

## Alargamento da Idade Pediátrica no Serviço de Urgência de Pediatria – Um Novo Desafio

SOFIA QUINTAS, MARGARIDA PEQUITO, HELENA FONSECA

*Unidade de Adolescentes. Clínica Universitária de Pediatria  
Hospital de Santa Maria. Lisboa.*

### Resumo

Os autores procederam a uma análise retrospectiva dos primeiros seis meses após o alargamento da idade pediátrica dos 12 para os 16 anos no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria, que ocorreu em Maio de 1999. Discutem-se os resultados e as respectivas implicações para a formação dos profissionais de saúde e para a adequação dos serviços e cuidados prestados a este grupo etário.

**Palavras-Chave:** Adolescentes, Serviço de Urgência, Adequação de Cuidados.

### Summary

#### Expanding of Pediatric Age at the Pediatric Emergency Service – A New Challenge

The authors carried out a retrospective analysis of the first six months after the expanding of the limit of pediatric age from 12 to 16 years at the Pediatric Emergency Service of Hospital Santa Maria, which happened on the 13th of May 1999. The results are discussed, as well as their implications on the training needs of health professionals and on the adaptation of services and type of care provided when dealing with adolescents.

**Key-Words:** Adolescents, Emergency Service, Adequate Health Care Delivery

### Introdução

Em Portugal, um despacho emitido pela Direcção Geral dos Hospitais em 24 de Fevereiro de 1987, recomendava que os Serviços de Saúde se ocupassem dos indivíduos até à idade de 15 anos (14 anos e 364 dias). Doze anos mais tarde, e após uma experiência inicial de criação de uma Consulta de Adolescentes, em 1994, o atendimento no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria alargou-se ao grupo etário dos 12 aos 16 anos (15 anos e 364 dias). Tal medida iria previsivelmente colocar os Pediatras que asseguram esse Serviço perante novas patologias e/ou diferentes apresentações das patologias já deles conhecidas, fruto das especificidades da adolescência. Embora já tivessem sido realizados trabalhos destinados a avaliar o impacto de semelhante medida<sup>(1)</sup>, a adolescência permanece um grupo etário em que as necessidades de saúde são menos conhecidas, tanto porque escapam aos indicadores clássicos, como porque os adolescentes frequentam pouco os serviços de saúde. Por sua vez, as estruturas de saúde em Portugal estão, de uma forma geral, pouco preparadas para receber adolescentes, no que diz respeito tanto às condições físicas como à formação das equipas prestadoras de cuidados. Com efeito, e também neste caso, a directiva administrativa não foi precedida nem acompanhada de uma desejável adequação do espaço da urgência e preparação dos profissionais que nela trabalham<sup>(2)</sup>. Fruto desta lacuna, pouco tempo depois da implementação desta medida, foram sendo verbalizadas dificuldades diversas na abordagem deste novo grupo de doentes, até então alheio a muitos Pediatras.

Ao fim de um ano desta nova realidade, pareceu-nos fundamental conhecer de forma mais sistematizada as características da população de adolescentes que recorre ao Serviço de Urgência, de forma a orientar os eventuais ajustes

---

Correspondência: Helena Fonseca  
Unidade de Adolescentes.  
Clínica Universitária de Pediatria. H. de Santa Maria.  
Av. Prof. Egas Moniz 1699 Lisboa Codex

necessários do espaço físico e dos profissionais de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Com este objectivo, realizámos uma análise retrospectiva do atendimento a adolescentes durante os primeiros seis meses após o alargamento da idade pediátrica dos 12 para os 16 anos no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria (13 de Maio de 1999).

### População e Métodos

Foram analisados retrospectivamente os boletins de admissão de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos (15 anos e 364 dias) observados no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de Santa Maria entre 13 de Maio e 13 de Novembro de 1999.

Relativamente a cada boletim, foram avaliados: 1. Sexo e idade; 2. Diagnóstico registado pelo médico. Nos casos em que o campo relativo ao diagnóstico não se encontrava devidamente preenchido, foi seleccionado da informação clínica o sintoma ou problema dominante e que motivou a ida ao SU; 3. Destino (nomeadamente, Unidade de Internamento e Consulta de Adolescentes).

Os motivos de ida ao SUP/diagnóstico final foram agrupados segundo categorias nosológicas. No período a que se refere este estudo, os adolescentes com patologia de natureza traumatológica aguda eram assistidos no Serviço de Urgência de adultos, sendo enviados ao SUP apenas pontualmente.

### Resultados

Foram identificados 1055 adolescentes dos 12 aos 16 anos que recorreram ao SUP durante o período considerado.

Quinhentos e setenta (54%) eram do sexo feminino e 485 (46%) do sexo masculino. Apresentavam uma idade média de 13,6 anos e uma idade mediana de 14 anos.

Relativamente à distribuição etária, 179 (17%) tinham 12 anos, 264 (25%) 13 anos, 338 (32%) 14 anos e 274 (26%) 15 anos. (Gráfico 1)

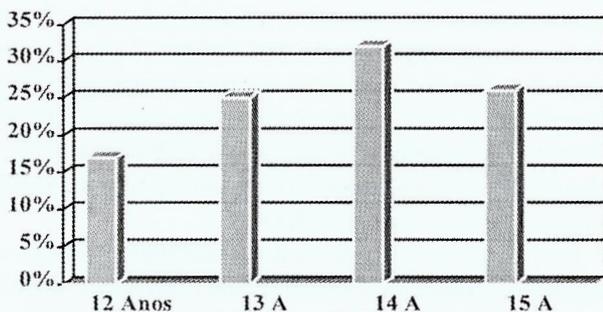


Gráfico 1 - Distribuição por idade

As patologias/problemas mais frequentes foram infecções respiratórias altas (amigdalite, otite média aguda, faringite), gastroenterite aguda, dor abdominal e asma, diagnosticados respectivamente em 20%, 12%, 7% e 6% dos adolescentes que recorreram ao SUP no período considerado na análise. (Gráfico 2)

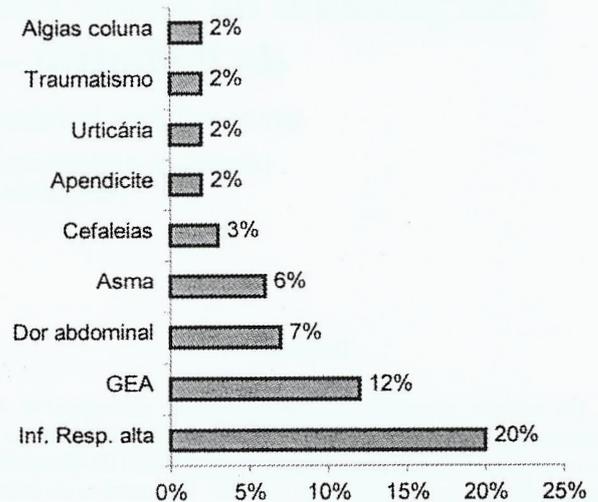


Gráfico 2 - Patologias / sintomas mais frequentes

No que diz respeito à distribuição por categorias nosológicas, os grupos mais comuns de patologias foram: respiratória 31%, gastrointestinal 17%, queixas vagas de etiologia não definida 12%, e dermatológica 8% (Gráfico 3 e Quadro I).

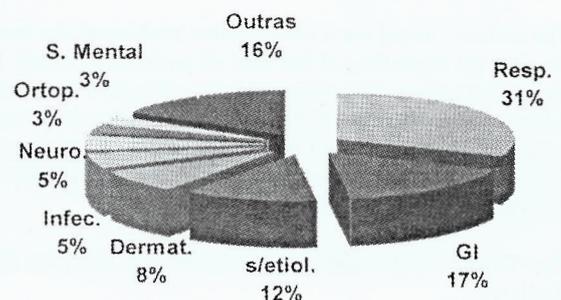


Gráfico 3 - Distribuição por categorias nosológicas

Na categoria das "Queixas Vagas de Etiologia Não Definida" foram incluídos os casos em que, após o exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico, não foi encontrada nenhuma justificação etiologicamente plausível para o sintoma que motivou a ida ao SUP.

Os seis casos de tentativa de suicídio disseram respeito a intoxicações medicamentosas em adolescentes do sexo

**Quadro I**  
**Distribuição por patologias**

Patologia	N	% (N/1055)
Respiratória	332	31,5%
Infecção respiratória alta/baixa	253	
Asma/dispneia asmática	67	
Outras	12	
Gastrointestinal	179	16,9%
Gastroenterite aguda	126	
Apendicite aguda	22	
Vómitos	22	
Outras	9	
Queixas vagas de etiologia não definida	122	11,5%
Dor abdominal	67	
Algias coluna	17	
Toracalgia	15	
Lipotímia/tonturas	14	
Mal-estar	3	
Algias diversas	3	
Palpitações	1	
Dermatológica	79	7,4%
Urticária	22	
Infeciosa	20	
Acne	2	
Outras	32	
Infeciosa	52	4,9%
Infeciosa diversa	38	
Febre	14	
Neurológica	50	4,7%
Cefaleias	29	
Convulsões	9	
Paralisia facial	6	
Outras	6	
Saúde Mental	33	3,1%
Crises de ansiedade	15	
Tentativa de suicídio	6	
Patologia de conversão	5	
Anorexia nervosa	3	
Depressão	1	
Outras	3	
Ortopédica	31	2,9%
Traumatismos	17	
Outras	14	
ORL	25	2,4%
Otalgia	10	
Epistáxis	5	
Outras	10	
Ginecológica	24	2,3%
Mamária	6	
Dismenorreia	5	
Endometriose	5	
Gravidez	3	
Quistos ovário	2	
Outras	3	
Estomatológica	22	2,1
Genito-urinária	22	2,1
Infeciosa	11	
Outras	11	
Oftalmológica	20	1,9%
Diversa	24	2,3%

feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos. Duas delas tinham já acompanhamento psicológico prévio, uma das quais por uma tentativa de suicídio anterior. Não se registou nenhum óbito.

Cinquenta e um doentes (4,8%) foram internados a partir do SUP e 18 (1,7%) foram referenciados à Consulta de Adolescentes.

## Discussão

Os adolescentes dos 12 aos 15 anos representaram 4% do total de doentes atendidos no SUP do HSM durante o período considerado neste estudo. Se tivermos em consideração que um número importante de adolescentes eram ainda atendidos na Urgência Central (com patologia traumatológica) e na Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, verificamos que este grupo etário tem uma real necessidade de utilização dos serviços de saúde, contrariamente ao conceito muito generalizado de que se trata de uma "idade saudável".

Estudos prévios verificaram que os adolescentes (dos 10 aos 19 anos) representavam 15,7% dos doentes atendidos na Urgência Central do HSM<sup>(1)</sup>, 10-15% da população utente das consultas e internamento do Hospital Dona Estefânia<sup>(3)</sup> e 14,8% dos utentes nos Serviços de Atendimento Permanente (SAPs) da região de Lisboa<sup>(4)</sup>, contra apenas 5,8% do total de consultas de clínica geral em 35 Centros de Saúde da mesma área<sup>(4)</sup>. Atendendo a que os adolescentes (indivíduos dos 10 aos 19 anos) representam 11,75% da população portuguesa<sup>(5)</sup>, estes números traduzem a disparidade existente no tipo de serviço de saúde procurado pelos adolescentes, que sub-utilizam as consultas ao nível dos cuidados de saúde primários. Com efeito, o adolescente quando doente, recorre sobretudo ao serviço de urgência, onde encontra rapidez de resposta para o problema que o preocupa no momento, flexibilidade horária e anonimato<sup>(6)</sup>.

Por outro lado, é necessário ler estes números em função da situação actual dos Centros de Saúde e das Urgências, nomeadamente das áreas metropolitanas, em que existe um excedente de procura dos Serviços de Urgência pelos utentes de todos os grupos etários. A baixa percentagem de internamentos - 4,8% (excluindo os programados e a pedido) - confirma que um número importante de adolescentes recorre ao Serviço de Urgência por motivos que poderiam ser resolvidos em outro tipo de estrutura de saúde, não correspondendo assim a verdadeiras urgências, mas sim à tentativa de resolução do "problema" da forma mais imediata e menos burocratizada possível.

Atendendo a este vazio de oportunidades nos cuidados continuados no sentido de intervir em favor da promoção da saúde e bem-estar do adolescente, convém perceber que o contacto com os adolescentes no Serviço de Urgência constitui uma oportunidade única de desempenhar esse papel.

Houve um ligeiro predomínio do sexo feminino, ao contrário do verificado nos estudos referenciados em<sup>(1)</sup> e <sup>(10)</sup>. Esta diferença deve-se certamente à não inclusão das admissões por acidentes e traumatismos realizadas na Urgência Central, claramente mais frequentes no sexo

masculino<sup>(4,10)</sup>, onde representam a principal causa de mortalidade<sup>(7)</sup>.

O aumento progressivo da utilização do SUP dos 12 aos 14 anos verificado durante o período desta análise (Gráfico 1) não é sobreponível aos dados encontrados no estudo realizado na Urgência Central em 1990<sup>(1)</sup>.

Relativamente aos motivos de procura do SUP, verificou-se que as patologias mais frequentes (globalmente do foro respiratório e ORL e gastroenterológicas) foram idênticas às relatadas noutros estudos e semelhantes às situações com que os Pediatras lidam habitualmente no SU com as crianças mais jovens. O principal motivo de procura da Urgência pelos adolescentes em todos os estudos realizados - os traumatismos e acidentes - está aqui claramente subrepresentado, atendendo ao encaminhamento directo, à data deste estudo, dessas situações para a Urgência Central do nosso hospital.

Há, por seu turno, três grupos de patologias que nos parecem ser de realçar, o primeiro dos quais é o das "Queixas Vagas de Etiologia Não Definida". Este destaca-se não só pela sua frequência (correspondeu a 11,5% dos motivos de ida ao SUP, constituindo a terceira categoria diagnóstica mais frequente), mas sobretudo porque estas queixas poderão corresponder a Perturbações Psicogénicas/Somatoformes, ou tão somente à forma de o adolescente em stress emocional procurar ajuda, já que raramente o faz de forma explícita<sup>(8)</sup>. Esta elevada frequência registada poderá dever-se, em parte, às circunstâncias de atendimento no SU, em que a pressão dos outros doentes que se acumulam e a ausência de privacidade dificultam a avaliação detalhada da história clínica e dos antecedentes psicossociais, podendo escapar alguns elementos importantes para a elaboração do diagnóstico. Com efeito, o adolescente experimenta muitas vezes dificuldades em situar e exprimir as suas queixas<sup>(8,9)</sup>. Além disso, a queixa principal pode esconder outras, até potencialmente mais significativas, e que só um inventário paciente poderá desvendar<sup>(9)</sup>. No que diz respeito à identificação das Perturbações Psicogénicas/Somatoformes, o médico deve estar particularmente atento à presença de alguns sinais de alerta, nomeadamente a existência de conflitos emocionais ou factores de stress relacionáveis com o início ou o agravamento dos sintomas (nem sempre identificáveis) ou de uma discordância entre a descrição dos sintomas e os processos fisiopatológicos conhecidos. A avaliação da dinâmica de interacção familiar é fundamental quando nos deparamos com adolescentes que apresentem queixas deste tipo, havendo também a este nível alguns aspectos que devem colocar o médico na pista de perturbações do foro psicológico. São eles a existência de uma discrepância entre o grau de preocupação dos pais e a percepção do grau real de sofrimento manifestado pelo adolescente, uma situação de desinte-

gração familiar ou uma atitude parental infantilizadora e superprotectora ou, pelo contrário, excessivamente rígida. Estes pais adoptam, por vezes, uma atitude de defesa ou hostil em relação aos profissionais de saúde, após terem realizado diversas visitas aos serviços médicos pelas mesmas queixas, sem que lhes tenha sido formulado um diagnóstico e dada uma resposta. Os sintomas mais frequentemente referidos pelos adolescentes com Perturbações Psicogénicas são as queixas álgicas crónicas/recorrentes (cefaleias, dores abdominais, toracalgia, dores nos membros ou referidas à coluna), as alterações da força muscular e/ou da marcha, as lipotímias/tonturas, a dificuldade respiratória (com estridor ou hiperventilação) e os vômitos cíclicos. É muito importante ter em mente que não é suficiente o médico na Urgência dizer ao doente que não existe evidência de patologia médica significativa. O doente e a família sabem que existe algum problema e irão voltar ao SU cada vez que os sintomas se repetirem. Os ganhos secundários que resultam destas situações, quer para o adolescente quer para a família, podem contribuir para perpetuar as queixas, tornando-se ambos dependentes dos próprios sintomas de conversão. O papel mais importante do médico no SU é excluir a existência de uma emergência médica, facultar alívio sintomático e garantir um acompanhamento médico a longo prazo.

Os outros dois grupos destacam-se não tanto pela sua representatividade numérica, mas pelo facto de se tratar de patologias mais raramente encontradas nos outros grupos etários pediátricos e, por isso, mais difíceis de abordar pelos pediatras que estão menos familiarizados com essas patologias. São elas as Patologias Psiquiátrica e Ginecológica (respectivamente 3,1 % e 2,3% das patologias diagnosticadas).

Dentro da Patologia Psiquiátrica, merecem particular referência as tentativas de suicídio. À semelhança de outros estudos<sup>(4,10)</sup>, verificou-se um claro predomínio do sexo feminino (neste caso 100%). Convém assinalar que, caso fossem abrangidos adolescentes até aos 19 anos, a percentagem encontrada seria certamente superior, uma vez que a incidência de casos de intoxicação medicamentosa/tentativa de suicídio sobe dramaticamente no grupo etário dos 15-19 anos. Este representa um grupo de alto risco, merecedor de uma atenção muito especial, tanto mais porque o suicídio representa a causa externa mais importante de mortalidade nas adolescentes do sexo feminino (30-35%)<sup>(7)</sup>.

Da análise das patologias apresentadas pelos adolescentes dos 12 aos 15 anos admitidos no SUP ressalta, assim, a necessidade de actualizar a formação dos Pediatras e outros profissionais de saúde na área da Medicina de Adolescentes. Se existe já uma Consulta destinada especificamente aos adolescentes, realizada por

médicos com formação específica nesta área, o atendimento a adolescentes na Urgência e no Internamento continua, e continuará a médio-longo prazo, a ser conduzido por Pediatras Gerais ou com outras subespecializações. Estes deverão ser sensibilizados para as particularidades da abordagem médica deste grupo etário, de forma a que possam ter um papel activo na construção da saúde e bem-estar físico, psíquico e social dos adolescentes.

Um dos aspectos mais relevantes desta abordagem passa logo pela atitude do médico perante o adolescente, que valoriza a frontalidade e o respeito, em detrimento da condescendência, que o faz sentir-se tratado como criança, com a qual já não se identifica<sup>(11,12,13)</sup>. Outros factores que parecem influenciar favoravelmente a decisão dos adolescentes em procurar assistência médica são o aconselhamento sem preconceitos e juízos de valor por parte do médico (tanto mais importante quanto estejam implicados problemas relacionados com a sexualidade), a explicação prévia dos passos do exame objectivo (em que muitas vezes sentem a sua intimidade devassada) ou de outros procedimentos e o respeito pela sua privacidade física (correr as cortinas na sala de observação) e psíquica (confidencialidade)<sup>(6,9,11)</sup>. Esta abordagem do adolescente, como interlocutor privilegiado<sup>(14)</sup>, marca uma diferença substancial em relação à atitude pediátrica tradicional no caso dos lactentes e crianças mais novas, em que os interlocutores habituais são os pais ou seus substitutos.

O adolescente com doença crónica merece uma referência particular. De facto, todas as considerações feitas a pensar fundamentalmente nos adolescentes sem passado médico de especial relevo, são também pertinentes para aqueles a quem os pediatras muitas vezes conhecem desde crianças e como tal se continuam a relacionar, não valorizando a problemática adicional que as alterações biológicas, cognitivas e sociais da adolescência representam para estes indivíduos, já fragilizados pela doença<sup>(8)</sup>.

Paralelamente à formação dos profissionais de saúde, é evidente a necessidade de adaptar as condições físicas de atendimento aos adolescentes no SUP. Como facilmente se admite, a existência de um gabinete privado e equipado especificamente para observação de adolescentes na Urgência será um passo fulcral para a melhoria dos cuidados aí prestados. Actualmente, a observação é feita por detrás de uma cortina (que nem tão pouco existia no período inicial de alargamento da idade de atendimento no SUP), por onde irrompem constantemente outras pessoas. Este cenário em nada respeita a privacidade tão prezada pelos adolescentes e em muito limita a obtenção de dados da anamnese imprescindíveis para a compreensão do adolescente como um todo, sob pena de se subdiagnosticarem algumas patologias ou situações de risco.

## Bibliografia

1. Stone R, Sassetti L, Marcelino J. Adolescentes na Urgência do Hospital de Sta Maria. *Rev Port Pediatr* 1991; 22 : 25-30.
2. Fonseca H, Marcelino J. Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina de Adolescentes. *Acta Pediatr Port* 2002; 3 (33): 181-7.
3. Torre M L, Neves M C, Dias A, Cepêda T, Estrada A. O hospital e o adolescente. Uma visão num hospital pediátrico. *Acta Pediatr Port*, 1996; 7 (26) : 417-21
4. Castanheira J L. Utilização dos Centros de Saúde pelos Adolescentes – um estudo em Lisboa. *Rev Port Pediatr*, 1987 ; 18 : 379-84.
5. Estimativa intercensitária da população residente em Portugal (31 de Dezembro de 2001). Instituto Nacional de Estatística.
6. Hodgson C, Feldman W, Corber S, Quinn A. Adolescent health needs II : utilization of health care by adolescents. *Adolescence* 1986; 21 (82): 383-90.
7. Prazeres V. Mortalidade por causas externas na adolescência. Variação segundo o sexo e a idade (1989 a 1993). *Saúde Números* 1995; 10: 4-5.
8. Fonseca H. O adolescente e a saúde. *Acta Pediatr Port*, 1995; 5(26): 259-60.
9. Alvin P, Eicher C. Anodins, ces adolescents qui consultent et "ne savent pas pourquoi ? " *Médecine Enfance* 1991; Jan: 7-10.
10. Virella D, Martins P, Ferreira J P. Puberdade e adolescência no serviço de pediatria do hospital distrital de Cascais. *Acta Pediatr Port* 1996; 4 (27) : 699-703.
11. Ginsburg K R, Menapace A S, Slap G S. Factors affecting the decision to seek health care: the voice of adolescents. *Pediatrics*, 1997; 100: 922-30.
12. Alvin P, Courtecuisse V. Médecine des adolescents. Croissance et perspectives. *Arch Fr Pediatr* 1991; 48: 137-41.
13. Neinstein L. The Office Visit, Interview Techniques, and Recommendations to Parents. In: Neinstein L. Adolescent Health Care - A Practical Guide, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 46 - 60.
14. Fonseca H. Compreender os Adolescentes - Um Desafio Para Pais e Educadores. Lisboa: Editorial Presença, 2002.