NUMA COMUNIDADE IMIGRANTE AFRICANA: NECESSIDADES ELEVADAS, BAIXA UTILIZAÇÃO

Margaret Luck*, Raquel Ferreira**, Arnaldo Patrício**, Graciela Simões**, Rosário Horta**, Eduardo Magalhães**

INTRODUÇÃO

Os imigrantes são reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área de saúde, devido a factores diversos, incluindo uma situação económica geralmente precária, desconhecimento dos serviços sociais disponíveis e barreiras legais, culturais e linguísticas^(1,2)

Em Portugal, o maior grupo de imigrantes provem de África. Dados do ano de 1998 indicam que 82 000 (47%) dos 176 225 residentes estrangeiros são nacionais de países africanos, sendo a maioria dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)⁽³⁾. No distrito de Lisboa, a situação é semelhante: dos 49 661 estrangeiros recenseados em 1991, 28 326 (57%) eram provenientes de África⁽⁴⁾.

A informação sobre as necessidades de saúde dos imigrantes africanos em Portugal e a sua utilização de serviços de saúde é escassa. Os poucos dados publicados sugerem que a população de imi-

grantes africanos tem um estado de saúde pior que a população nacional^(5,6) e estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde^(7,8).

Este artigo apresenta os resultados de uma análise da utilização dos serviços de vigilância pré-natal num Centro de Saúde, por membros de uma comunidade de imigrantes africanos na Grande Lisboa (aqui referida como "Comunidade A"). A vigilância pré-natal foi seleccionada como tema de análise por ser considerada como um "tracer condition" (indicador) do nível de saúde e da utilização de serviços de saúde.

O objectivo específico desta análise foi documentar, para a população de mulheres da Comunidade A que tiveram a 1ª consulta de gravidez (saúde materna) durante os anos de 1996 e 1997:

- as suas características demográficas,
- a prevalência de algumas condições prejudiciais à saúde da mãe e do feto, e
- o número de consultas pré-natais, e o seu calendário,

considerados como indicadores de saúde materna e fetal, e de utilização de serviços de saúde, e comparar os resultados obtidos com outros estudos existentes.

(*) Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical

(**) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-região de Saúde de Lisboa

Comunidade A

A Comunidade A situa-se na Grande Lisboa, na área de influência do Centro de Saúde de Sacavém, e tem uma população estimada entre 3500 e 4500 residentes. A comunidade é constituída, maioritariamente, por imigrantes oriundos de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde. A maioria da população trabalha na construção civil (homens) ou em serviços de limpeza (mulheres) e tem uma situação de emprego precário¹. O alojamento e as infraestruturas estão extremamente degradados e, na maior parte da comunidade, os sistemas de água, esgotos, electricidade e tratamento do lixo são inadequados ou inexistentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram identificadas, no Centro de Saúde de Sacavém, as fichas de saúde materna de todas as mulheres da Comunidade A, cuja vigilância pré-natal se iniciou em 1996 e 1997.

A informação sociodemográfica colhida dessas fichas referiu-se à idade, país de naturalidade, e anos de permanência em Portugal. Como indicadores do estado de saúde materna e fetal colheram-se os resultados dos testes de detecção do VIH, de marcadores serológicos da hepatite B, o VDRL, o teor de hemoglobina (Hb) e os valores da tensão arterial, registados para cada gravidez. Da história reprodutiva registou-se o número de nados vivos anteriores. Em relação à utilização dos serviços de vigilância, foi colhido o número de consultas de saúde materna (por gravidez) e respectiva calendarização em relação ao trimestre de gravidez, e a existência de consultas de revisão de puerpério.

Os exames laboratoriais tinham sido efectuados em diversos laboratórios da Grande Lisboa. Os testes de infecção pelo VIH tinham sido feitos pelo método ELISA e os resultados positivos confirmados pelo Western Blot. Métodos imunoenzimáticos (tipo ELISA) foram utilizados para pesquisar antigénios da hepatite B.

As mulheres com valores de hemoglobina (Hb) inferior a 11 gramas foram consideradas anémicas, e as que tinham valores tensionais sistólicos iguais ou superiores a 140 mm Hg e/ou diastólicos iguais ou superiores a 90 mm Hg foram consideradas hipertensas. Considerou-se vigilância adequada um mínimo de 6 consultas durante a gravidez, com a 1ª consulta no 1º trimestre⁽⁹⁾.

Os dados dessas fichas foram informatizados utilizando o *software SPSS*,⁽¹⁰⁾ e analisados com o *software SPSS* e o *software EpiInfo*.⁽¹¹⁾ No tratamento estatístico, os intervalos de confiança (IC) para variáveis discretas foram calculados utilizando o método exacto binomial e as comparações das proporções foram feitas com o teste exacto de Fisher⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Nos anos 1996 e 1997, 72 mulheres da Comunidade A tiveram uma ou mais consultas pré-natais no centro de saúde de Sacavém. Estas 72 mulheres corresponderam a 72 gravidezes, uma vez que nenhuma destas mulheres teve mais que uma gravidez vigiada durante este período.

⁽¹⁾ Embora exista na comunidade um número elevado de pessoas com formação técnica nas áreas de saúde e ensino, a falta de equivalência oficial das habilitações impede-os de trabalhar nas suas áreas de especialização.

Conforme se pode verificar no Quadro I, estas mulheres tinham uma idade média de 26 anos, à data da gravidez. O número médio de nados vivos foi 1,4.

Quadro I – Características demográficas da amostra

	Valor	IC 95%	N
Idade média	26 anos	24-29	71
Paridade média	1,4	1,1-1,7	64
País de origem:			
Angola	38%		
São Tomé e Príncipe	31%		
Guiné Bissau	19%	—	48
Cabo Verde	8%		
Portugal	4%		
Nº médio de anos em Portugal	4	2-6	37

Mais de metade das mulheres eram naturais de Angola ou São Tomé e Príncipe, e 4% eram naturais de Portugal. A maioria eram imigrantes relativamente recentes, com uma média de 4 anos em Portugal.

Foram identificados antigénios (Ag) de Hepatite B em 17% das mulheres, e 5% tiveram um exame VDRL positivo. Havia também uma prevalência de infecção VIH-1 e VIH-2 de 2%, mas estes resultados não são estatisticamente significativos, uma vez que os IC incluem o valor nulo. Trinta por cento das mulheres eram anémicas.

Quadro II – Prevalência de condições prejudiciais à saúde da mãe e criança

	% mulheres	IC 95%	N
Ag da Hepatite B +	17	9-29	58
VDRL +	5	1-14	58
VIH-1 +	2	0-9	62
VIH-1 indeterminado	2	0-9	62
VIH-2 +	2	0-9	62
TA ≥ 140/90 mmHg	9	3-18	70
Hb ≤ 10 mg	30	16-49	33

No Quadro III, pode-se verificar que o número médio de consultas pré-natais por gravidez foi 4. A maioria das mulheres (69%) tinham menos de 6 consultas. Analisando a ocasião da primeira consulta, verifica-se que 18% das mulheres tinham tido a primeira consulta no terceiro trimestre de gravidez, e que uma minoria (36%) a tinham efectuado no primeiro trimestre de gravidez. A revisão do puerpério foi feita em 55% das mulheres.

Quadro III – Vigilância pré-natal

	Valor	IC 95%	N
N.º médio de consultas	4	4-5	68
< 6 consultas	69%	57-80	68
< 3 consultas	27%	17-39	68
Primeira consulta no:			
1º trimestre	36%	25-49	
2º trimestre	45%	33-58	66
3º trimestre	18%	10-30	
Revisão do puerpério	55%	43-67	71

Comparação com outras populações

Dada a existência de estudos prévios sobre vigilância de gravidez em Portugal, é possível compará-los com os dados obtidos para estas mulheres da Comunidade A.

No Quadro IV, são comparados os dados do presente

estudo com os resultados obtidos para os concelhos de Lisboa e Loures do estudo "Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar," que foi desenvolvido pela Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1990 e 1991⁽¹³⁾.

Quadro IV – Comparação com o estudo "Necessidades não-satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar"

	% de mulheres	Referência* (13)	Significância estatística
Estrutura etária			
<=15	3%	1%	
16-19	11%	12%	p=0,44
20-34	78%	77%	
35-44	8%	11%	
45+	0%	0%	
TA ≥ 140/90	9%	6%	p=0,43
Hb ≤ 10 mg	30%	9%	p<0,01
VDRL positivo	5%	1%	p=0,04
< 3 consultas	27%	15%	p=0,03
1.ª consul. 3.º trim.	18%	8%	p=0,02

*Dados referentes aos concelhos de Loures e Lisboa.

Verifica-se, no Quadro IV, que as estruturas etárias das duas populações e a prevalência de hipertensão arterial não são estatisticamente diferentes ($p=0,44$ e $p=0,43$, respectivamente). A prevalência da anemia e de infecção sifilítica são mais elevadas nas mulheres da Comunidade A do que na população de referência ($p<0,01$ e $p=0,04$ respectivamente). A proporção de mulheres com menos de 3 consultas pré-natais é superior na Comunidade A ($p=0,03$), bem como a proporção com a primeira consulta no terceiro trimestre ($p=0,02$).

Como o estudo acima referido não incluiu exames de detecção do VIH, os dados de referência para essa infecção vêm de um estudo efectuado num Centro de Saúde da Grande Lisboa por Teles et al.⁽¹⁴⁾.

Quadro V – Comparação com estudo de Teles et al.

	% mulheres	Referência (14)	Significância estatística
Infecção VIH-1	2%	0,3%	p=0,21
Infecção VIH-2	2%	0,3%	p=0,21

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo tem algumas limitações importantes. A sua amostra relativamente pequena implica grandes intervalos de confiança e uma potência estatística reduzida. Por exemplo, o intervalo de confiança para a prevalência de infecção pelo VIH-1 e VIH-2 incluem o valor nulo.

Uma outra limitação do estudo está ligada ao facto de que os dados do estudo foram recolhidos das fichas de saúde materna do centro de saúde que serve a Comunidade A. Isto implica que as mulheres que não tinham qualquer vigilância pré-natal ou que fizeram a vigilância pré-natal noutros locais foram omitidas da análise, podendo, então, os resultados deste estudo não ser representativos da Comunidade A, na sua globalidade.

Apesar destas limitações, estes resultados podem ser considerados como um sinal, por mais provisório que seja, de

que os imigrantes africanos residentes em Portugal têm necessidades elevadas e utilização baixa dos serviços de saúde materna. Isto pode ter implicações graves, não só para a saúde individual destas pessoas, mas também para a saúde pública das comunidades onde moram e trabalham.

A prevalência de infecção sifilítica e de anemia nas mulheres deste estudo foi, significativamente, mais alta que na população de referência, e a prevalência da infecção de Hepatite B (17%) é preocupante. Apesar destas mulheres evidenciarem elevadas necessidades de cuidados de saúde, a sua utilização das consultas de saúde materna no Centro de Saúde local foi menos frequente e mais tardia do que na população de referência, sendo essa diferença estatisticamente significativa. De facto, menos de metade das mulheres incluídas neste estudo atingiu a vigilância mínima recomendada.

O presente estudo não tratou das razões pelas quais estas mulheres têm uma baixa frequência de consultas de saúde materna no Centro de Saúde local. Investigações anteriores mostraram que a utilização dos serviços de saúde pode ser influenciada por diversos obstáculos estruturais (e.g., restrições legais ou administrativas, horários do centro de saúde), financeiros (custos directos ou indirectos dos serviços de saúde), ou pessoais (e.g., falta de informação sobre a importância das consultas pré-natais)⁽¹⁵⁾. É evidente que qualquer iniciativa que vise estimular uma maior utilização dos serviços de saúde, pelos residentes da Comunidade A, tem de ser baseada num conhecimento do papel dos obstáculos que limitam essa utilização, nesse contexto.

Para obter tais conhecimentos, desenvolve-se, actualmente, na Comunidade A, um projecto de investigação-acção em saúde. A investigação-acção está ligada a um projecto da Comissão Interministerial sobre a Comunidade A que forma, actualmente, residentes da comunidade para actuarem como promotores e mediadores de saúde². Os objectivos da fase "investigação" incluem a identificação dos obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde e a caracterização dos conhecimentos, atitudes e representações dos membros da comunidade, sobre saúde reprodutiva (incluindo doenças infecciosas). Na fase "acção", os resultados da primeira fase serão utilizados pelos promotores e mediadores, no desenvolvimento de uma acção sanitária comunitária, para contribuir para uma maior utilização de serviços de saúde, pelos residentes da Comunidade A.

Agradecimentos

Agradecemos a assistência e o apoio de Paulo Ferrinho, Virgílio do Rosário, Aldina Gonçalves, Isabel Prates, Delfim Guerreiro, Constante Augusto Cardanha, Sónia Costa, Célia Gonçalves, Alexandra Sousa, Carla Batista, Maria de Jesus Fernandes, Catarina Portilheiro, Teresinha Fernandes, Alzira Coelho, Dina Amaro, e os restantes técnicos de saúde do Centro de Saúde de Sacavém.

REFERÊNCIAS

- (1) Kasl S e V Berkman. 1983. Health consequences of the experience of migration. *Annual Review of Public Health* 4:69-90.

⁽²⁾ A formação dos mediadores e promotores de saúde faz parte de um projecto do programa da Comissão Interministerial sobre a Comunidade A. A Comissão é presidida pela Comissão Regional do Sul da Luta Contra a Pobreza e é constituída por representantes dos Ministérios do Equipamento, do Planeamento e Administração do Território, da Educação, da Saúde, da Qualificação e Emprego e da Solidariedade e Segurança Social.

- (2) Carballo M, JJ Divino, D Zeric. 1998. Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health* 3(12):936-944.
- (3) Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Divisão de Planeamento. Estatística do Primeiro Quadrimestre de 1998. Lisboa, 1998.
- (4) Instituto Nacional de Estatística. Censos 91: Resultados Definitivos. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa: 1993.
- (5) Gautier A et al. 1997. Tuberculose em imigrantes: rastreio activo, será importante? *Revista Portuguesa de Pneumologia* 3(5):552-553.
- (6) Gardete MJ, Antunes ML. 1993. Tuberculose em imigrantes. *Saúde em Números* 8(4):30-32.
- (7) Calado B, L Silva, D Guerreiro. 1997. Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares. *Saúde em Números* 12(4):29-31.
- (8) Espinosa L et al. 1989. A saúde da criança migrante – estudo multicentrico de crianças ciganas e africanas. *Revista Portuguesa de Pediatria* 20(1):11-16.
- (9) Ministério de Saúde. DGS, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. *Vigilância Pré-natal e Revisão do Puerpério*. 2.ª Edição Revista. Lisboa, Abril 1993.
- (10) SPSS Inc. 1994. SPSS 6.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- (11) Dean, AG et al. 1994. Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- (12) Rosner, B. 1982. *Fundamentals of Biostatistics*. Boston: Duxbury Press.
- (13) Ministério de Saúde. DGCSP, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. 1992. *Necessidades Não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Estudo 1990-91*. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- (14) Teles L da C et al. 1991. Análise da seroprevalência da infecção HIV1 e HIV2 em mulheres residentes numa área da cidade de Lisboa. *Acta Medica Portuguesa* 4(2):64-70.
- (15) Margolis PA et al. 1995. The rest of the access to care puzzle: addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 194:541-545.

AVALIAÇÃO E GARANTIA DE QUALIDADE DAS NOTÍCIAS DE NASCIMENTO DO CENTRO DE SAÚDE DE CASCAIS

Ana Maria Ferrão*

INTRODUÇÃO

Decorre há 3 anos, no Centro de Saúde de Cascais, um programa de garantia de qualidade no âmbito da saúde materno-infantil. Este programa surgiu na sequência de um convite para participar numa mesa redonda sobre "Ligação Hospital/Centro de Saúde", organizada pelo Serviço de Pediatria do Hospital Condes de Castro Guimarães em Cascais, tendo-nos sido proposto falar sobre a Notícia de Nascimento (NN). Para dar resposta a este pedido decidimos avaliar a forma como a NN estava a ser utilizada, quer no Hospital, quer no Centro de Saúde.

A NN é um instrumento de registo criado pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) para informar os Centros de Saúde acerca do nascimento de crianças da sua área de influência, identificando potenciais situações de risco que obrigam a uma visita domiciliária (VD) por parte dos profissionais de saúde. O objectivo desta visita domiciliária é o de melhor caracterizar as situações de risco identificadas, para delinear um plano de cuidados individual, de forma a melhorar a mobilização dos recursos disponíveis e aumentar a adesão aos cuidados de saúde. A NN é transmitida, via fax, pelo hospital onde ocorreu o nascimento e tem 4 áreas de informação: identificação, gravidez, parto e recém-nascido.

Na área de influência do Centro de Saúde de Cascais nascem anualmente cerca de 900 crianças, das quais cerca de 500 nascem no Hospital de Cascais. Este estudo refere-

se às NN do Hospital de Cascais em cada um dos três anos, (1995 a 1997), num total de 1601 NN.

Só a partir de 1998 se iniciou, junto da Conservatória do Registo Civil, a recolha de dados referentes ao total de nascimentos o que permitirá, no futuro, a referência a dados mais precisos. A decisão de avaliar apenas as NN do Hospital de Cascais, deve-se à disparidade de NN em uso, o que dificulta a sua comparação.

O primeiro objectivo foi a avaliação de qualidade do preenchimento das NN tendo como padrão o preenchimento de todas as áreas, na totalidade. Como segundo objectivo pretendeu-se avaliar a qualidade de cuidados prestados na consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Cascais ao grupo de crianças referenciadas como sendo de risco (um total de 185 recém-nascidos nos três anos).

METODOLOGIA

O estudo, de base institucional, incidiu sobre a totalidade dos casos. A dimensão estudada foi a efectividade, através de uma análise retrospectiva.

Utilizámos dados de estrutura e resultados, sendo a fonte de dados as NN, os processos clínicos e o ficheiro geral de vacinação.

Elaborámos uma folha de registo que incluiu as variáveis – diagnóstico precoce (de doenças metabólicas), data da primeira consulta, programa nacional de vacinação (PNV) actualizado, cumprimento do esquema de vigilância periódica e identificação de problemas. A informação, referente ao primeiro ano de vida, foi colhida pelas enfermeiras de Saúde Infantil das diferentes extensões do Centro de Saúde. Para

(*) Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Cascais

estes indicadores utilizaram-se como padrão as metas propostas pela Divisão de Saúde Materno Infantil, da Direcção Geral de Saúde, para o ano em estudo.

A avaliação, externa e interna, utilizou critérios explícitos e normativos e a primeira apresentação de resultados levou à introdução de medidas correctoras, educativas e estruturais, por parte da UCF.

RESULTADOS

São apresentados os resultados encontrados ao longo dos três anos, com destaque para os referentes ao ano de 1997, por serem os que reflectem as medidas de alteração introduzidas após a primeira apresentação em Outubro de 1996.

Foram analisadas 1601 NN, 519 de 1995, 556 de 1997 e 526 de 1998.

Avaliação do preenchimento das NN (1601)

Área 1 – Dados de Identificação (quadro I e II)

Nesta área, o campo menos preenchido foi o referente ao “processo de família”, que nos anos de 1995 e 1996 não estava registado em mais de 90% das NN. Em 1997 houve uma melhoria significativa mas 47% das NN ainda não o referiam. Em contrapartida o campo “médico de família” estava preenchido na quase totalidade dos casos.

O telefone da parturiente, informação útil para contacto, que inicialmente não constava de 17% das NN, já só não está registado em 2% das NN do ano de 1997.

Quadro I – Dados de identificação do centro de saúde: proporção (%) de NN com itens não preenchidos

	1995	1996	1997
Centro de Saúde	2,1	2,9	0,3
Processo de Família	93,6	91,6	47,1
Médico de Família	8,2	14,6	3,8

Quadro II – Dados de identificação da mãe: proporção (%) de NN com itens não preenchidos

	1995	1996	1997
Nome	0,0	0,0	0,0
Residência	0,0	0,0	0,1
Idade	1,1	3,6	0,1
Telefone	17,9	13,3	1,9
Profissão da mãe	0,1	0,5	0,3

Área 2 – Gravidez (quadro III)

Nos dados referentes à gravidez, havia uma falha importante no preenchimento do campo que assinalava o Grau de Risco, informação não registada em 54% das NN de 1995 e em 96% das NN do ano seguinte. Em 1997, essa variável deixou de constar nas NN.

Quadro III – Dados referentes à gravidez: proporção (%) de NN com itens não preenchidos

	1995	1996	1997
Local de vigilância	2,6	8,6	0,5
Primeira consulta	7,8	4,3	1,4
Nº de consultas	9,8	4,7	2,0
Grau de risco	54,3	96,0	-*

* variável retirada da NN, a partir de 1997

Área 3 – Parto (quadro IV)

Os campos de informação referente ao parto foram, durante os três anos, os que apresentaram melhores níveis de preenchimento.

No entanto, 5,7% das NN do ano de 1995 e 13,9% das NN do ano de 1996 não referiam a idade gestacional (que mesmo quando é indeterminada deve ser referida como tal), valor que desceu para 1% em 1997. Os restantes campos desta área foram preenchidos na totalidade (100%) no ano de 1997.

Quadro IV – Dados referentes ao parto: proporção (%) de NN com itens não preenchidos

	1995	1996	1997
Data	0,3	0,0	0,0
Idade Gestacional	5,7	13,9	1,1
Tipo	1,2	3,2	0,1
Peso do RN	0,0	0,0	0,0
Sexo do RN	1,7	0,0	0,0

Área 4 – Recém nascido (quadro V)

Quando analisámos os dados referentes ao recém nascido encontrámos falhas de registo que se podem considerar graves para os objectivos essenciais das NN. De facto, 20 a 30 % das NN nos dois primeiros anos analisados não nos elucidavam sobre a existência (ou não) de problemas, cerca de 20% não indicavam se fora feito BCG na Maternidade, e mais de 20% não cumpriam o objectivo final da NN, que é o de referenciar as situações de risco para visita domiciliária (VD).

Quadro V – Dados referentes ao recém nascido: proporção (%) de itens não preenchidos

	1995	1996	1997
Vivo/morto	1,1	16,7	2,0
Problemas	34,4	27,7	4,1
BCG	17,7	21,2	1,9
Data da alta	3,0	3,4	0,7
Pedido de VD	21,0	23,4	3,2

Em 1997, as proporções de itens não preenchidos foram menores, encontrando-se 4% de NN que não referem se existem problemas e 3% que não informam sobre a necessidade de visita domiciliária.

De notar também que em 1997, ainda existiam 2% de NN sem referirem se o recém nascido estava vivo ou morto à data da alta.

Avaliação da consulta de Saúde Infantil nas situações de risco referenciadas pela NN

Fomos também avaliar a qualidade da resposta dada pela consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Cascais às situações de risco identificadas pelas NN, durante este período de três anos, num total de 185 crianças.

Verificámos que o número de situações de risco justificando VD no período neonatal diminuiu de ano para ano (quadro VI). Em 1995 realizaram-se 46,7% das VD pedidas através da NN, 28% em 1996 e 52% em 1997.

Quadro VI – Dados referentes às visitas domiciliárias

	1995	1996	1997
Pedidas	75	60	50
Efectuadas	35	17	26
%	46,7	28,3	52,0

A avaliação dos cuidados prestados em função das variáveis seleccionadas foi sempre feita no 2º semestre do ano posterior ao ano em avaliação, e referem-se ao 1º ano de vida da criança.

No quadro VII comparam-se os resultados obtidos com os objectivos propostos.

Quadro VII – Dados referentes às consultas de saúde infantil: objectivos propostos e atingidos (%)

	1995	1996	1997	Objectivos 97
Diagnóstico Precoce	83	85	87	95
1ª Consulta < 28 dias	72	78	72	80
PNV actualizado	91	77	53	95
Vigilância periódica	73	58	45	100
Problem. identificados	67	55	57	90

(% de cuidados prestados, no 1º ano de vida, ao grupo de R.N. identificados como sendo de risco)

Constatámos que em relação a esses objectivos, os resultados têm vindo a piorar, havendo em 1997 cerca de 50% de crianças, identificadas como sendo de risco, que não estão correctamente vacinadas, nem cumpriram o esquema mínimo de vigilância em Saúde Infantil no primeiro ano de vida.

Medidas correctoras

Na sequência da primeira apresentação de resultados, em 1996, houve, por parte do Serviço de Pediatria do Hospital de Cascais e da UCF, a necessidade de introduzir algumas medidas correctoras com o objectivo de alterar a forma pouco eficaz com que a NN estava a ser utilizada. Assim, além de uma alteração da própria estrutura da NN, foi decidido que a responsabilidade de preenchimento da NN, antes assumida pela enfermeira ou secretária da Unidade, passaria a ser do Pediatra que assistira o recém nascido, que além de sensibilizado para a sua importância, passou a identificar-se através da assinatura no final do registo.

A apresentação destes resultados, em Junho de 1998, na Semana do Interno do Hospital de Cascais, levou a actual Direcção do Centro de Saúde de Cascais a convocar uma reunião de todos os profissionais envolvidos em actividades de Saúde Materno Infantil, para um período de reflexão e discussão dos mesmos.

Nessa reunião, um grupo de profissionais apresentou um projecto de "Prevenção e acompanhamento de situações de risco materno infantil", que visa a intervenção integrada em cuidados de saúde e apoio domiciliário dirigido a famílias de risco, desde a gravidez até ao fim do primeiro ano de vida.

Também o Núcleo da Qualidade, Investigação e Humanização, do Centro de Saúde de Cascais, incluiu no seu plano de actividades dar continuidade a este trabalho por nós iniciado, criando assim um Ciclo de Garantia de Qualidade que contribua, de forma efectiva, para uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

DISCUSSÃO

Como já referimos o objectivo das NN é o de identificar potenciais situações de risco para que, através da visita domiciliária e de um programa de intervenção activo, se

consiga proporcionar à criança um esquema adequado de vigilância em saúde infantil.

A primeira avaliação da qualidade de preenchimento das NN mostrou-nos que a falta de rigor com que esta tarefa estava a ser executada comprometia, de forma grave, esse objectivo.

O facto de não haver critérios definidos para o preenchimento dos diferentes campos tornava o seu preenchimento muito subjectivo, o que era agravado pela indefinição quanto ao responsável pelo seu preenchimento (inicialmente feito quer pela Enfermeira quer pela Secretária de Unidade).

A análise dos dados de identificação deu-nos a satisfação de constatar que um número muito considerável de parturientes referem o nome do seu Médico de Família.

Na avaliação dos dados referentes à gravidez havia uma falha importante no preenchimento do campo que assinalava o Grau de Risco, informação não registada em 54% das NN de 1995 e em 96% das NN do ano seguinte. A causa identificada foi a de não ter sido previamente definida qual a tabela de risco a ser utilizada no preenchimento da NN.

Quando a UCF introduziu alterações na NN e na sua forma de preenchimento, optou por retirar este campo, por não ter chegado a consenso quanto à tabela a utilizar. Haveria interesse em discutir se esta terá sido a forma mais adequada de solucionar o problema.

O melhor nível de preenchimento encontrado na área referente ao parto pode dever-se ao facto de se tratar de informação que se refere às ocorrências dentro do próprio Hospital, onde a NN é preenchida.

Em relação à informação referente ao recém nascido, também aqui constatámos que, embora não se tenha atingido, ainda em 1997, a meta de preenchimento de 100% dos campos, houve uma melhoria significativa. No entanto, continuamos a ter 2% de NN que não referem se o recém nascido estava ou não vivo no momento da alta, o que apesar de representar uma melhoria em relação aos anos anteriores, é uma falha grave pelas situações delicadas que pode originar.

Quanto ao número de situações de risco justificando VD no período neonatal verificamos que diminuiu de ano para ano. O motivo desta diminuição deverá ser discutido pois poderá corresponder a uma diminuição real destas situações, ou traduzir apenas a subjectividade de uma avaliação para a qual não estão definidos critérios.

A qualidade de cuidados prestados na consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde não foi adequada ao longo do período em estudo, tendo-se até verificado o agravamento de alguns resultados, como o cumprimento do esquema mínimo de vigilância ou do PNV.

Estes resultados, em contraste com a melhoria significativa de preenchimento das NN pelo Hospital de Cascais, reflectem, além de um período de instabilidade e mudança que se viveu no Centro de Saúde de Cascais, o facto de a UCF ter introduzido medidas correctoras a nível hospitalar mas não no Centro de Saúde, embora seja um órgão com funções de intervenção nos dois níveis de cuidados. Reflectem ainda alguma carência de recursos humanos em particular na área de enfermagem o que inviabiliza formas de intervenção mais estruturadas e personalizadas.

Como dissemos, a apresentação dos resultados deste trabalho levou à criação de um projecto com a finalidade de uma intervenção integrada em cuidados de saúde e apoio domiciliário dirigido a famílias de risco, desde a gravidez até ao fim do primeiro ano de vida.

A fundamentação deste projecto teve como base, além das conclusões deste estudo, as recomendações do Conselho para a saúde na infância e na adolescência da Sociedade Americana de Pediatria⁽¹⁾, segundo as quais "os programas de visitas domiciliárias podem contribuir para uma estratégia de intervenção, precoce e eficaz, para melhorar a saúde e bem estar das crianças, particularmente se se tratar de serviços mais alargados, destinados a famílias em risco". Também a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança⁽²⁾, no seu documento "Enfermagem de ligação - continuidade de cuidados pediátricos no domicílio", refere que "a filosofia da enfermagem de ligação é baseada no conceito da continuidade de cuidados à criança, ao jovem e à família, no seu local de vida, utilizando para tal uma abordagem holística". De referir, ainda, que a Carta dos direitos e deveres dos utentes⁽³⁾, no seu ponto 4, afirma que "o utente tem direito à prestação de cuidados continuados devendo ser postos à sua disposição, quando necessário, cuidados domiciliários ou comunitários".

Agradecimentos

Agradeço às enfermeiras das equipas de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Cascais que deram a sua colaboração na recolha de dados da consulta e vacinação, indispensáveis à elaboração deste trabalho, aos elementos da UCF e do Serviço de Pediatria do Hospital Condes de Castro Guimarães em Cascais, pela sua postura motivada e receptiva à mudança sem a qual não há processos de Melhoria de Qualidade, à Direcção do Centro de Saúde de Cascais, pelo apoio e incentivo permanentes, e, finalmente, ao Dr. André Biscaia e Sras. Enfermeiras Teresa Avillez e Isabel Cruz que comigo se empenharam na construção de um protocolo de intervenção domiciliária em situações de risco, com o objectivo de melhorar a nossa intervenção.

REFERÊNCIAS

- (1) Conselho para a Saúde na Infância e Adolescência. O papel dos programas de visita domiciliária na melhoria da saúde das crianças e suas famílias. *Pediatrics* (ed. Port.), 1998 ; 6 ; 3 : 150-4
- (2) Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança- Enfermagem de Ligação – Continuidade de Cuidados Pediátricos no Domicílio, 1994.
- (3) Direcção Geral de Saúde – Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, 1998.

SAÚDE EM NÚMEROS – números publicados em 1997 e 1998

volume 12

número 1

- Situação da hidatidose em Portugal
- Doença de Lyme: epidemiologia e clínica

número 2

- A clínica geral e o tema VIH/SIDA
- Estudo de seroconversão pelo componente parotidite epidémica (RUBINI) da VASPR, em adolescentes do concelho de Sabrosa

número 3

- Analfabetismo em Portugal
- Parotidite e VASPR: uma questão de vigilância epidemiológica

número 4

- Situação da cisticercose humana em Portugal, 1993-1996: a cisticercose através dos internamentos hospitalares
- Barreiras e incentivos à vigilância prenatal: Identificação das barreiras – resultados parcelares

número 5

- As doenças do aparelho circulatório em Portugal

volume 13

número 1

- Projecções para a incidência do sarampo em Portugal até ao ano 2000
- Programa de vigilância epidemiológica da tuberculose multirresistente
- Prevalência da diabetes declarada em Portugal: diferenças entre 1987 e 1995, nos Inquéritos Nacionais de Saúde

número 2

- Salmonelas, tartarugas e ... outros animais de estimação
- Fumadores activos em Portugal – evolução entre 1987 e 95/96
- A tuberculose notificada

número 3

- Declaração obrigatória de doenças transmissíveis
- Toxinfecção alimentar por estafilococos em adolescentes escolarizados
- Incidência dos tumores malignos infantis em Portugal

número 4

- Avaliação da cobertura vacinal na coorte de nascidos em 1995, num grupo de centros de saúde do norte de Portugal
- Prevalência da asma em crianças (6-9 anos) na cidade do Porto
- Nova lista de doenças transmissíveis de declaração obrigatória

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA*
Casos notificados no 4.º trimestre de 1997 e 1998
PORTUGAL (excepto Açores)**

DOENÇAS	Código OMS CID - 9	CASOS DECLARADOS 4.º Trimestre		CASOS ACUMULADOS 4.º Trimestre		MEDIANA 1995-1997		ÍNDICE EPIDÉMICO(i)	
		1997	1998	1997	1998	4.º trim.	acumul.	4.º trim.	acumul.
Doenças infecciosas intestinais									
febres tifóide e paratífóide	002	52	59	280	303	81	337	0,73	0,90
outras salmoneloses	003	45	118	177	336	45	191	2,62	1,75
shigelose	004	5	5	12	10	5	12	1,00	0,67
amebíase	006	0	0	8	2	0	4	0,00	0,50
Tuberculose									
pulmonar	011	861	821	3616	3741	(ii)	(ii)	(ii)	(ii)
outras do aparelho respiratório	012	75	69	392	398	820	3407	1,00	1,11
meníngea e do SNC	013	12	13	47	50	91	420	0,76	0,97
miliar	018	15	27	83	141	12	47	1,13	1,04
						16	87	1,69	1,64
Zoonoses por bactérias									
carbúnculo	022	0	0	0	4	0	2	0,00	2,00
brucelose	023	127	128	864	816	121	864	1,06	0,95
Outras doenças bacterianas									
doença de Hansen	030	1	0	3	2	0	3	0,00	0,67
tosse convulsa	033	2	2	11	9	5	16	0,40	0,50
escarlatina	034.1	256	267	1020	967	256	1020	1,04	0,95
infecções meningocócicas	036	12	15	56	57	12	56	1,25	1,02
meningite meningocócica	036.0	21	13	116	121	25	116	0,52	1,06
tétano (exclui tétano neonatal)	037	1	6	15	24	5	23	1,80	1,04
Doenças por vírus com exantema									
sarampo	055	14	27	127	93	15	127	1,80	0,72
rubéola (exclui rubéola congénita)	056	18	19	255	79	18	255	1,06	0,30
Outras doenças por vírus									
hepatite por vírus A	070.0-070.1	87	34	322	265	80	322	0,43	0,82
hepatite por vírus B	070.2-070.3	136	90	662	526	174	816	0,52	0,65
hepatite por vírus C		105	197	464	676	105	461	1,88	1,47
hepatite p/outras vírus especif.	070.4-070.5	1	8	11	32	3	17	2,67	1,82
hepatite p/vírus não especif.	070.6-070.9	9	4	35	14	9	35	0,44	0,46
parotidite	072	1254	275	19049	2479	1254	11014	0,22	0,23
Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes									
rickettsioses	080-083	6	2	38	24	6	38	0,33	0,63
febre escarionodular	082.1	89	66	891	719	64	891	1,03	0,81
malária (casos importados)	084	10	11	74	80	10	81	1,10	0,99
leishmaníase	085	2	2	15	11	2	17	1,00	0,65
Sífilis e outras doenças venéreas									
sífilis precoce sintomática	091	27	28	152	118	31	129	0,90	0,91
sífilis precoce latente	092	18	12	81	55	23	82	0,52	0,67
infecções gonocócicas	098	14	11	62	39	16	70	0,69	0,56
cancro mole	099.0	0	0	5	1	1	2	0,00	0,50
linfogranuloma venéreo	099.1	0	0	0	2	0	3	0,00	0,67
Outras doenças provocadas p/ espiroquetas									
leptospirose	100	21	9	47	72	5	25	1,80	3,00
Helmintíases									
hidatidose	122	13	2	44	35	15	44	0,13	0,77
Infecções do período perinatal									
rubéola congénita	771.0	0	0	0	1	0	0	0,00	1,00

* apenas se indicam as doenças relativamente às quais houve casos notificados no ano em referência.

** os dados da R. Autónoma dos Açores, só se encontram disponíveis por anos.

(i) Índice epidémico é a razão entre os casos notificados num determinado período e os casos que se esperam (mediana do triénio anterior) para o mesmo período.

Valores: $\leq 0,75$ - baixo; $0,76 - 1,24$ - normal; $\geq 1,25$ - alto.

(ii) Para a tuberculose só foram considerados os dois anos anteriores, uma vez que só se dispõe de dados desde 1996

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA

Tel. 21 843 05 00
Fax: 21 843 05 30 / 31

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675-183 ODIVELAS
NOVEMBRO/99
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 59272/92
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da DGS

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor