

# **“Saúde 24”: o que chega a um Serviço de Urgência de Pediatria**

## **Artigo Científico**

**Trabalho Final do 6º ano médico com vista a atribuição do grau de Mestre  
no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina.**



**Marta Isabel Fernandes Pinheiro**

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC), Portugal  
marta\_isa\_pinheiro@hotmail.com

**Orientador: Dr.<sup>a</sup> Mónica Oliva**

**Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Guiomar Oliveira**

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC-EPE), Portugal  
Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC), Portugal  
monicaoliva@net.sapo.pt  
guiomar@chc.min-saude.pt

**Coimbra 2014**

## Índice Geral

<b>Resumo</b> .....	3
<i>Abstract</i> .....	5
<b>Acrónimos/Acronyms</b> .....	7
<b>Introdução</b> .....	8
<b>Material e Métodos</b> .....	10
<b>Resultados</b> .....	13
<b>Discussão e Conclusões</b> .....	17
<b>Agradecimentos</b> .....	21
<b>Referências bibliográficas</b> .....	22

## Resumo

O serviço “Saúde 24” (S24) é uma linha telefónica/plataforma digital portuguesa, que resulta de uma parceria público-privada, criada em 2007. Oferece serviços de triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, assistência em saúde pública e informação geral de saúde. Através da triagem telefónica o serviço tem como objetivos referenciar apenas casos prioritários aos serviços de urgência (SU) e proporcionar os cuidados mais adequados a cada situação.

**Objetivos:** Das crianças e jovens encaminhadas telefonicamente pelo S24 ao SU do Hospital Pediátrico (HP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC-EPE), pretendeu-se conhecer: quantas efetivamente se deslocaram à instituição, as características demográficas e clínicas, a prioridade atribuída pelo S24 e pelo hospital e ainda se houve concordância entre a triagem atribuída por estas duas entidades.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva de todos os casos referenciados ao SU do HP, entre junho e setembro de 2013, pelo S24. As patologias foram classificadas segundo a *International Classification of Diseases, 9th edition (ICD-9)*. A análise estatística fez-se com recurso ao *SPSS v2.0*. O nível de significância considerado foi de 5%.

**Resultados:** Do total de chamadas passíveis de referência ao HP foram encaminhadas, ao SU, 31,2%. A amostra em estudo contou com 616 casos/faxes. A maioria encontrava-se na faixa etária entre as 4 semanas e os 23 meses (39,9%), seguida dos 2 aos 5 anos (29,2%) e eram provenientes do concelho de Coimbra. Registou-se maior número de casos nos meses de junho e julho, sobretudo durante o dia (58,1%; teste binomial,  $p < 0,001$ ) e aos fins de semana (39,0%;  $\chi^2(6) = 32,9$ ,  $p < 0,001$ ).

Da amostra recolhida, 87,0% das chamadas referenciadas vieram efetivamente ao SU. Destas, em 52,2% dos casos a triagem atribuída no HP foi a cor verde (observação médica em

60 minutos). Em 37,3%, os doentes esperaram entre 30 a 60 minutos até ao primeiro contacto médico. Através do critério definido neste estudo, o recurso ao SU foi justificado em 47,0% dos episódios. A grande maioria dos casos teve alta sem qualquer referenciação (95,1%). Ficaram internadas dez crianças.

Não se obteve concordância, estatisticamente significativa, entre a triagem atribuída pelo S24 e a triagem hospitalar.

As patologias com maior representatividade, quer no S24 quer no HP, foram relativas a sinais, sintomas e condições mal definidas (como febre, vómitos ou tosse) e a doenças infecciosas e parasitárias.

**Discussão e Conclusões:** Parece haver um conhecimento generalizado por parte da população acerca do S24, uma vez que o volume de chamadas efetuadas tem aumentado. Também, neste estudo, o número de telefonemas foi claramente superior às crianças e jovens referenciados ao HP.

Grande parte dos doentes foram triados com cor verde, no HP, e a percentagem de internamentos foi muito baixa, sugerindo casos sem gravidade imediata. Além disso, mais de metade da amostra foi referenciada entre as 9 e as 18 horas. Muitos destes casos parecem não ter tido justificação para o encaminhamento à urgência hospitalar.

Numa análise global, doentes triados a nível hospitalar com maior gravidade, também haviam recebido uma triagem do S24 mais urgente. Contudo, os casos considerados injustificados tinham na generalidade uma indicação para procurar cuidados médicos imediatamente ou em quatro horas, realçando a dificuldade em avaliar queixas subjetivas, via telefónica, o que pode ter levado a um excesso de referenciações ao hospital.

Parece necessária uma análise mais pormenorizada deste assunto com vista à otimização dos recursos existentes no Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente equacionando a possibilidade de referenciação, de crianças e jovens, aos cuidados primários quando a triagem

do S24 concluir por “Procurar cuidados médicos no espaço de uma a quatro horas” ou “Procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas”.

No atendimento hospitalar, registaram-se casos de espera superior ao pré-estabelecido, devendo merecer alguma preocupação por parte dos responsáveis.

Serão importantes estudos mais abrangentes e noutros centros de diferentes níveis.

## **Palavras-chave**

Triagem telefónica; Serviço de Urgência; Pediatria; Serviço “Saúde 24”

## ***Abstract***

"Saúde 24" service (S24) is a Portuguese telephone line/digital platform that results from a public-private partnership since 2007. It offers triage, counseling and referral services, in the event of illness, public health care and general health information. Through telephone triage this service aims to reference to the Emergency Department (ED) only priority cases and provide the most appropriate care for each situation.

**Objectives:** To determine which children and young people were referred by S24 to ED of *Hospital Pediátrico* (HP) of *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra* (CHUC-EPE), how many actually went to hospital, demographic and clinical characteristics, what priority was given by S24 and in the hospital, and if there was agreement between S24 and hospital triage.

**Material and Methods:** Retrospective analysis of all cases referred by S24 to the ED of HP, between June and September 2013. Diseases were classified according to the International Classification of Diseases, 9th edition (ICD-9). Statistical analysis was done with SPSS v2.0. The level of significance was 5%.

**Results:** Of all the calls received by S24 belonging to the HP influence area, 31.2% were referenced to hospital. The study sample included 616 cases/faxes. The majority were aged between 4 weeks and 23 months (39.9%) followed by 2 to 5 years (29.2%) and lived in Coimbra county. There were a larger number of cases in June and July, especially during the day (58.1%; binomial test,  $p < 0,001$ ) and at weekends (39.0%;  $\chi^2(6) = 32.9$ ,  $p < 0.001$ ).

Eighty seven percent of the referenced calls actually went to the ED. Hospital triage was assigned with green colour (medical observation in 60 minutes) in 52.2% cases. Thirty-seven patients waited between 30 to 60 minutes until the first medical contact. According to the criteria defined by this study, reference to ED was justified in 47.0% episodes. The vast majority of cases went home without any referral (95.1%). Ten children were hospitalised.

There was no statistically significant agreement between S24 and the hospital triage.

The most representative diseases, either in S24 or HP, were related to signs, symptoms and ill-defined conditions (such as fever, vomiting or cough) and infectious and parasitic diseases.

**Discussion and Conclusions:** The general population seems to know S24 since the number of calls are increasing and it was clearly superior to the number of children referenced to HP.

HP assigned the green colour to most patients and the percentage of hospitalisations was very low, suggesting no emergency cases. Moreover, more than half of the cases were attended between 9 a.m. and 6 p.m. Many of these cases appear to have no justification of referral to the emergency department.

Both S24 and HP agreed on the triage of the most urgent cases. However, many less urgent cases were told to seek medical care immediately or within four hours, highlighting the difficulty in assessing subjective complaints by telephone. As a result, there seemed to have been an excess of referral to hospital rather than primary care.

A more thorough analysis of this subject is needed to optimise existing resources of the National Health System, such as equating the possibility of referring children and young people to primary care when screening by S24 recommends "Seek medical attention within one to four hours" or "Seek medical attention within 12 hours."

At the hospital, there were cases that exceeded the predetermined waiting time, which should merit concern from those responsible.

It is important to organise more studies in other centres with different levels of care.

### ***Keywords***

*Telephone triage; Emergency Department; Pediatrics*

### ***Acrónimos/Acronyms***

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**CHUC-EPE** – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**ED** – *Emergency Department*

**HP** – Hospital Pediátrico

**ICD-9** – *International Classification of Diseases, 9th edition (OMS)*

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**S24** – Saúde 24

**SU** – Serviço de Urgência

## Introdução

O serviço “Saúde 24” (S24) é uma linha telefónica/plataforma digital resultante de uma parceria público-privada entre a Direcção Geral de Saúde e a Linha de Cuidados de Saúde, S.A.<sup>1,2</sup> É um serviço português de atendimento à população, baseado no sistema britânico,<sup>3</sup> que oferece permanentemente triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, assistência em saúde pública e informação geral de saúde.<sup>1</sup> Foi implementado em Portugal continental, depois do sucesso alcançado com um projecto piloto na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo.<sup>4</sup> Desde 2007, o “Saúde 24” passou a incorporar a linha telefónica S24 Pediatria, vulgarmente denominada “Dói, dói? Trim, trim!”, e a Linha de Saúde Pública, previamente existentes.<sup>1,5</sup>

Destacando o serviço de triagem telefónica, cada vez mais difundido nos países desenvolvidos,<sup>6,7</sup> este pode definir-se como o processo de recolha telefónica e interpretação de informação, avaliando-se a necessidade de intervenção médica, e em que tempo, face a um determinado problema.<sup>4</sup> Assim, alguns dos objetivos do S24 serão referenciar apenas casos prioritários aos serviços de urgência (SU), descongestionando-os,<sup>8</sup> evitar deslocações e exposições desnecessárias e proporcionar, no momento oportuno, os cuidados adequados (garantindo igualdade de acesso aos mesmos), reduzindo ainda os custos associados.<sup>3,4</sup>

Após um contacto (telefónico, por fax ou *e-mail*), em português ou inglês,<sup>3</sup> e com base em queixas subjetivas, a triagem, de crianças e adultos, é feita por enfermeiros, partindo de 117 algoritmos de decisão e protocolos clínicos informatizados,<sup>4</sup> aliados ao senso clínico e experiência do profissional, que poderá adequar a orientação do doente.<sup>2,9</sup> São propostos conselhos de conduta no domicílio, a marcação de uma consulta ou é feito o encaminhamento a instituições de saúde.<sup>4,5</sup> Nesta última situação, a chamada poderá ser encaminhada para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou o doente pode receber indicação para se

deslocar rapidamente ou no espaço de uma a quatro horas ao SU, ou ainda, em situações menos urgentes, aos Centros de Saúde, em 12 horas.<sup>2,4</sup> Para notificar a situação é enviado um fax à instituição escolhida, salvo se os utentes se opuserem.<sup>4,5</sup>

A instituição visada é selecionada com base nas áreas de influência dos serviços de urgência e nos níveis e tipos de urgência definidos no Protocolo de Articulação entre o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e a Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Nas situações em que é detetada a necessidade de observação médica num período até 12 horas, o encaminhamento é feito principalmente para os Centros de Saúde e segue as seguintes condições: hora e local do contacto, Centro de Saúde no qual o doente está inscrito e o seu horário de funcionamento. Havendo alguma impossibilidade, a orientação segue para a urgência hospitalar mais adequada e não para outro Centro de Saúde.<sup>2</sup>

O recurso a este serviço tem aumentado sobretudo nos centros urbanos,<sup>4</sup> todavia existem ainda poucos estudos, à semelhança da maioria dos países com sistemas equivalentes, que avaliem a eficácia deste tipo de triagem.<sup>7,10,11</sup> Porém é importante conhecer a sua validade clínica e a real contribuição para o sistema de saúde: se verdadeiramente facilita o atendimento no serviço de urgência, se há benefícios na saúde da população, o grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde e ainda, identificar eventuais falhas que permitam tirar conclusões sobre o impacto desta abordagem, num meio cultural e assistencial diferente daquele em que este serviço surgiu.<sup>12</sup>

Os resultados relativos à validade e efetividade deste tipo de serviços têm sido controversos, surgindo estudos com conclusões antagónicas. Uma revisão da *Cochrane* de 2004, refere que em sete estudos identificados, seis sugerem não haver vantagens com o uso deste modo de triagem e um mostrou que a sua implementação levou ao aumento da afluência ao SU.<sup>7</sup> E, embora outros estudos tenham demonstrado a eficácia deste modo de triagem, admite-se que pode representar uma etapa vulnerável nos cuidados médicos.<sup>6,8</sup>

Neste trabalho propôs-se realizar uma análise dos casos enviados, por este sistema, ao SU do Hospital Pediátrico (HP) de Coimbra.

O HP, integrado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC-EPE), é o único hospital central pediátrico (nível III) da Região Centro, mas funciona também como hospital de primeira linha para o concelho de Coimbra. A idade de atendimento engloba crianças e adolescentes até aos 18 anos. Em 2013, registaram-se 60.276 inscrições no SU (Fonte: Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão – CHUC-EPE).

À entrada do SU é feita uma triagem, por um enfermeiro(a), utilizando o sistema de triagem pediátrico Canadano (*Canadian Paediatric triage - PaedCTAS*).<sup>13</sup> É então estabelecida uma prioridade temporal de atendimento (cor), conforme a gravidade da situação: vermelho (atendimento imediato), laranja (15 minutos), amarelo (30 minutos), verde (60 minutos) e azul (120 minutos).<sup>14</sup>

Este estudo teve como objetivos determinar quais as crianças encaminhadas ao SU deste hospital, pelo S24: quantas efetivamente se deslocaram à instituição, as características demográficas e clínicas, a prioridade atribuída pelo S24 e pelo hospital e ainda se houve concordância entre a triagem atribuída por estas duas entidades.

## **Material e Métodos**

### **Tipo, local e período de estudo**

Análise descritiva, retrospectiva dos faxes enviados, pelo S24 ao SU do HP, entre 1 de junho e 30 de setembro de 2013. O período selecionado relata uma amostra de conveniência e não uma tentativa de representação de uma época específica do ano.

## **Fonte de dados**

Os dados foram obtidos através dos documentos provenientes do S24 e do *software* de registo do HP - Sistema de Apoio ao Médico. Foi previamente solicitado ao secretariado do SU que arquivasse os documentos (faxes) do S24. Ainda assim, eventuais falhas poderão ter ocorrido por extravio de alguns destes documentos ou por eventual recusa do seu envio, à instituição, por parte dos prestadores de cuidados.

## **Amostra**

A amostra englobou os faxes enviados pelo S24 ao HP, no período de estudo, correspondentes a crianças e jovens, com menos de 18 anos de idade.

## **Definição de variáveis**

Foram analisadas, para cada caso (fax), as seguintes variáveis:

1. Dados de identificação (número de identificação da chamada, número de episódio de urgência, género, proveniência e idade). Relativamente à variável idade, a amostra foi dividida em cinco grupos: menos de 4 semanas (recém-nascidos); 4 semanas a 23 meses; 2 a 5 anos; 6 a 11 anos e 12 a 17 anos.
2. Data, dia da semana e hora do envio do fax. A hora de envio do fax foi convertida em dois períodos de tempo: 9 às 18 horas; 18 às 24 e 0 às 9 horas.
3. Motivo de ligação (algoritmo utilizado). Os sinais e sintomas que motivaram o contacto telefónico, para o S24, foram agrupados de acordo com a classificação de patologias *International Classification of Diseases, 9th edition (ICD-9)*.
4. Triagem atribuída pelo S24: “SU o mais rápido possível”; “Procurar cuidados médicos no espaço de uma a quatro horas”; “Procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas”; “Falar com o médico para voltar a analisar sintomas”; Indeterminado - por falta de

documento completo.

**5.** Registo de vinda ao SU: Veio; Não veio; Veio, mas abandonou a instituição sem observação médica.

Nas situações de vinda ao SU foi tido em conta:

**6.** Data e hora de inscrição.

**7.** Triagem atribuída pelo hospital.

**8.** Tempo de espera até ao primeiro contacto médico. A variável foi convertida em intervalos semelhantes aos estabelecidos pelo sistema de triagem em vigor: até 15 minutos; entre 15 e 30 minutos; de 30 a 60 minutos; 60 a 120 minutos e mais de 120 minutos.

**9.** Diagnóstico do episódio. Os diagnósticos atribuídos pelo médico foram agrupados tendo por base a classificação ICD-9.

**10.** Orientação: alta (exterior não referenciado; consulta externa; Centro de Saúde/ARS) ou internamento.

**11.** Encaminhamento justificado para o SU. Considerou-se que a vinda ao SU foi justificada sempre que tenha sido atribuída a cor vermelha, laranja ou amarela na triagem hospitalar (casos prioritários). Nos outros assumiu-se que poderiam ter sido enviados ao Centro de Saúde ou médico assistente, isto é, foram considerados injustificados.

**12.** Concordância entre a triagem do S24 e a do hospital: foi considerado haver concordância sempre que a “SU o mais rápido possível” correspondesse cor vermelha ou laranja; à disposição “Procurar cuidados médicos no espaço de uma a quatro horas” tivesse sido atribuída a cor amarela e “Procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas” ou “Falar com o médico para voltar a analisar sintomas” as cores verde ou azul.

## Análise Estatística

O estudo estatístico foi feito com recurso ao *software SPSS Statistics v20*®.

Foram utilizados os testes de hipóteses *chi-quadrado* ( $\chi^2$ ), binomial e o de concordância *Kappa de Cohen*; o nível de significância considerado foi de 5%.

## Resultados

Entre 1 de junho e 30 de setembro de 2013, o número total de admissões no SU do HP foi de 17.518 (Fonte: Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão – CHUC-EPE).

Nesse mesmo período – 4 meses, o S24 recebeu 2.147 chamadas relativas a crianças e jovens passíveis de encaminhamento ao HP. Após triagem telefónica, 669 destas foram encaminhadas a este hospital (31,2%) (Fonte: Base de dados S24, Lisboa).

### Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por 616 casos/faxes.

O género masculino representou 50,5% da amostra. A maioria encontrava-se na faixa etária entre as quatro semanas e os 23 meses (39,9%), seguida dos dois aos cinco anos (29,2%) (Fig. 1).

Grande parte dos casos provieram do concelho de Coimbra, mas 14,9% pertenciam a concelhos fora da área de influência do HP. (Fig. 2).

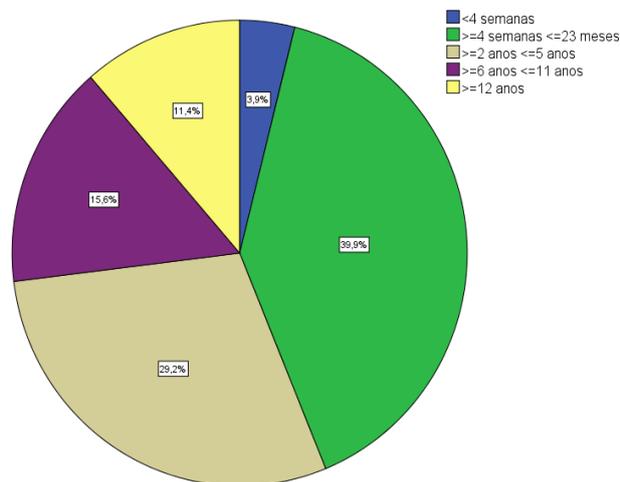
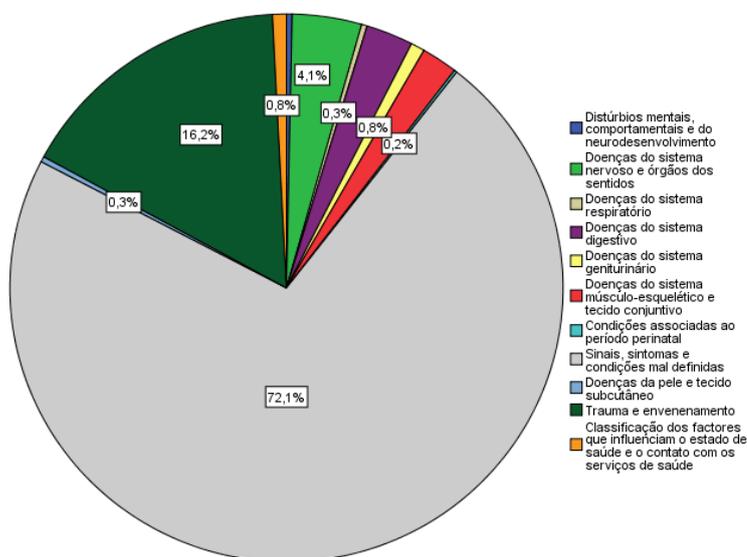


Fig. 1 – Distribuição da amostra (n=616) por faixa etária



espaço de 12 horas” ou “Falar com o médico para voltar a analisar sintomas”.

As queixas mais frequentes foram relativas a sinais, sintomas e condições mal definidas, seguidas das de trauma e envenenamento (Fig. 6 e Tabela 1)

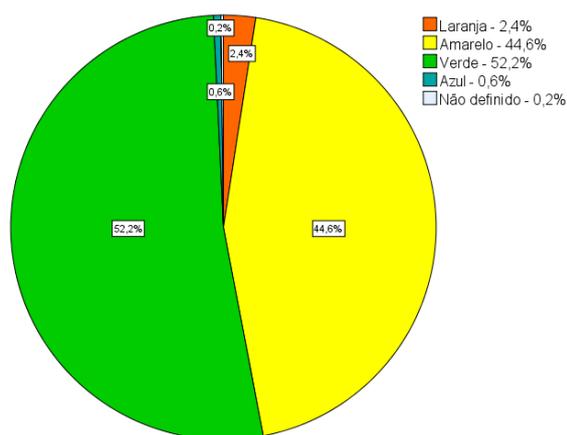


**Tabela 1 – Sinais/sintomas mais frequentemente relatados ao S24 (n=616)**

Queixa/problema	Nº. de casos
Tosse na criança (0-4 anos)	64
Vómitos na criança (0-4 anos)	50
Rash na criança (1-4 anos)	37
Febre na criança (0-4 anos)	36
Lesão da cabeça	25
Diarreia na criança (0-4 anos)	25
Problemas da orofaringe	20
Criança irritável ou indisposta (0-1 ano)	19
Problema nasal	19
Cefaleias	18

**Fig. 6 – Sinais/sintomas por grupos de patologias, ICD-9 (n=616)**

### Grupo de doentes que vieram ao HP



**Fig. 7 – Triagem atribuída pelo HP (n=534)**

Das 616 chamadas referenciadas ao HP, 534 (87,0%) deslocaram-se, efetivamente, ao SU.

A figura sete representa a distribuição da triagem atribuída no HP. Não houve registo de emergências (vermelho). Em 53,9% dos casos os tempos de espera definidos pelo sistema de triagem em utilização foram cumpridos. Em

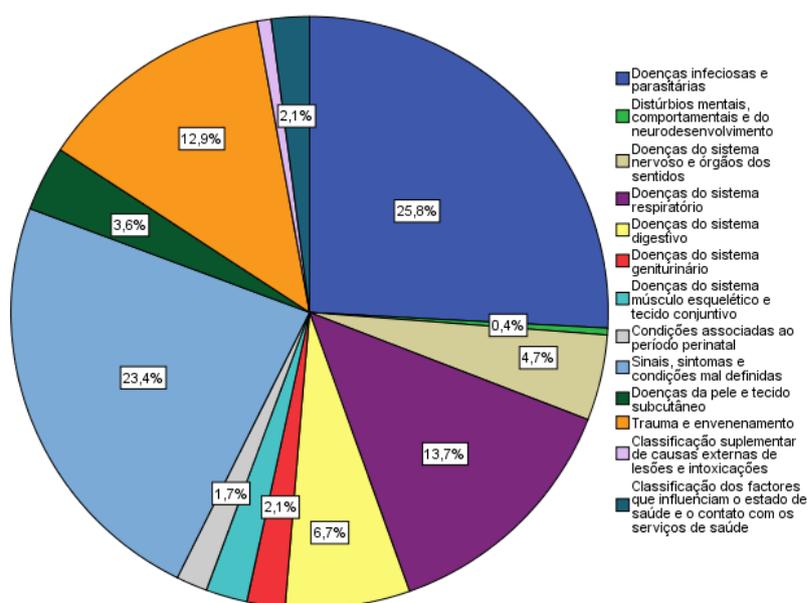
37,3% dos doentes, o tempo de espera até ao primeiro contacto médico foi de 30 a 60 minutos. Registou-se apenas um caso em que a triagem atribuída no HP foi superior à do

aconselhamento do S24: HP triou com amarelo um caso que teve indicação de “Procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas”.

Tendo em conta o critério definido previamente, o recurso ao SU foi justificado em 47,0% dos episódios.

Da análise estatística não se obteve concordância, estatisticamente significativa, entre a triagem do S24 e a do HP (teste *Kappa de Cohen*,  $p= 0,714$ ).

Os diagnósticos mais codificados, pelos pediatras, foram relativos a doenças infecciosas e parasitárias, seguidos dos sinais, sintomas e condições mal definidas (Fig. 8 e Tabela 2).



**Fig. 8** – Diagnósticos do HP por grupos de patologias segundo a ICD-9 (n=534)

**Tabela 2** – Diagnósticos mais frequentes no SU (n= 534)

Diagnóstico	Nº. de casos
Diarreia de origem infecciosa presumível	59
Nasofaringite aguda	42
Febre	41
Vómitos “apenas”	24
Gastroenterites e colites não infecciosas	15
Varicela	14
Exantemas por vírus	13
Amigdalite aguda	13
Diagnóstico incerto/não especificado	11
Trauma intracraniano, sem ferimento penetrante	10
Estado de consciência não especificado	10

Observando os diagnósticos finais por faixa etária, constata-se que até às quatro semanas predominaram doenças como infecção do coto umbilical, irritabilidade, falha no desenvolvimento esperado, falsa obstipação e cólicas. Até aos 24 meses foi frequente diarreia, febre, nasofaringite aguda e exantemas. Diarreia, nasofaringite aguda, vômitos, febre, varicela e amigdalite aguda foram os diagnósticos mais comuns nas crianças dos dois até aos cinco

anos. Dos seis aos onze anos as patologias mais comuns foram diarreia, vômitos, febre, gastroenterites e cefaleias. E, por fim, a partir dos 12 anos, os sinais, sintomas e condições mal definidas (tais como febre, diarreia, dor torácica ou reação vagal), situações de trauma e envenenamento (contusões, corpos estranhos no tubo digestivo ou mordedura de animais) e as doenças da pele e tecido subcutâneo (como urticária) foram os diagnósticos mais registados.

Relativamente ao encaminhamento dos doentes, a grande maioria teve alta sem qualquer referenciação (95,1%). Registaram-se dez internamentos, todos na Unidade de Internamento de Curta Duração e maioritariamente por doenças do sistema respiratório ou doenças infecciosas e parasitárias.

### **Grupo de doentes que não vieram ao HP**

Contabilizaram-se 82 doentes referenciados, que não vieram ao HP ou abandonaram o hospital antes de qualquer observação médica (13,0%). Destes, a maioria situava-se entre as quatro semanas e os 23 meses (43,9%) e entre os dois e os cinco anos (26,8%); 34,1% eram provenientes do concelho de Coimbra.

Em 58,5% dos casos (48/82), o S24 recomendou dirigirem-se ao SU rapidamente. Dos restantes, a maioria deveria procurar cuidados médicos no espaço de uma a quatro horas.

As principais queixas mencionadas foram: “febre na criança (0-4 anos)” - em 7,3% dos casos - seguida de “lesões na cabeça”, “tosse na criança (0-1 ano)” e “vômitos no adulto ou criança (6-15 anos)”, em percentagens equivalentes (6,1%).

## **Discussão e Conclusões**

O número de chamadas telefónicas para o S24 tem aumentado nos últimos anos,<sup>15</sup> pelo que parece existir um conhecimento generalizado deste, por parte da população.

Neste estudo verifica-se que o volume de chamadas efetuadas para o S24, na área de abrangência do HP, foi muito superior ao número de crianças e jovens referenciados a esta instituição. Desta forma, este sistema de triagem pareceu conseguir cumprir um dos seus objetivos: aconselhar os pais/prestadores de cuidados. Apesar do número de casos encaminhados ao SU ter representado uma pequena percentagem do total de episódios de urgência, fica por esclarecer se este sistema de triagem telefónica reduziu a afluência ao hospital.

Tal como seria esperado, a quase totalidade das disposições do S24 aos cuidadores realçou a necessidade de se dirigirem ao SU rapidamente ou num período máximo de quatro horas após o telefonema. Contudo, 13,0% dos casos optaram por não vir ou abandonaram o SU, apesar de uma grande percentagem ter tido a indicação de se dirigir no menor espaço de tempo possível. Em 2006, um estudo americano também concluiu que no geral, os pais/cuidadores cumprem os conselhos do serviço de triagem telefónica (principalmente nos casos urgentes).<sup>11</sup>

Grande parte dos doentes foram triados, no HP, com cor verde e, além disso, a percentagem de internamentos foi muito baixa, sugerindo terem sido casos sem gravidade imediata. Por outro lado, mais de metade da amostra foi referenciada entre as 9 e as 18 horas, horário de funcionamento dos Centros de Saúde. Muitos destes casos parecem não ter tido justificação para o encaminhamento à urgência hospitalar, salvo algumas exceções para as quais não existe possibilidade de atendimento permanente nos Centros de Saúde (ex.: doentes residentes no concelho de Coimbra durante o fim de semana). Seria importante uma análise mais pormenorizada deste assunto, com vista à otimização dos recursos existentes no Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente equacionando a possibilidade de referenciação de crianças e jovens, aos cuidados primários quando a triagem do S24 concluir por “Procurar cuidados médicos no espaço de uma a quatro horas” ou “Procurar cuidados médicos no espaço de 12

horas”.

Num estudo americano prospetivo e randomizado, a concordância entre triagem telefónica e triagem presencial ao doente, realizada por enfermeiros treinados, variou entre 43,1% e 48,8%. Os autores concluíram que estes dois métodos de triagem não são equivalentes, ficando por esclarecer se a triagem telefónica é um método adequado para referenciação de doentes aos diferentes níveis de saúde.<sup>16</sup> Neste estudo, como foi referido, não se obteve concordância entre as triagens do S24 e a do HP.

Numa análise global, doentes triados no hospital com maior gravidade, também haviam recebido uma disposição do S24 mais urgente. Contudo, os casos considerados injustificados (53%) tinham na generalidade uma indicação do S24, para procurar cuidados médicos imediatamente ou em quatro horas. Este facto poderá dever-se à dificuldade em avaliar queixas subjetivas via telefónica, o que pode ter levado a um excesso de referenciação ao hospital. Um estudo retrospectivo, tipo caso-controlo, sobre crianças encaminhadas pelo S24 ao SU de um hospital de Lisboa também concluiu que grande parte dos doentes referenciados não apresentava patologia que justificasse a ida ao SU (43,3%), porém este número era ainda mais elevado no grupo controlo (58,8%) - sem referenciação por parte do S24.<sup>4</sup>

Dos doentes observados no SU houve um predomínio de crianças em idade pré-escolar e de patologia infecciosa, talvez porque nesta faixa etária as crianças ficam frequentemente doentes, preocupando os pais e cuidadores.

Houve preocupação em que fossem respeitados os tempos estabelecidos pelo sistema de triagem hospitalar, tendo-se apurado em mais de metade dos casos esse cumprimento. Porém, registaram-se ainda muitos casos de espera superior ao pré-estabelecido, que devem merecer análise por parte dos profissionais responsáveis.

A informação científica disponível sobre a eficácia de sistemas de triagem telefónica, em

idade pediátrica, é controversa. Para alguns autores, parece permitir a redução do número de admissões nos SU,<sup>4,17</sup> ainda que numa pequena percentagem.<sup>3</sup> Mas, referem também, que o recurso a estes serviços está associado a um elevado nível de subjetividade nas queixas relatadas e no grau de urgência atribuído<sup>4,18</sup> e que esta (subjetividade) poderá culminar com eventuais falhas na triagem, com sub ou sobre-valorização da gravidade. Neste estudo parece ter havido um excesso de referenciação de casos não urgentes ao HP, porém um estudo holandês destaca que em 41% das urgências analisadas tinha sido atribuído, pela triagem telefónica, um grau de gravidade inferior ao real.<sup>19</sup> Estão, inclusive, publicados casos isolados com desfecho trágico por ter sido atribuída telefonicamente uma prioridade menor à da situação real.<sup>20</sup>

A principal limitação deste estudo prende-se com o facto de ser um estudo retrospectivo e sem grupo de controlo, ficando por esclarecer questões como: o que aconteceu aos doentes que contactaram o S24 e tiveram indicação para não ir ao hospital – deslocaram-se posteriormente? Justificava-se? E aos que tinham sido aconselhados a ir ao HP e optaram por não se deslocar – voltaram mais tarde ou recorreram a outra instituição?

Outra limitação deve-se ao curto período de análise (uso de amostra por conveniência) que não representa todas as estações do ano e que poderá enviesar sobretudo os diagnósticos mais frequentes.

O critério de justificação da vinda ao SU também poderá não ter sido o mais adequado, por não poder ser aplicado a todas as situações, por exemplo residentes em Coimbra ao fim de semana, para os quais os Centros de Saúde estão encerrados.

Estudos mais abrangentes, prospetivos, noutros centros de diferentes níveis e estudos de impacto económico serão importantes para avaliar, estudar a validade e melhorar este sistema de triagem telefónica.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Sr. Enfermeiro Sérgio Gomes, coordenador da unidade de apoio do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde da Direcção Geral de Saúde, pelo fornecimento de dados e protocolos de funcionamento do S24 e pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

Agradeço também ao Laboratório de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pela assistência técnica na análise estatística da base de dados, nas pessoas do Prof. Doutor João Pereira e Prof. Doutor Miguel Patrício.

E por último, agradeço à Dr.<sup>a</sup> Mónica Oliva pela dedicação e disponibilidade permanente. Sem dúvida um apoio fundamental na elaboração deste trabalho.

## Referências bibliográficas

1. Saúde 24 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde; 2007 [consultado e citado a 2013 Apr 6]. Disponível em: <http://www.saude24.pt>.
2. Protocolo de Articulação entre o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde - Encaminhamento e notificação de utentes para Serviços de Urgência [Documento interno S24].
3. Simão H. Estudo descritivo do perfil de utilizador da Linha de Saúde 24 com análise de impacto ao nível da eficiência, equidade e empowerment em comparação com o modelo inglês NHS Direct. [Tese de Mestrado]: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2012.
4. Soares S, Aidos A, Rodrigues M, Guimarães J. Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 Pediatria num serviço de urgência pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2006;22:433-442.
5. Januário L., Dói dói? Trrim trrim! *Saúde Infantil*. 1999;21/1:83-87.
6. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care*. 2007;16:181-184.
7. Nagree Y, Cameron P, Gosbell A, Mountain D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. *Emergency Medicine Australasia*. 2012; 24,123-126.
8. Cullen M, Gardiner L, Karabatsos G, Yeuk-Kei Ng J, Patterson A, Wilson A. Universal telenursing triage in Australia and New Zealand. A new primary health service. *Australian Family Physician*. 2008;37(6):476-9.
9. Canais E. A triagem clínica telefónica e a gestão de cuidados de saúde – análise de um serviço público. [Tese de Mestrado]: Universidade de Aveiro; 2005.
10. Niemann S, Meer A, Simonin C, Abel T. Medical telephone triage and subsequent patient behaviour: How do they compare? *Swiss Med WKLY*. 2004;134:126-131.
11. Kempe A, Bunik M, Ellis J, Magid D, Hegarty T, Dickinson M, et al. How Safe Is Triage

by an After-Hours Telephone Call Center? Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2006; 118;457-463.

12. Lemos L. Urgências hospitalares pediátricas: uma linha azul num fundo negro. Saúde Infantil. 1999; 21/1:83-87.

13. Canadian Journal of Emergency Medicine. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments. [Internet]; Canada: Canadian Association of Emergency Physicians; 2010 [consultado e citado em 2014 Jan]. Disponível em: <http://www.cjem-online.ca/v3/n4/PaedCTAS>.

14. Januário L. Regras de funcionamento. URPE-IG-04. 2012 [documento interno Hospital Pediátrico, CHUC-EPE].

15. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS [Internet]; Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde; 2010 [consultado e citado em 2013 Sep]. Disponível em: [http://www.chc.minsaude.pt/Downloads\\_HSA/CHCoimbra/informacaoutentes/relatorio\\_acesso\\_cuidados\\_saude\\_SNS\\_201006.pdf](http://www.chc.minsaude.pt/Downloads_HSA/CHCoimbra/informacaoutentes/relatorio_acesso_cuidados_saude_SNS_201006.pdf).

16. Salk E, Schriger D, Hubbell K, Schwatz B. Effect of Visual Cues, Vital Signs, and Protocols on Triage: A Prospective Randomized Crossover Trial. Annals of Emergency Medicine. 1998; 32(6):655-64.

17. Bunik M, Glazner J, Chandramouli V, Emsermann C, Hegarty T, Kempe A. Pediatric Telephone Call Centers: How Do They Affect Health Care Use and Costs? Official Journal of American Academy of Pediatrics. 2007; 119; e305-e313.

18. Staub G, Overbeck J, Blozik E. Teleconsultation in children with abdominal pain: a comparison of physician triage recommendations and an established paediatric telephone triage protocol. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2013;13:110.

19. Car J, Koshy E, Bell D, Sheikh. Telephone triage in out of hours call centres. Concerns about quality and safety highlight the need for further evaluation. BMJ. 2008; 33:a1167

20. Nocera A. Death of an infant after contacting a telephone triage call centre: is telephone triage really safe. BMJ Case Reports. 2010; doi:10.1136/bcr.08.2009.2144.

