



EDITORIAIS

O crescimento através da qualidade

Growth through quality

Jefferson Pedro Piva

Inegavelmente a pesquisa desempenha um papel de fundamental relevância na busca do crescimento e desenvolvimento, quer seja de uma especialidade, de uma indústria ou de uma nação. Até que se alcancem os primeiros resultados percorre-se um árduo caminho. É imprescindível o investimento de tempo, de recursos humanos e materiais e muita persistência. Talvez por isso os centros de pesquisa em Medicina estejam se centralizando cada vez mais em um reduzido número de países. Recentemente foi publicado um editorial que concluía pela existência de dois mundos no que se refere à produção científica em Terapia Intensiva. Para tal análise, o autor baseava-se no pequeno número de artigos publicados em dois dos principais periódicos da especialidade, que fossem originários de países que não os Estados Unidos, Canadá ou do continente europeu. No ano de 1991, a revista *Critical Care Medicine* publicara apenas quatorze artigos dessas outras nações, sendo que onze eram oriundos da Austrália e Japão, enquanto a revista *Intensive Care Medicine* publicara apenas oito artigos oriundos de outras nações e, da mesma forma, sete eram originários do Japão e Austrália. Dos vinte e dois artigos publicados por autores de fora dos Estados Unidos, Canadá e Europa, nas duas revistas citadas, em 1991, apenas um era oriundo do Brasil¹.

Mesmo relevando-se os erros de amostragem (as revistas escolhidas, o curto período de estudo, a área de publicação, entre outros), nossa sensibilidade nos diz que a realidade das publicações em Pediatria não deva situar-se tão distante desse quadro. Existem inúmeras causas para explicar a nossa pobre produção científica, tais como a falta de incentivo, a falta de estímulo profissional e financeiro, as dificuldades econômicas, as condições de trabalho, o excesso de trabalho assistencial, a falta de uma cultura nesse sentido, os problemas com a tradução para outros idiomas, as exigências das revistas internacionais, etc.

Mesmo assim, não consideramos o panorama tão sombrio. Vemos hoje vários pólos, ainda que incipientes, aprimorando e desenvolvendo a pesquisa em diferentes áreas da Pediatria em nosso País. Novos cursos de pós-graduação têm surgido e rapidamente se firmado como locais de treinamento e formação de pesquisadores. Mas, apesar desse esforço, muitos dos trabalhos neles produzidos são ainda enviados para publicação em revistas internacionais,

onde aguardam um longo período de espera até a aprovação final. Essa opção é tomada em função de vários fatores, mas especialmente em razão da maior respeitabilidade que os periódicos internacionais desfrutam dentro da comunidade científica. Como decorrência desse procedimento, grande parte dos pediatras de nosso País acabam por não tomar conhecimento dos resultados de pesquisas realizadas em nosso meio e que poderiam beneficiá-los imediatamente. A consequência é o prejuízo dos dois maiores interessados: o pesquisador e o próprio leitor.

Temos ciência de que a inversão dessa ordem não se dará por decreto ou por imposição. Esse privilégio deverá ser conquistado. Como sabemos, existe um movimento mundial pela busca do gerenciamento da qualidade total, que vem sendo incorporado em vários setores também pelo Brasil. Essa técnica de gerenciamento que revolucionou a indústria mundial, encontrou no Japão o seu nascedouro e o lugar de maturação^{2, 3}. Sua aplicação tem-se estendido em todas as direções, incluindo a Medicina^{4, 5}. Entre seus principais fundamentos, destacamos pelo menos dois: (a) que o produto a ser oferecido deve atender plenamente às *aspirações dos clientes*; (b) que o produtor deve estar sempre atento para detectar e interpretar adequadamente *novos paradigmas* (tendências) e preparar-se para, tão logo quanto possível, incorporá-los ao seu produto².

No caso de uma revista científica como o Jornal de Pediatria, os clientes são os sócios da SBP, os leitores, os pesquisadores e a comunidade científica. Para que se alcance o sucesso, deve-se atender ao máximo às exigências de *todos* os seus clientes. Exatamente dentro desse espírito é que o Jornal de Pediatria vem se organizando nos últimos dois anos, tendo já atingido a regularidade e normalidade de distribuição, a viabilidade financeira, a adesão crescente dos pesquisadores de nosso País, com um número cada vez maior de artigos enviados para publicação, assim como o respeito e adesão dos anunciantes.

A partir desse patamar, pretendemos - e devemos - atingir cada vez mais a satisfação dos nossos clientes, o que significa dizer a progressiva aprimoração de nosso produto. Nossa proposta é que, até o final de 1995, o Jornal de Pediatria esteja em condições de se nivelar com os principais periódicos internacionais. Consideraremos atingido esse

objetivo, quando obtivermos a sua inclusão no *Index Medicus* internacional. Atualmente, a obtenção da indexação internacional é um processo extremamente rígido, minucioso e, por isso mesmo, justo. Esse julgamento será o grande teste para nossa qualidade. Com essa finalidade é que estamos introduzindo algumas importantes modificações, que fazem parte da padronização internacional, e que se refletirão tanto na forma como no conteúdo dos artigos. A incorporação dessas normas traz consigo um progressivo aumento no rigor das publicações, o qual reverte em benefício direto de todos os clientes: leitores, pesquisadores, anunciantes e comunidade científica.

Dentro dessa nova linha editorial, ressaltamos, a partir deste exemplar, os editoriais científicos com enfoque nos artigos originais publicados que, pela importância do tema ou dos resultados da pesquisa, mereçam uma discussão mais ampla; o artigo especial de revisão, que será veiculado em todos os números; a divulgação das novas normas para os colaboradores; e a continuidade nas modificações do leiaute da revista.

Mesmo que venhamos a atingir os objetivos no prazo estabelecido, ainda assim não se pode imaginar que teremos solucionado a problemática levantada no editorial do Dr. Dobb, à qual nos referimos no início. Para inverter-se essa

realidade, necessita-se de profundas mudanças de ordem social, econômica e política. Mas o fato é que o *Jornal de Pediatria* pretende adaptar-se aos novos tempos, alcançar seu desenvolvimento através da melhoria na qualidade e satisfação de seus leitores, colaboradores e anunciantes. Esperamos, ao cumprir nosso papel, contribuir também para uma mudança na postura, ser um reforço positivo no movimento desenvolvido pelos pesquisadores e respectivos centros de pesquisa, assim como um veículo que facilite e agilize a atualização e aquisição de novos conhecimentos da *Pediatria nacional*.

Referências bibliográficas

1. Dobb GJ. Intensive Care Medicine: Two Worlds? *Intensive Care World* 1993;10: 7.
2. Campos VF. Controle de qualidade total. 3a. ed. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992, 220p.
3. Campos VF. A virada vem aí. *Veja* 22 dezembro 1993; 26: 7-9.
4. Booth FVM. ABC da garantia de qualidade. *Clin Ped Am Norte* 1993; 3: 493-508.
5. Buccini EP. Gestão da qualidade total na unidade de terapia intensiva: uma cartilha. *Clin Ped Am Norte* 1993; 3: 465-476.

Dor no recém-nascido

Pain in the newborn infant

Renato S. Procianoy*

Apesar das constatações empíricas de pais e de pessoal médico e paramédico que cuidavam de recém-nascidos, a ciência médica levou muito tempo para se convencer de que o recém-nascido sente dor. A dor é um sintoma que deve ser manifestado pelo paciente, e como o recém-nascido não expressa as suas sensações de forma verbal, a constatação do sentimento de dor pelo neonato tornava-se questionável. Somava-se a isso, o fato de que o recém-nascido apresenta inadequada mielinização do sistema nervoso central, receptores imaturos, transmissão modificada no tecido nervoso imaturo, maiores concentrações plasmáticas de endorfinas e aumento da permeabilidade hemato-encefálica.¹

Foi somente a partir da segunda metade da década de 80 que surgiram os primeiros trabalhos científicos mostrando as alterações a que são sujeitos os recém-nascidos quando submetidos à dor. O estresse doloroso leva a alterações: 1. cardiorrespiratórias: taquicardia, aumento de pressão ar-

terial, decréscimo da pressão parcial de oxigênio no sangue e sudorese palmar; 2. hormonais e metabólicas: aumento dos níveis séricos de catecolaminas, cortisol, glucagon e hormônio do crescimento, supressão de insulina e aumento na excreção nitrogenada; 3. comportamentais: expressão facial, resposta motora e choro.²

A supressão das manifestações secundárias à dor foi obtida através do uso de analgesia adequada. A maioria dos estudos feitos ateu-se à adequada analgesia durante processos dolorosos agudos, tais como procedimentos cirúrgicos^{3,4}. O uso de fentanil, um potente opiáceo que apresenta como vantagem não aumentar a concentração plasmática de histamina e ter efeito desprezível sobre a função cardiovascular⁵, elimina as alterações decorrentes da dor quando se comparam dois grupos de recém-nascidos: um tratado com fentanil e outro que não tenha feito uso desse anestésico.³

O artigo publicado nesse número, de autoria de Guinsburg e colaboradores, tem o mérito de mostrar que recém-nascidos prematuros com menos de 32 semanas de idade

* Professor Titular de Pediatria
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

gestacional, em ventilação mecânica com cânula endotraqueal, apresentam alterações clínicas e bioquímicas compatíveis com estresse e que são amenizadas pelo uso de fentanil, sugerindo, portanto, que estejam sentindo dor. O estudo se resume ao uso de uma única dose de fentanil e o acompanhamento desses recém-nascidos durante uma hora após a sua administração. Resta a dúvida se a adequada analgesia desses pacientes durante todo o período de ventilação mecânica poderia tornar a recuperação desses recém-nascidos mais rápida. É importante, entretanto, lembrar que o uso prolongado de fentanil em infusão contínua endovenosa causa síndrome de abstinência em crianças pequenas^{6,7} e o desenvolvimento de tolerância farmacológica em recém-nascidos⁸, necessitando o aumento progressivo da dose utilizada.

Conclui-se, portanto, que o recém-nascido prematuro sente dor e que ocorrem alterações clínicas e bioquímicas em sua decorrência. A analgesia adequada deve ser utilizada em processos dolorosos agudos. Quanto ao uso de fentanil em infusão contínua durante o processo de ventilação mecânica, convém aguardar novos estudos.

Referências bibliográficas

1. Choonara I. Management of pain in the newborn infants. *Semin Perinatal* 1992;16:32-40.
2. Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effect in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987;317:1321-9.
3. Anand KJS, Sippell WG, Aynsley-Green A. Randomized trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *Lancet* 1987;1:243-7.
4. Anand KJS, Sippell WG, Schofield NM, Aynsley-Green A. Does halothane anaesthesia decrease the metabolic and endocrine stress response of newborn infants undergoing operation? *Br Med J* 1988;296:668-72.
5. Arnold JH, Anand KJS. Anaesthesia and analgesia. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, ed. *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. 4 ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1994: 1334-45.
6. Bergamn I, Steeves M, Burckart G, Thompson A. Reversible neurologic abnormalities associated with prolonged intravenous midazolam and fentanyl administration. *J Pediatr* 1991; 119:644-9.
7. Lane JC, Tennison MB, Lawless ST, Greenwood RS, Zaritsky AL. Movement disorder after withdrawal of fentanyl infusion. *J Pediatr* 1991; 119:649-51.
8. Arnold JH, Truog RD, Scavone JM, Fenton T. Changes in the pharmacodynamic response to fentanyl in neonates during continuous infusion. *J Pediatr* 1991;119:639-43.

Tuberculose - um problema antigo e sempre atual

Tuberculosis - An old and ever present problem

Maria Aparecida de Souza Paiva

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde constatou que 32% da população mundial estava infectada pela tuberculose, ou seja, 1,7 bilhão de pessoas, com uma incidência anual de oito milhões de casos novos. No Brasil, no mesmo ano, o Ministério da Saúde estimava em 40 milhões o número de indivíduos infectados, com 100 mil casos novos por ano. "Trocando em miúdos", a tuberculose acomete pelo menos 10 brasileiros a cada hora e mata 14 por dia ¹.

As causas desse quadro tão grave não têm soluções simples, pois suas raízes se aprofundam na magnitude dos problemas sócio-econômicos mundiais e, particularmente, de países como o nosso.

Se observarmos ao longo do tempo, retrospectivamente, as estratégias de controle da tuberculose no Brasil, identificaremos fases de luta e omissão, sempre ao sabor das decisões políticas. Mas, muitas foram as pessoas de valor empenhadas na persistência dessa luta, culminando com o avanço, nas últimas duas décadas, do Programa Nacional Contra a Tuberculose, que orientou a padronização de con-

duas em âmbito nacional, com a implantação do tratamento predominantemente domiciliar, com esquema de curta duração, conseguindo também cobertura vacinal elevada com BCG intradérmico na maioria dos Estados ².

Todos os avanços técnicos e científicos, contudo, só terão impacto contra a tuberculose quando o Governo e a Sociedade evoluírem, preocupando-se com soluções que resultem em melhor qualidade de vida para todos.

Um outro fator de risco importante, a infecção pelo HIV, surgiu na década passada, influenciando mundialmente a elevação dos índices da tuberculose. A interação entre ambas as infecções constitui um sério problema sanitário que elevará muito a morbidade e a mortalidade. Em países desenvolvidos, mas com elevada prevalência desse vírus, já se notifica um número crescente de casos de tuberculose. O controle dessa infecção epidêmica vinculada à infecção pelo HIV, dependerá de programas efetivos de diagnóstico rápido, tratamento adequado e medidas de quimioprofilaxia para os infectados pelo vírus³. Essa epidemia está sendo

complicada por uma outra - a epidemia do bacilo multiresistente, que vem emergindo principalmente em pacientes aids e que requer atenção também especial e urgente⁴.

A nossa luta tem que continuar, mesmo com os agravos sociais e a disseminação da infecção pelo HIV, e os pediatras podem ser muito importantes neste combate. Eles devem conhecer as nuances clínicas da tuberculose da criança e saber valorizar exames como o PPD e o Rx, já que a bacterioscopia do escarro pouco os auxilia, devem saber reconhecer no seu pequeno paciente um excelente caso índice para a busca de outros casos na família ou na comunidade, devem enfim, assumir o atendimento das crianças com tuberculose nas suas Unidades, alertando as mães para o risco do tratamento incorreto, substituindo com melhores resultados os pneumologistas sem formação pediátrica.

Este número do Jornal de Pediatria publica dois artigos de muito interesse para o pediatra, relativos à tuberculose.

Um deles - "Pode-se utilizar o Teste de Mantoux em crianças vacinadas com BCG?" - vem somar mais argumentos a favor da realização do teste PPD no diagnóstico da tuberculose na criança, principalmente de mais de dois anos

de idade, mesmo sendo já vacinada com BCG, contribuindo para a compreensão dinâmica desse exame.

O outro - "Tuberculose não reativa: um estudo clínico-patológico" - tem a importância de chamar a atenção, principalmente em tempos de SIDA, para uma forma clínica de tuberculose que acomete pacientes com reação imunológica deficiente de qualquer origem, alertando para sua evolução atípica e detalhando o seu estudo anatomo-patológico.

Cumprindo, assim, o Jornal de Pediatria, auxiliando a nossa luta contra a tuberculose, mais uma vez, o seu papel de informação e educação continuada.

Referências bibliográficas

1. Hijjar MA. Vencer a tuberculose, agora e para sempre. J de Pneumologia. 1993; 19(1): 6-7.
2. Ribeiro SN. O controle da tuberculose no Brasil: Principais momentos de sua história. Pulmão - RJ 1993; 3(2): 27-40.
3. Declaración sobre el SIDA y la tuberculosis. WHO/GPA/INF/89.4. Ginebra, marzo de 1989.
4. Neville K. et al. The third epidemic - multidrug - resistant tuberculosis. Chest 1994; 105 : 45-48.