



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA ISABEL DO VALE SARAIVA MARQUES

***CONSULTA ABERTA DE SAÚDE INFANTIL NA
CLÍNICA GERAL***
ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL E SAÚDE PÚBLICA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR.A MARIA DE FÁTIMA MESQUITA RODRIGUES BRANCO**

OUTUBRO/2009

ÍNDICE

Resumo	-----	Página 2
Abstract	-----	Página 4
Introdução	-----	Página 6
Objectivos	-----	Página 8
Métodos	-----	Página 9
Resultados	-----	Página 12
Discussão	-----	Página 41
Conclusões	-----	Página 48
Limitações	-----	Página 51
Referências/Bibliografia	-----	Página 53
Anexos	-----	Página 56
Agradecimentos	-----	Página 70

RESUMO

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, a Saúde Infantil é, sem dúvida, uma área fundamental e alvo de especial atenção por parte dos Profissionais de Saúde. Existe, em Portugal, da competência da Direcção Geral de Saúde, um Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil. Este é utilizado como importante instrumento de trabalho, garantia de cuidados de saúde adequados e eficazes, fundamentalmente aplicado no âmbito das consultas programadas de seguimento. Há, contudo, um número importante de consultas, não programadas, efectuadas pelos Médicos de Família, no contexto de doença aguda. São estas o alvo principal de estudo, neste artigo científico.

Com este trabalho, pretendeu-se caracterizar a população infantil utilizadora de “consulta não programada/aberta”, a nível dos cuidados de saúde primários; conhecer os principais motivos que levaram os utentes, em idade pediátrica, ao Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar, numa situação aguda e "não programada"; conhecer os diagnósticos e plano de cuidados propostos pelos médicos que observaram as crianças, em consulta aberta. Foi, também, alvo de análise o facto de o médico que observa a criança, em consulta aberta, ser ou não, o seu Médico de Família (MF).

Foram colocadas três hipóteses que testaram a influência da idade e do sexo da criança, no motivo da consulta; do trimestre, no diagnóstico estabelecido; do médico que observa a criança, na recorrência da mesma à consulta aberta.

Foi efectuado um levantamento dos registos das consultas abertas de Saúde Infantil na Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (U.S.F. Cruz de Celas), em Coimbra. Realizou-se um estudo exploratório, transversal e analítico. A amostra incluiu as consultas efectuadas a crianças dos zero aos dezoito anos de idade, na U.S.F. Cruz de Celas, nos 1º e 3º trimestres do ano de 2008. Fez-se um estudo descritivo das variáveis e análise estatística, através do teste χ^2 e teste exacto de Fisher.

Realizaram-se 972 consultas abertas de saúde infantil durante os 1º e 3º trimestres de 2008, na U.S.F. Cruz de Celas. A maioria das crianças pertencia ao sexo feminino (52.47%). A média de idades foi 6.54 anos. Os principais motivos de consulta foram sintomas do foro respiratório (40.43%) e febre (36.01%). Só em 114 consultas (11.73%) foram requisitados exames complementares de diagnóstico (ECDs). Em 33.23% dos casos, o diagnóstico estabelecido incluiu-se no grupo de patologias respiratórias. A maioria das crianças não necessitou de ser referenciada para outro serviço (73.15%). O tratamento farmacológico instituído com maior frequência (40.64%) incluiu analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios. Em 59.88% das consultas abertas, as crianças foram observadas pelo seu Médico de Família.

Através da análise estatística, não se confirmou a dependência dos motivos, atendendo ao sexo da criança, mas confirmou-se que aqueles variam com a idade do doente. Em relação à segunda hipótese, foi possível concluir que os diagnósticos da consulta são dependentes do trimestre em que esta ocorre. A terceira hipótese não foi confirmada.

Palavras-chave: Saúde Infantil; Urgências Pediátricas; Cuidados de Saúde Primários; Medicina Geral e Familiar; Consultas não Programadas; Consulta aguda de Saúde Infantil.

ABSTRACT

In primary health care, child health is a crucial area and leads to a special attention from health professionals. There is a child health program type which is used as an important work tool and guarantee of appropriate and efficient health care in programmed medical appointments. However, there are an important number of non-programmed appointments performed by primary health care assistant, which includes acute disease. This type of non-programmed appointments will be the primary focus of study in this article.

The purposes of this work are: the characterization of infantile population that uses non-programmed appointments in Portuguese primary health care; to know the major reasons that lead patients to primary health care centres/“U.S.F.”, in acute and non-programmed situations; as well as the diagnosis and plan of cares proposed by the doctors who had observed the children. It was also studied the possible match between the doctor who observed the patient be the primary health care assistant of the child.

We tried to make three associations: age and gender vs. reason of appointment; the trimester of the year vs. final diagnosis; and the physician that observed the child vs. recurrence to the health services.

The support of this analytical traverse study was a compilation of data on the non-programmed child health appointments of the Unit of Familiar Health (U.S.F.), Cruz de Celas, in Coimbra. The sample includes all children between zero to eighteen years old observed in U.S.F. during the period that includes the first and third quarters of 2008. A descriptive study of the variables and statistical analysis trough χ^2 test and Fisher test was performed.

There were 972 non-programmed infantile health appointments during the first and third quarters of 2008 in U.S.F., Cruz de Celas. The average age of children was 6,54 years old and most of them were females (52,47%). The main reasons for the appointments were respiratory pathology (40,43%) and fever (36,01%). Further investigation was required in 114

appointments (11,73%). In 33.23% of the cases, the established diagnosis was included in the group of respiratory pathologies. The majority of the children did not need being transferred to another service (73,15%). The drug's treatment applied with higher frequency (40,64%) included the group of analgesics, antipyretics and anti-inflammatory drugs. In 59.88% of the open appointments the children had been observed by its primary health care assistant.

Through the statistical analysis, there was not found any association involving the gender and its initial problem, however it was confirmed a relation with the age. Concerning the second association studied we have found a positive correlation. The third association was not confirmed.

Keywords: Child health; Primary health care; Familiar Medicine; Pediatric urgency; Primary health care assistant; Non-programmed appointments.

INTRODUÇÃO

O atendimento de situações de doença aguda é um tema que tem preocupado a classe médica e a sociedade em geral.¹ Na idade pediátrica, este assunto ganha ênfase por múltiplos factores, muitos deles relacionados com o estilo de vida actual. Há um medo crescente, por parte dos pais, que os seus filhos sofram de patologias graves, associado a um aumento de informação sobre saúde, muitas vezes, pouco rigorosa.² A adaptação aos horários laborais dos pais e aos horários dos infantários e escolas das crianças, assim como a atitude consumista própria da nossa sociedade, têm contribuído para o aumento das consultas ditas urgentes, tanto a nível dos Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (U.S.F.), como hospitalar.²

A urgência pediátrica constitui, hoje em dia, uma forma essencial da assistência pediátrica e um hábito social ², quer seja por situações verdadeiramente urgentes, quer em situações agudas que requerem tratamento em tempo útil.

O papel do médico de família (MF), como primeiro interveniente em situações de doença aguda, é relativamente consensual.^{3,4,5} Existem estudos que indicam que cada médico tem cerca de 38% das consultas diárias preenchidas por motivos agudos/urgentos.⁶ Com a criação das Unidades de Saúde Familiares (U.S.F.) e uma oferta diferente a nível dos cuidados de saúde primários, é cada vez mais importante a actividade dos MF, nas situações agudas, a qual se repercute na diminuição da utilização inadequada de outros serviços de urgência, principalmente a nível hospitalar.⁷ Os MF são, comprovadamente, os médicos mais habilitados para resolver a maioria das situações da sintomatologia aguda, sem necessidade de exames complementares sofisticados ou recursos muito onerosos.⁸ Estes profissionais de saúde têm vindo a aumentar, de forma substancial, a quantidade, qualidade e acessibilidade dos cuidados prestados à população (incluindo a população infantil), facto que é reconhecido pelos portugueses.⁹

Dada a importância da observação das crianças que apresentam sintomatologia/preocupações de instalação aguda e do papel do MF nessas situações, parece pertinente conhecer a realidade das consultas designadas “abertas ou não-programadas” de Saúde Infantil, no âmbito da Clínica Geral. Consideram-se consultas abertas ou não-programadas, todas as consultas sem marcação prévia, realizadas por motivos de instalação aguda ou que necessitem de resolução a curto prazo. Ao longo de trabalho, os termos consultas abertas ou não programadas são utilizados com igual significado.

De realçar a escassez de trabalhos científicos publicados neste contexto, tanto a nível nacional como internacional.¹⁰ Este factor poderá ser considerado uma limitação ao presente estudo, principalmente no que respeita à discussão dos resultados, a qual inclui a comparação destes com os obtidos por outros autores.

Existem estudos que demonstram que os Portugueses estão satisfeitos com o seu MF¹¹ e, de uma forma geral, com os Serviços de Cuidados de Saúde Primários¹², realçando a importância da relação de confiança entre o médico e o doente. Neste contexto, é importante perceber se o facto de a criança ser, ou não, vista pelo seu médico assistente, em situação aguda, irá reflectir-se no aumento da utilização de cuidados de saúde, neste caso, no aumento do número de consultas não-programadas.

OBJECTIVOS

- Caracterizar a população infantil que recorreu às consultas não programadas da Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, nos períodos de Janeiro a Março e Julho a Setembro de 2008;
- Perceber a relação entre as variáveis temporais em estudo (hora, dia da semana e época do ano) e a afluência às consultas abertas de Saúde Infantil.
- Identificar os motivos da procura do mesmo tipo de consultas, nos períodos temporais acima indicados;
- Perceber quais os diagnósticos mais frequentes nesta modalidade de consultas;
- Descrever os exames complementares de diagnóstico (ECDs) e as modalidades terapêuticas mais frequentes no tipo de consultas em estudo;
- Testar as seguintes hipóteses:
 1. Os motivos de consulta são dependentes do sexo e da idade das crianças.
 2. Os diagnósticos feitos em consulta são dependentes do trimestre em que ocorre a consulta.
 3. A maior ou menor recorrência à mesma depende do facto de uma criança ser ou não atendida pelo seu médico de família, em consulta aberta.

MÉTODOS

Dada a escassez de estudos nesta área, principalmente com objectivos tão específicos, o presente trabalho pode considerar-se de natureza exploratória. Foi efectuado um estudo observacional, analítico transversal, através do levantamento de registos de consultas existentes nos ficheiros informatizados dos utentes da U.S.F. Cruz de Celas.

Foi consultada a Medline, com interface de pesquisa PubMed, disponível em Url: <http://www.pubmed.gov.>, de modo a obter bibliografia que serviu de base para a discussão deste trabalho científico. Na pesquisa as palavras-chave utilizadas foram: “Saúde Infantil”, “Cuidados de Saúde Primários”, “Urgências Pediátricas”, “Consulta Aberta”, “Child health consultations”, “Primary care”, “General medicine”, “Familiar medicine” e “Pediatric emergency”.

Os pareceres éticos da Administração Regional de Saúde do Centro e do Coordenador da U.S.F. Cruz de Celas foram assegurados (anexo 1 e anexo 2). A confidencialidade dos dados e sigilo profissional foram respeitados, ao longo de todo o processo de elaboração deste artigo. A amostra estudada incluiu as consultas não programadas realizadas na U.S.F Cruz de Celas, a crianças dos zero aos dezoito anos, nos períodos de Janeiro a Março e Julho a Setembro do ano de 2008 (segundo ano de funcionamento da U.S.F.). A U.S.F. Cruz de Celas funciona entre as 8 e as 20 horas, nos dias úteis, e das 9 às 13 horas aos Sábados. As consultas abertas ou não programadas destinam-se, preferencialmente, a situações agudas, ou outro tipo de situações que tenham de ser resolvidas em curto espaço de tempo. Todas as equipas de saúde da U.S.F. Cruz de Celas recebem, diariamente, utentes para consulta, sem marcação prévia. Existem horários de consulta aberta para cada médico, das 9 às 11 horas, todos os dias úteis, e da U.S.F., em geral, das 8 às 9 horas, das 13 às 14 horas e das 17 às 20 horas, nos dias úteis e das 9 às 13 horas, aos sábados. No primeiro caso, as crianças são vistas pelo seu

médico de família, sempre que ele está presente. Na segunda situação, a criança é assistida pelo médico que integra a única equipa em função, nesse horário.¹³ No entanto, e apesar dos horários previamente definidos, é habitual que todos os médicos observem as situações agudas, principalmente as em idade pediátrica, ao longo do seu horário laboral, se para tal forem solicitados. Por este motivo, os períodos tidos em consideração no presente estudo foram o das 9-13 horas e o das 14-17 horas, além dos acima indicados relativos às consultas abertas da U.S.F. Cruz de Celas.

De forma a obter todos os dados necessários para estudo, procedeu-se a uma pesquisa no programa informático (Medicine One), usado na U.S.F.. Foi solicitada a ajuda da equipa informática responsável, de modo a obter o número total de consultas que preenchiam os requisitos de inclusão no estudo. Foram incluídas todas as consultas médicas, não programadas/abertas e presenciais. Foram excluídas todas as consultas não programadas, cujo contacto entre médico e doente não foi presencial (consultas telefónicas ou por intermédio de terceira pessoa) e aquelas que foram realizadas para vacinação ou outras actividades da responsabilidade das equipas de enfermagem, nas quais, frequentemente, as crianças não são vistas pelos médicos.

Durante a recolha, os dados da consulta foram registados em suporte informático, numa matriz inserida numa aplicação informática - *Microsoft Excel*®. Os dados da consulta considerados no presente trabalho foram:

- nome, sexo, idade e número do processo da criança;
- data e hora de inscrição na consulta;
- motivos de consulta, sendo os sintomas agrupados por sistemas orgânicos (apenas se distinguiu a febre, sintoma que aparece isolado, dada a sua frequência elevada e importância clínica em idade pediátrica¹⁴), e distinguidos grupos cujos objectivos de

consulta foram: requisição ou conhecimento dos resultados dos ECDs, reavaliação da situação clínica e procedimentos administrativos;

- exames complementares de diagnóstico (ECDs) requisitados;
- diagnósticos estabelecidos, após observação médica, classificados segundo uma adaptação da CIPS2 Definida¹⁵ (de salientar que, nesta variável, a febre é incluída no grupo de Patologia Geral e Inespecífica, uma vez que se considera apenas a febre sem foco conhecida)
- plano proposto, essencial no registo de consulta, segundo o método de Weed – método SOAP (distinguindo três grandes grupos: conselhos e vigilância, tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico; este último agrupa os fármacos tendo em conta a sua indicação terapêutica, segundo o Prontuário Terapêutico da Infarmed¹⁶);
- necessidade de referenciação para outro serviço de saúde, identificando o mesmo, caso presente (também nesta variável, se optou pelo agrupamento do diferente tipo de referenciação – serviço de urgência, consultas externas, médico de família);
- médico que assistiu a criança e médico de família da mesma.

Posteriormente, foi elaborada uma nova base de dados, com a informação atrás referida, no programa *Statistical Package for the Social Science versão 17*® para *Windows*®, para realização de estudo estatístico. Foram aplicados o teste do Qui-quadrado e o teste exacto de Fisher, para estabelecer relações/associações entre variáveis, com o objectivo de testar as hipóteses do estudo.

RESULTADOS

Caracterização da amostra:

O estudo incidiu nas consultas realizadas a crianças dos zero aos dezoito anos, utentes da U.S.F. Cruz de Celas, nos primeiro e terceiro trimestres do ano de 2008. As consultas seleccionadas foram as consultas “não programadas” ou “abertas”, ou seja, aquelas que não tinham marcação prévia. No total estudaram-se 972 consultas, referentes a 577 crianças diferentes. A amostra do estudo correspondeu a 44.36 % das consultas abertas/não programadas de saúde infantil, realizadas durante o ano de 2008 (no total de 1219 consultas).

Sexo e idade das crianças da consulta:

A distribuição das consultas, quanto ao sexo das crianças encontra-se registada nas tabela I e figura 1A, do anexo 3.

SEXO	<i>n</i>	%
Feminino	510	52.47
Masculino	462	47.53

Tabela I - Distribuição da amostra, de acordo com o sexo da criança (n=972)

A distribuição das consultas quanto à idade das crianças apresenta-se nas Figura 1 e Tabela I-A, do anexo 3. Se a distribuição das consultas tiver em conta o grupo etário da criança, observa-se um predomínio de crianças com idade entre os zero e os dois anos (Figura 2 A, em anexo 3).

Dada a representatividade de consultas a crianças com idade igual a zero anos (n=117), fez-se também uma distribuição descritiva das consultas neste grupo, tendo em conta a idade, em meses (Tabela II).

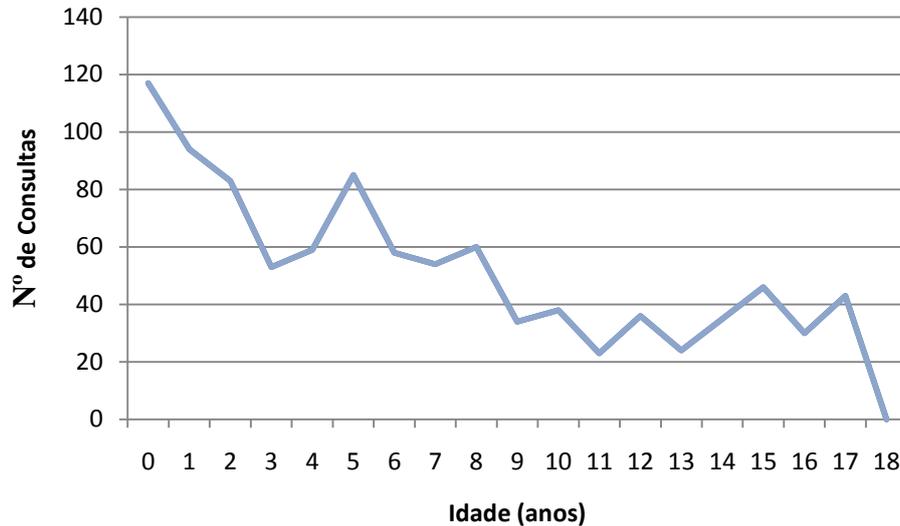


Figura 1 – Distribuição das consultas, atendendo à idade das crianças (n=972)

IDADE (EM MESES)	<i>n</i>	%
0	5	4.27
1	4	3.42
2	7	5.98
3	2	1.71
4	12	10.26
5	5	4.27
6	18	15.38
7	11	9.40
8	7	5.98
9	17	14.53
10	15	12.82
11	14	11.97

Tabela II - Distribuição das consultas, de acordo com a idade (em meses) das crianças de 0 anos (n=117)

A média de idades das crianças, em anos, foi de 6.54 anos, a mediana de 5.00 e a moda igual a zero anos. Vinte e cinco por cento da amostra tinha idade igual ou inferior a 2 anos e os restantes 75% apresentavam idade igual ou superior. Setenta e cinco por cento da amostra

corresponderam a consultas a crianças com idade igual ou inferior a 10 anos, sendo os restantes 25%, a crianças com dez ou mais anos. Em relação às consultas a crianças com zero anos (n=117), a média de idades (em meses) foi de 6.79 meses, a mediana de 7.00 meses e a idade com maior representatividade, 6 meses (Tabela III).

IDADE	\bar{x}	M_e	M_o	Q_1	Q_2
Idade em anos (n=972)	6.54	5.0	0	2.00	10.00
Idade em meses (n=117, consultas de crianças com 0 anos)	6.79	7.00	6	4.00	9.50

Tabela III – Medidas de tendência central e de distribuição das idades das crianças

Para perceber a distribuição das consultas aplicando, simultaneamente, as duas variáveis acima referidas, apresenta-se a Figura 2.

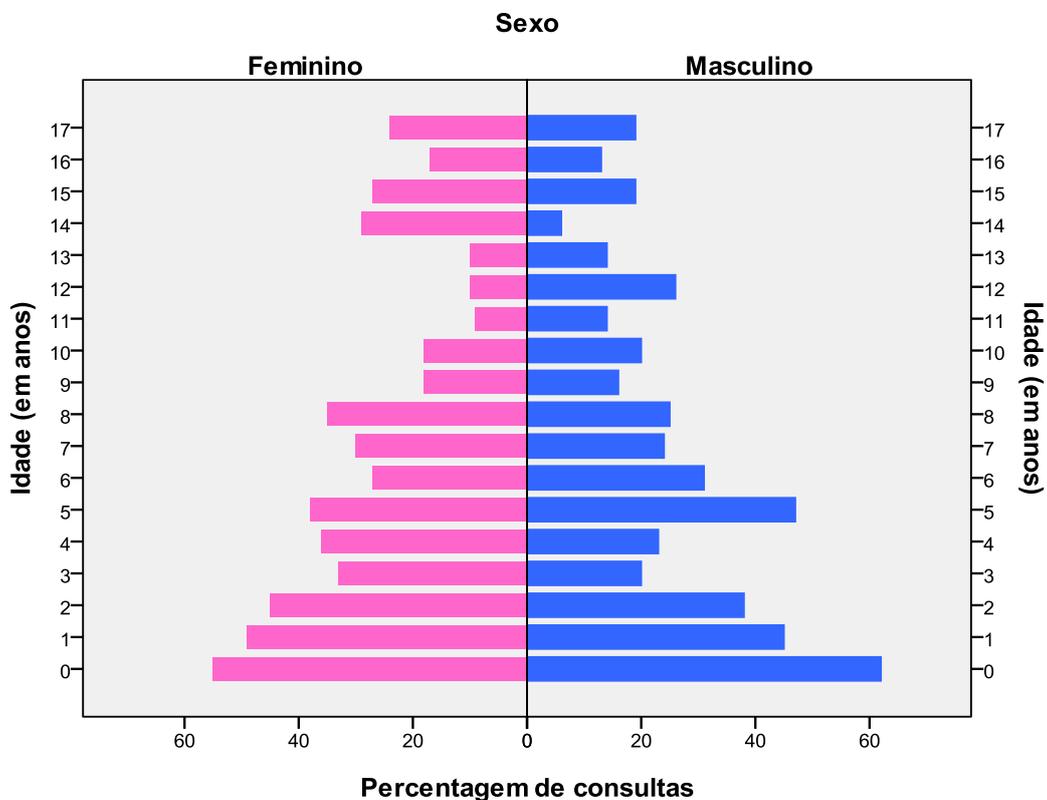


Figura 2 – Distribuição das consultas, atendendo ao sexo e idade das crianças (n=972)

Variáveis temporais:

As consultas que foram alvo de estudo decorreram em dois períodos distintos do ano de 2008, o primeiro e o terceiro trimestres (Tabela IV). A distribuição, ao longo dos seis meses abordados, mostra-se na Figura 3.

N.º CONSULTAS	<i>n</i>	%
1º Trimestre	667	68.62
3º Trimestre	305	31.38

Tabela IV - Distribuição das consultas, de acordo com o período do ano (n=972)

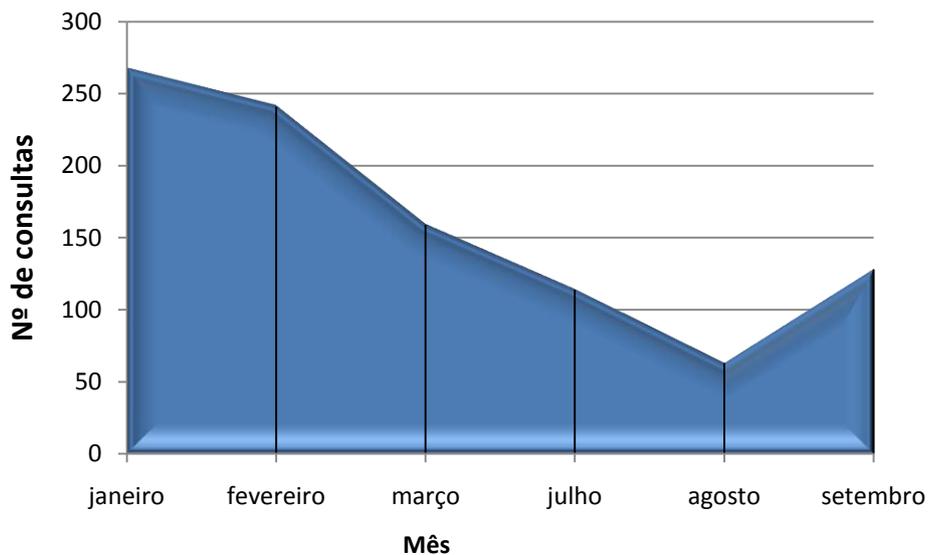


Figura 3 – Distribuição mensal das consultas (n=972)

A U.S.F. Cruz de Celas está aberta todos os dias úteis da semana, das 8 às 20 horas e, no sábado das 9 às 13 horas. Durante o período em estudo, o número de consultas que decorreu em cada dia e período horário está registado nas tabelas V e VI (e, também, nas figuras 3A e 4A, do anexo 3).

DIA DA SEMANA DA CONSULTA	<i>n</i>	%
Segunda-feira	242	24.90
Terça-feira	178	18.31
Quarta-feira	182	18.72
Quinta-feira	162	16.67
Sexta-feira	177	18.21
Sábado	31	3.19

Tabela V - Distribuição das consultas, de acordo com o dia da semana (n=972)

PERÍODO HORÁRIO	<i>n</i>	%
8 – 9 horas	4	0.41
9 – 13 horas	537	55.25
13 – 14 horas	51	5.25
14 – 17 horas	118	12.14
17 – 20 horas	262	26.5

Tabela VI - Distribuição das consultas, de acordo com o período horário (n=972)

Motivos de consulta:

Os motivos de consulta da amostra estudada encontram-se registados na Figura 4 (e Tabela II-A, do anexo 3). Quando analisado o motivo das 972 consultas, verifica-se que na sua maioria, as crianças recorreram por sintomatologia do foro respiratório (40.43%) e febre (36.01%), sendo os motivos menos frequentes os sintomas do foro psicossocial e cardiovascular, com uma representatividade inferior a 1%. É ainda de salientar que em 5.56% dos casos, não houve registo acerca do motivo da consulta.

Importa referir que, muitas vezes, as crianças recorreram a este serviço apresentando múltiplos motivos de consulta.

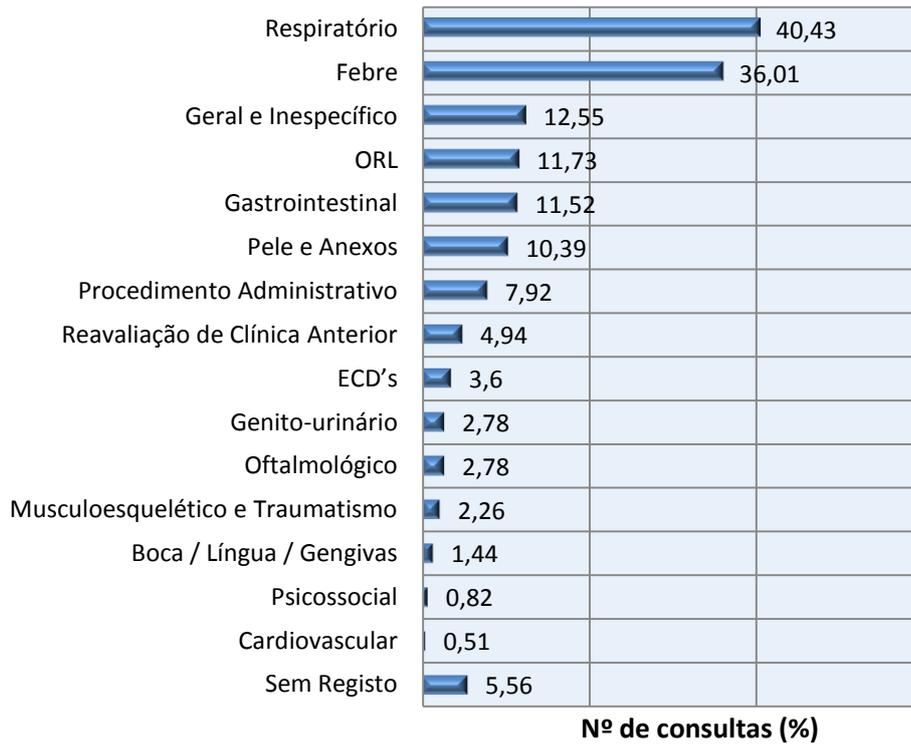


Figura 4 – Distribuição das consultas segundo o motivo de consulta (n=972)

Exames Complementares de Diagnóstico:

A requisição de exames complementares de diagnóstico (ECDs) foi, também, um parâmetro considerado, aquando do levantamento dos dados da consulta. Constatou-se que, na maioria das consultas, não foi requisitado qualquer ECDs (em 88.27% das consultas não foram pedidos exames – Figura 5).

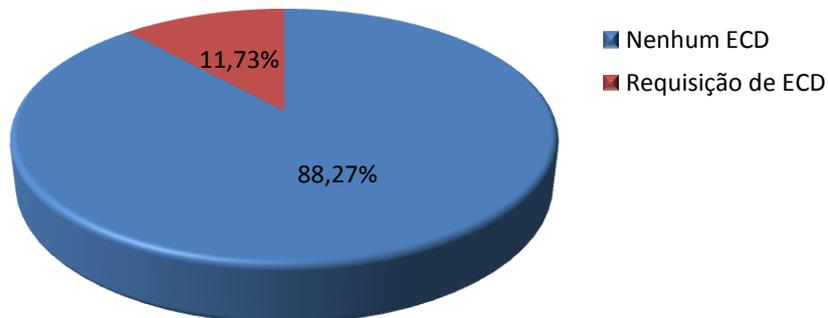


Figura 5 – Distribuição das consultas segundo a necessidade de requisição de Exames Complementares de Diagnóstico (ECDs) (n=972)

Analisando o tipo de ECD's requisitados nas 114 consultas (11.73%), e atendendo a que, em alguns casos, foram requisitados vários ECD's para a mesma criança, verifica-se que o Hemograma e a Bioquímica, foram os mais requisitados (24.56% e 18.42% dos casos, respectivamente). Constata-se, ainda, que o Combur test foi também, muito solicitado (17.54%), seguindo-se os RX tórax (15.79%) e osteoarticular (14.91%). (Figura 6 e Tabela III-A, do anexo 3)

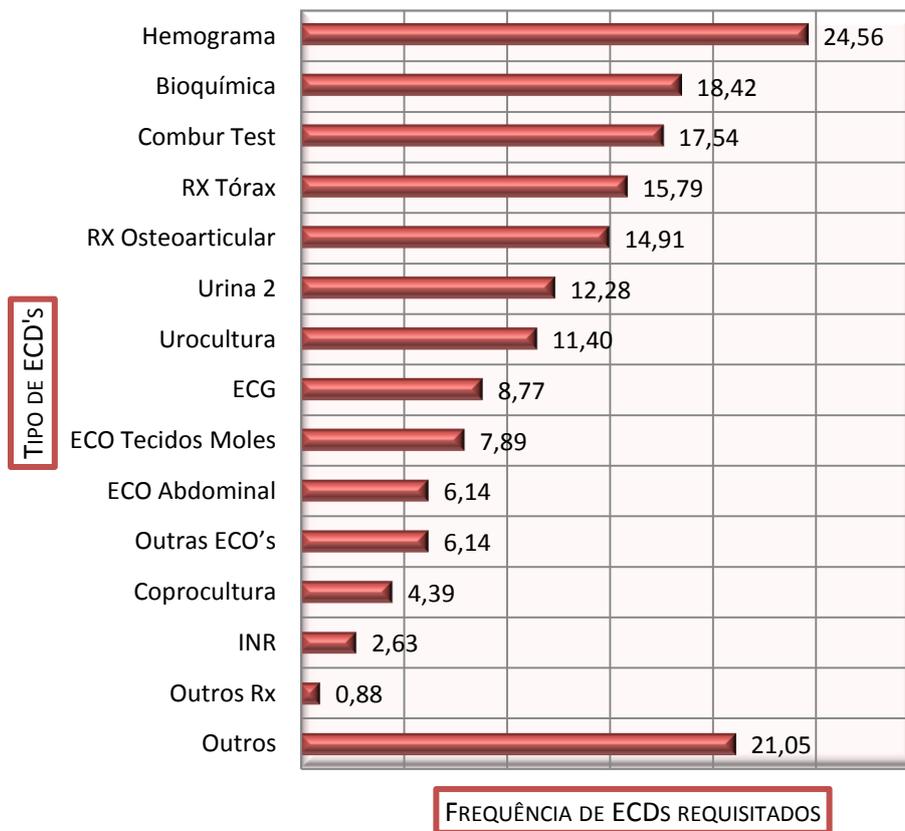


Figura 6 – Distribuição das consultas segundo o exame complementar de diagnóstico requisitado (n=114)

Seguidamente, representa-se a relação entre a frequência de requisição de ECDs e a idade da criança assistida, em consulta aberta (Figuras 7 a 11). Tanto o hemograma, como a avaliação de parâmetros bioquímicos, foram requisitados em crianças com idades superiores a 12 anos (82.14% e 85.71% dos casos, respectivamente). Em 40% das consultas, nas quais foi realizado o Combur test, as crianças tinham idades entre os 3 e os 5 anos. O Raio X (Rx) do

tórax foi requisitado a crianças de todas as idades (num total de 18 consultas) e, mais frequentemente às dos 6 aos 8 anos e dos 3 aos 5 anos (22.78% e 22.22% das consultas, respectivamente). Relativamente às consultas nas quais foi requisitado o Rx osteoarticular (n=17), a maior representatividade foi a de crianças dos 12 aos 14 anos (35.29%).

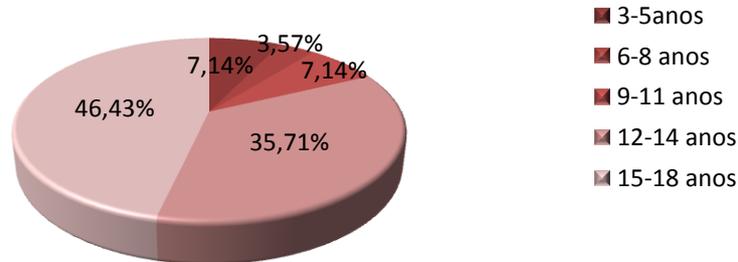


Figura 7 – Distribuição da idade das crianças assistidas em consultas nas quais foi requisitado hemograma

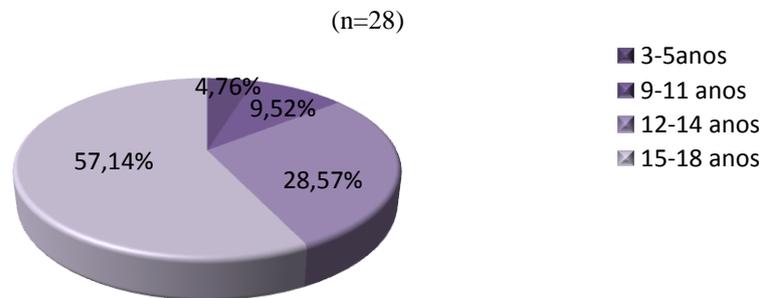


Figura 8 – Distribuição da idade das crianças assistidas em consultas nas quais foi requisitada avaliação de parâmetros bioquímicos (n= 21)

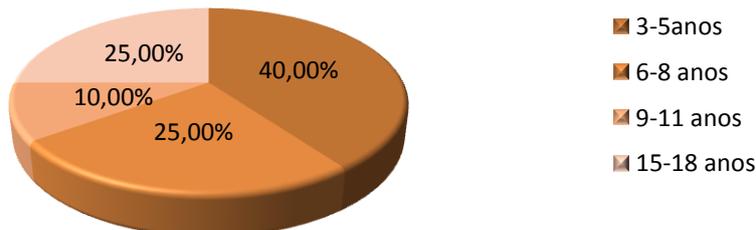


Figura 9 – Distribuição da idade das crianças assistidas em consultas nas quais foi requisitado Combur test

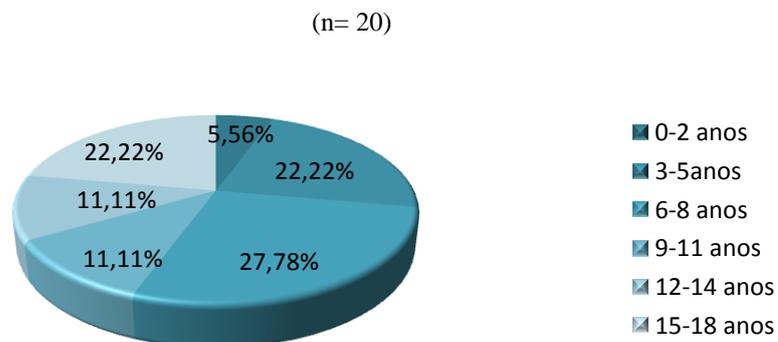


Figura 10 – Distribuição da idade das crianças assistidas em consultas nas quais foi requisitado Rx tórax (n= 18)

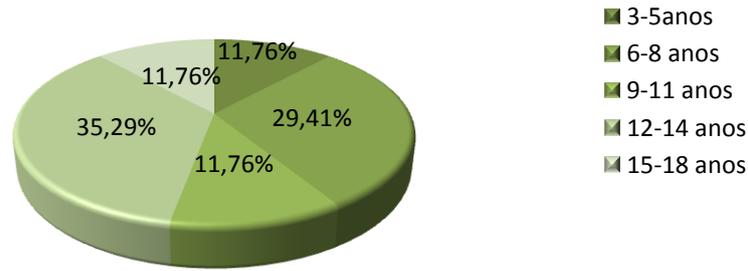


Figura 11 – Distribuição da idade das crianças assistidas em consultas nas quais foi requisitado Rx osteoarticular (n= 17)

Também se relacionou o pedido dos exames complementares com o diagnóstico que é estabelecido em consulta (Figuras 12 a 16). O hemograma foi pedido num total de 28 consultas. Nestas, os grupos de diagnóstico mais frequentes foram o referente a patologia gastrointestinal e o grupo de consultas sem registo (17.86% das consultas, em cada caso).

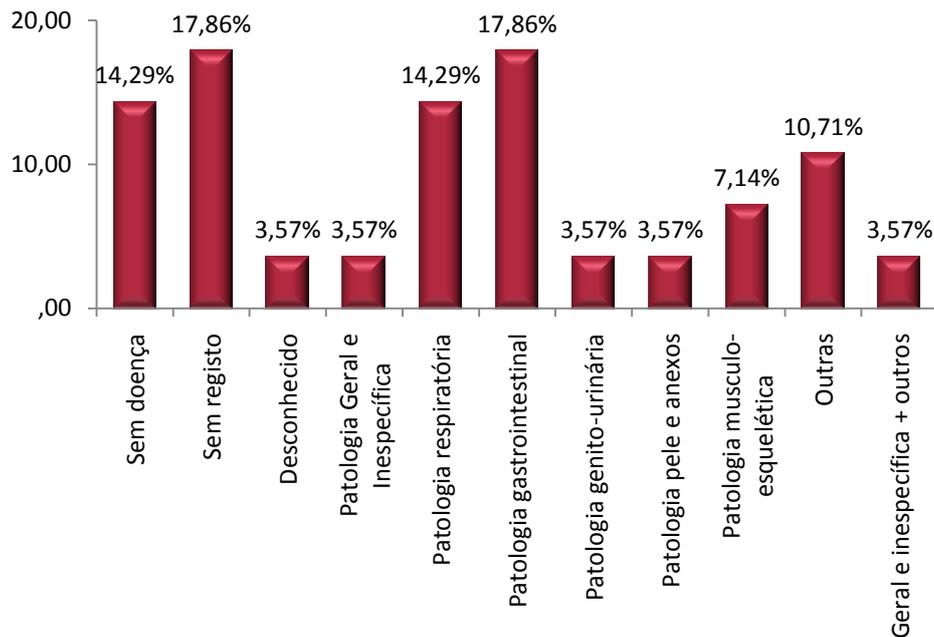


Figura 12 – Distribuição do diagnóstico das consultas nas quais foi requisitado Hemograma (n=28)

Em 23.81% das consultas, nas quais foi requisitada avaliação dos parâmetros bioquímicos, não foi feito registo do diagnóstico estabelecido pelo médico. O diagnóstico mais frequente, nessas consultas, correspondeu ao grupo de patologias gastrointestinais (19.05%).

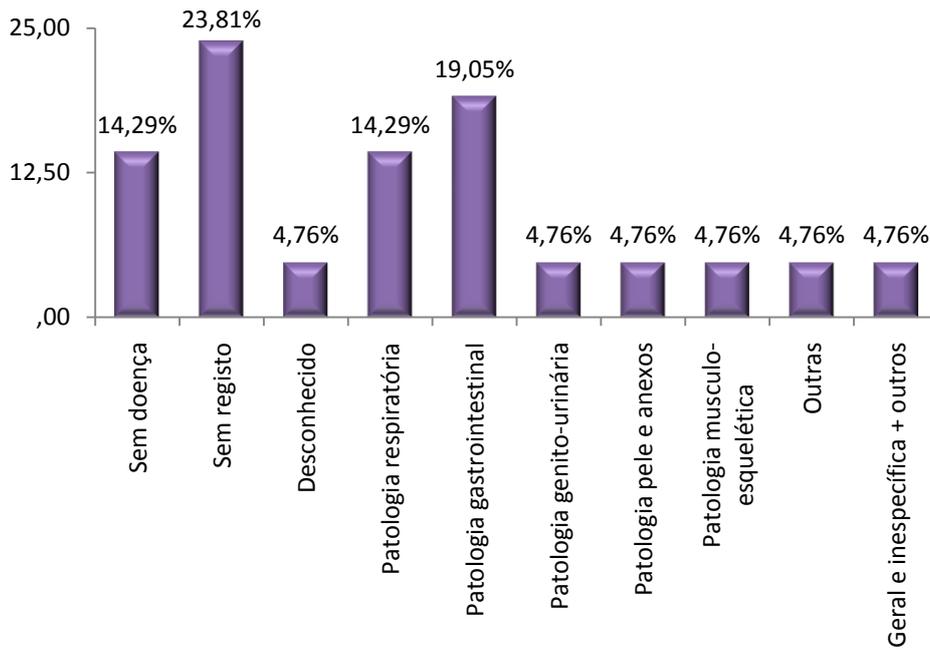


Figura 13 – Distribuição do diagnóstico das consultas nas quais foi requisitada Bioquímica (n=21)

Foi realizado Combur test em 20 consultas (17.54% do total de consultas nas quais se requisitaram ECDs), estabelecendo-se o diagnóstico de patologia genito-urinária em 40% das mesmas.

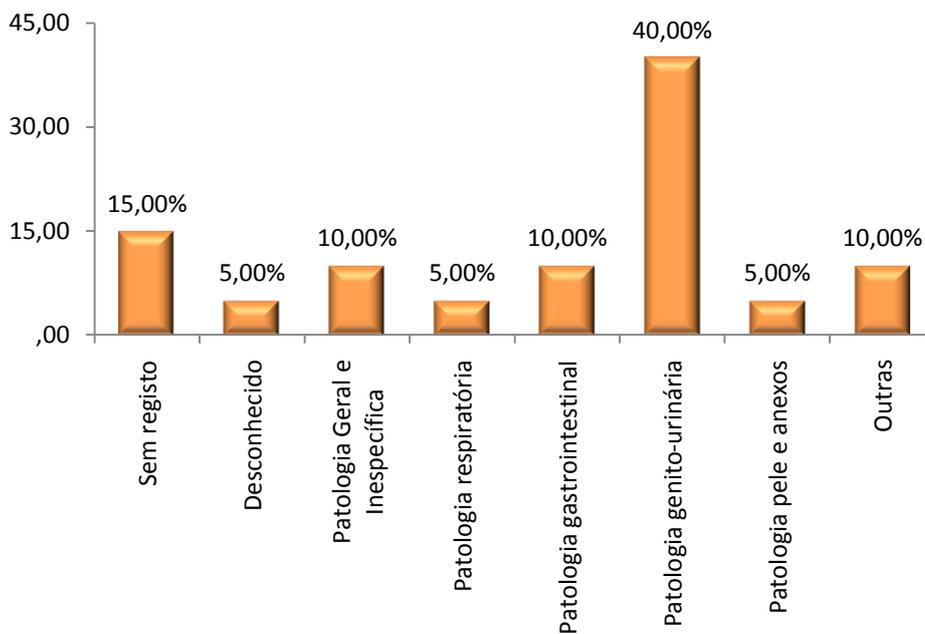


Figura 14 – Distribuição do diagnóstico das consultas nas quais foi requisitado Combur test (n=20)

No grupo de consultas nas quais se requisitou o rx do tórax (n=18), 44,44% das crianças apresentava patologia do foro respiratório.

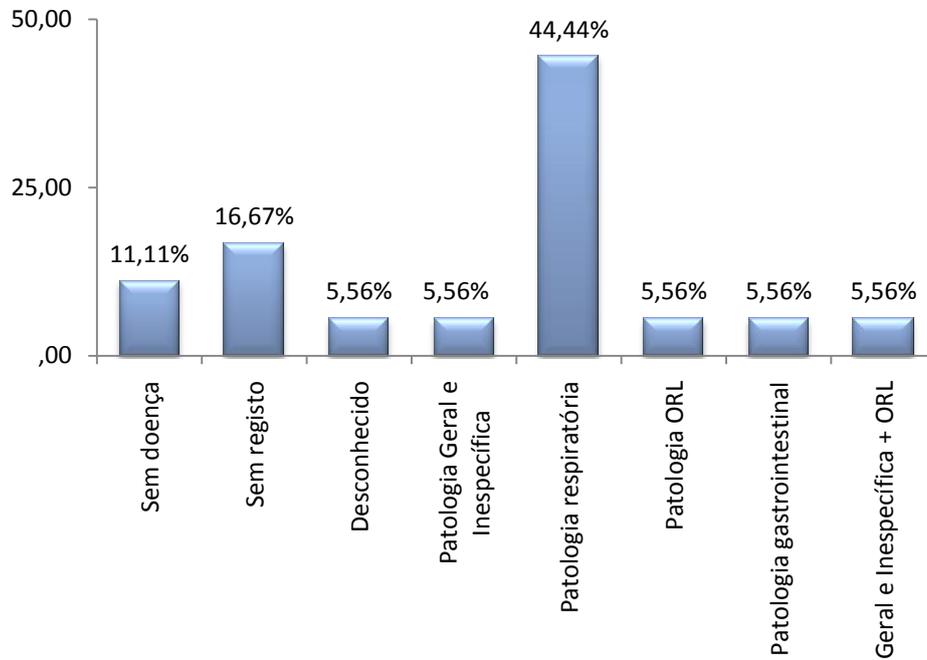


Figura 15 - Distribuição do diagnóstico das consultas nas quais foi requisitado Rx tórax (n=18)

Na maioria das consultas nas quais se requisitou rx osteoarticular (88,24%) foi feito o diagnóstico de patologia musculo-esquelética.

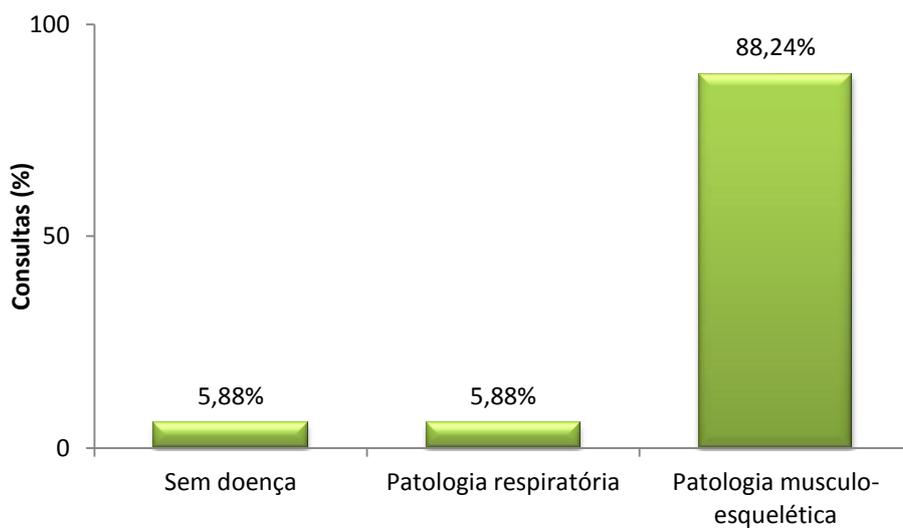


Figura 16 - Distribuição do diagnóstico das consultas nas quais foi requisitado Rx osteoarticular (n=17)

Diagnósticos da consulta:

A distribuição da amostra, atendendo aos diagnósticos, é apresentada na Tabela VII (e na Figura 5A, em anexo). De referir que, os diagnósticos estabelecidos foram agrupados, segundo uma adaptação da CIPS2 – Definida, de modo a facilitar o estudo das variáveis e interpretação dos resultados. Houve necessidade de criar um grupo de diagnósticos o qual se designou por “Outras patologias”, que abrange doenças de etiologia diversa que, por serem pouco frequentes na amostra, não justificavam a criação de grupos distintos. Também relativamente aos diagnósticos, tal como o motivo de consulta, poderão ter sido formulados diversos diagnósticos na mesma consulta.

DIAGNÓSTICO	<i>n</i>	%
Patologia Respiratória	323	33.23
Patologia ORL	106	10.91
Patologia Pele e Anexos	87	8.95
Patologia Gastrointestinal	71	7.30
Patologia Geral e Inespecífica	61	6.28
Patologia Musculo-esquelética	38	3.91
Patologia Genito-urinária	23	2.37
Patologia Oftalmológica	23	2.37
Patologia Boca / Dentes / Gengivas	14	1.44
Patologia Psicossocial	7	0.72
Patologia Cardiovascular	6	0.62
Outras Patologias	75	7.72
Sem Doença	87	8.95
Desconhecido	10	1.03
Sem Registo	70	7.20

Tabela VII - Distribuição da amostra, de acordo com os diagnósticos médicos (n=972)

Da análise da Tabela VII, conclui-se que a patologia com maior representatividade foi a respiratória (33.23%), seguindo-se a do foro otorrinolaringológico (ORL), que representou 10.91% das consultas. A patologia da pele e anexos foi diagnosticada em 8.95% das

consultas. Os diagnósticos menos frequentes foram os relativos às patologias psicossocial (0.72%) e cardiovascular (0.62%). É de salientar que em 1.03% dos casos não se estabeleceu um diagnóstico (diagnostico desconhecido). Importa, ainda, referir que em 8.95% das situações de consulta, as crianças não apresentavam doença e que em 7.20% dos casos não houve registo relativo ao diagnóstico.

Proceder-se-á, ainda, à representação detalhada da distribuição das patologias mais frequentes, nomeadamente das patologias do foro respiratório, ORL e da pele e anexos (Figuras 18 a 20). No anexo 3, representa-se a distribuição de patologias em consultas cujos diagnósticos foram o de patologia gastrointestinal e o de patologia geral ou inespecífica (Figuras 6A e 7A).



Figura 18 - Distribuição da amostra consoante um diagnóstico de consulta (n=323)

Analisando as diferentes patologias do foro respiratório diagnosticadas, verificamos que predominou a infecção aguda do aparelho respiratório superior (em 50.15% dos caso), sendo que os casos menos prevalentes foram os de laringotraqueobronquite e de dispneia (0.93% e 0.62%, respectivamente). Numa minoria de consultas do grupo em análise (2.48%), foi estabelecido um diagnóstico que englobava associações entre várias patologias do foro respiratório.

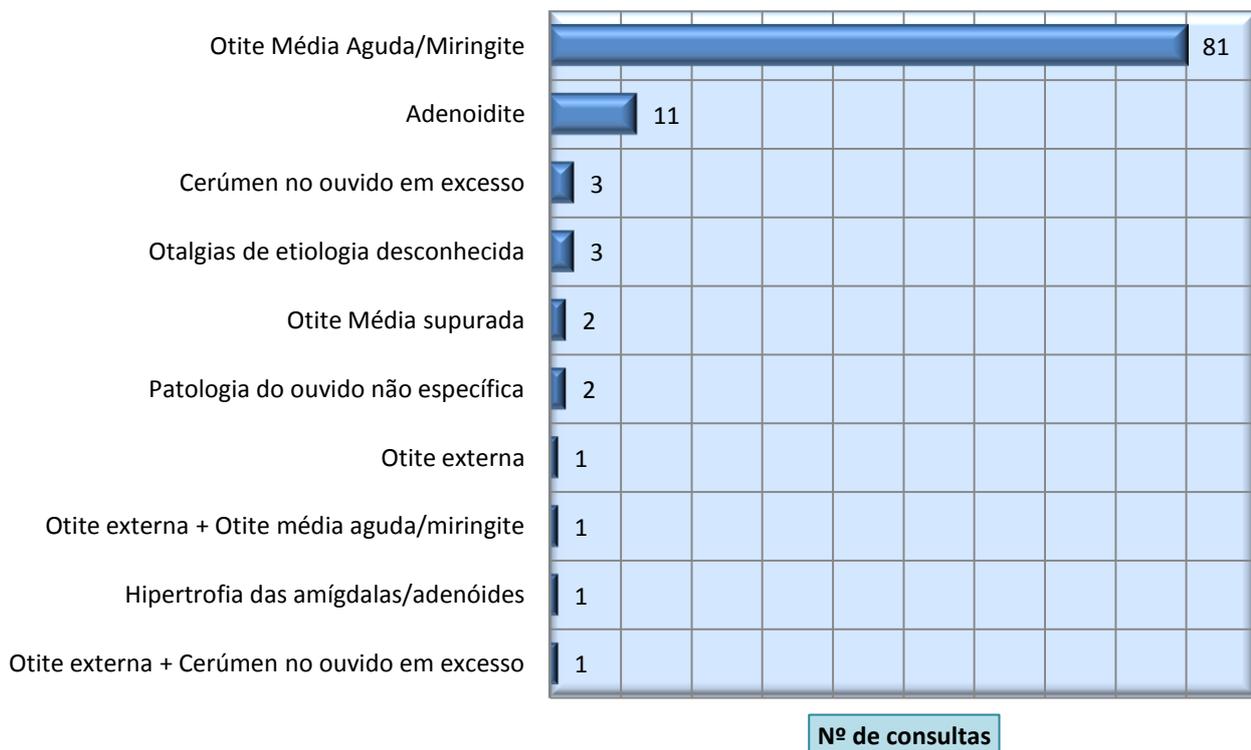


Figura 19 – Distribuição da amostra consoante o diagnóstico de consulta (n=106)

Da análise da distribuição de frequências das patologias do foro ORL, verificamos que a otite média aguda foi a mais comum, referenciada em 76.42% dos casos, sendo a otite externa, associada ou não a cerúmen excessivo, ou a otite média aguda, bem como a hipertrofia das amígdalas/adenóides, as menos frequentes, com apenas 1 caso cada (0.94%)

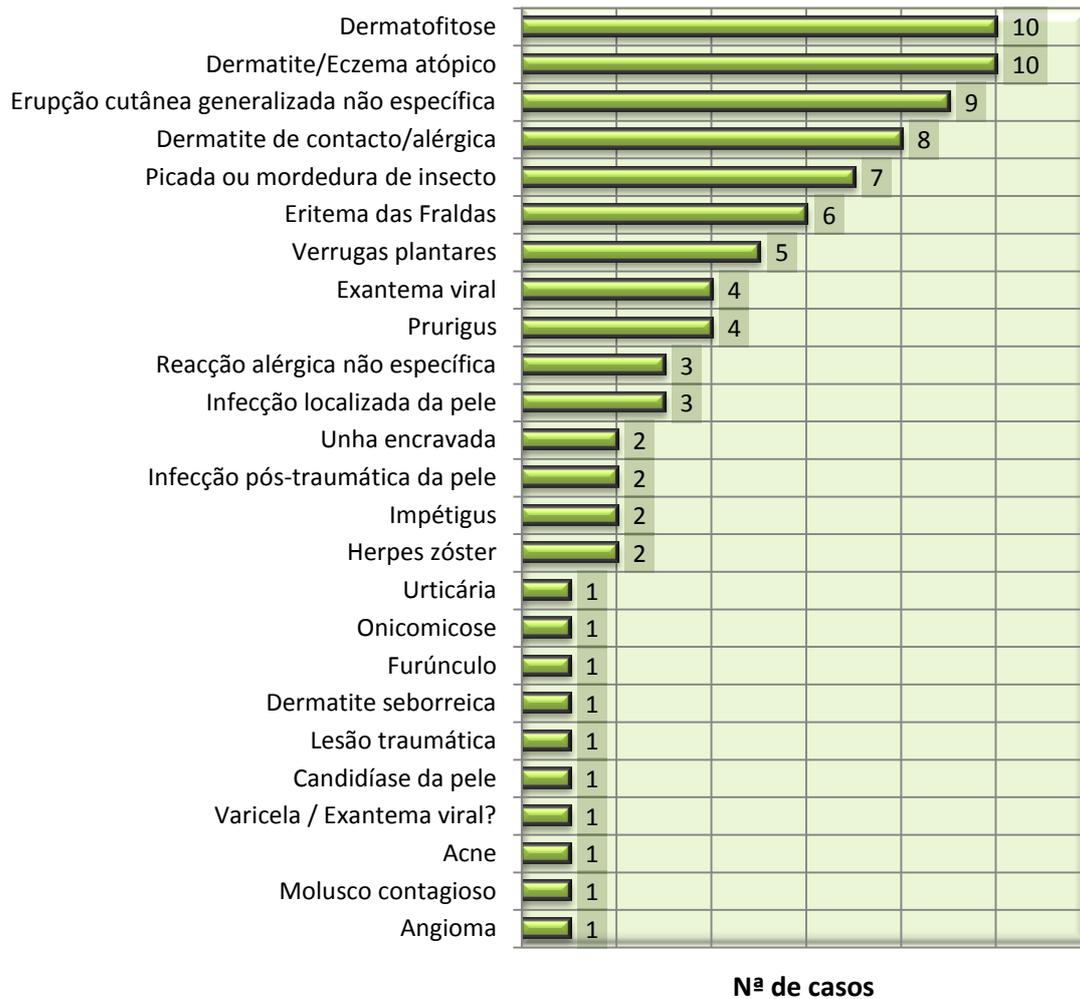


Figura 20 - Distribuição da amostra consoante um diagnóstico de consulta (n=87)

As patologias da pele e anexos mais frequentes foram a dermatofitose e a dermatite ou eczema atópico (diagnosticadas em 11.49% das consultas, cada uma). Seguiram-se os diagnósticos de erupção cutânea não específica (10.34%) e de dermatite de contacto/alérgica (9.20%). Nas restantes situações, a prevalência das patologias foi sempre inferior a 9%.

Apesar de não serem representados esquematicamente, quanto ao grupo designado por “outras patologias”, 42 dos 75 diagnósticos efectuados, ou seja, 56% dos casos correspondeu a patologias de etiologia viral e em 25.33% foi estabelecido o diagnóstico de varicela.

Quanto às patologias gastrointestinais, verifica-se que 52.11% dos casos referenciados foram de gastroenterite aguda, seguindo-se a dor abdominal (16.90%). Dos restantes casos mencionados, todos detiveram representatividade inferior a 5%.

No que respeita à patologia geral e inespecífica, a febre figurou com maior representatividade, em 67.21% dos casos, sendo que os restantes diagnósticos apresentaram frequência relativa inferior a 10%.

Referenciação:

O facto de a criança ser ou não orientada para nova observação médica ou, referenciada para outro serviço de saúde, também foi alvo de interesse nesta investigação. Das 972 consultas efectuadas houve necessidade de referenciar 261 crianças (26.85%) para outros serviços/consultas. (Tabela IV-A do anexo 3). A referenciação para o médico de família ocorreu em 21.30% das consultas da amostra, o que deveria ser feito, independentemente da evolução clínica ou apenas se necessário (em caso de ineficácia terapêutica ou agravamento da clínica). Quer para a consulta aberta quer para o serviço de urgência, foram encaminhadas 2.78% das crianças. É de salientar que, das 27 crianças referenciadas para serviço de urgência, 23 (85.18%) foram referenciadas para o Hospital Pediátrico (Figura 21).

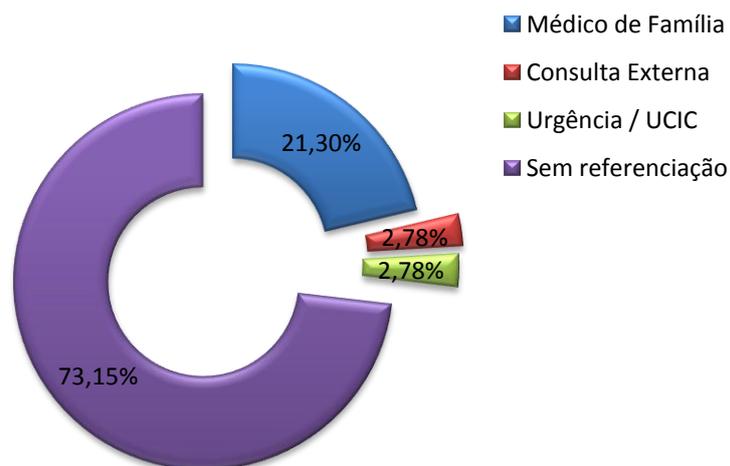


Figura 21 - Distribuição da amostra consoante o tipo de referenciação na consulta (n=972)

Plano:

O plano estabelecido em consulta visa a resolução do motivo que levou à procura dos cuidados de saúde. Neste estudo, engloba conselhos e vigilância, tratamento não farmacológico (como por exemplo, reforço hídrico, dieta, desobstrução nasal, cinesiterapia, aplicação de frio ou calor locais e hidratação cutânea), tratamento farmacológico e referenciação para o serviço de urgência. Foram ainda distinguidos mais dois grupos a nível do plano de consulta, referentes a consultas nas quais foram realizadas actividades administrativas (nomeadamente declarações médicas e atestados para escolas/ instituições educativas e práticas desportivas, renovação de medicação crónica e requisição de exames complementares de diagnóstico) ou não foi feito registo médico do plano.

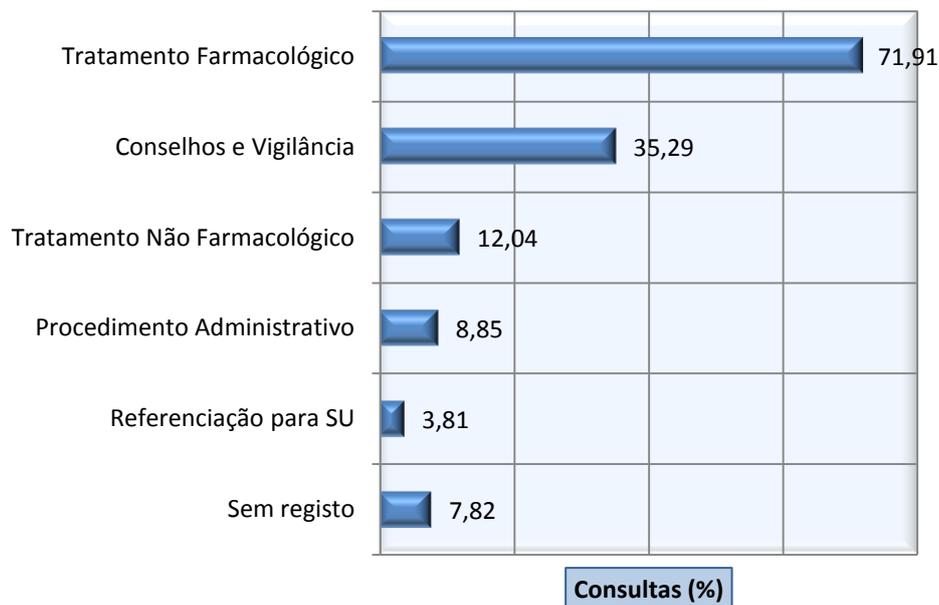


Figura 22 – Plano de consulta instituído (n=972)

Analisando os diferentes tipos de tratamento, e nunca esquecendo que, numa consulta pode ser prescrito mais que um tipo, verificamos a prevalência do tratamento farmacológico, sendo a farmacologia geral a mais frequente (40.64%). De referir que, neste estudo deve interpretar-se como Farmacologia Geral, a prescrição de analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios.

Seguem-se os anti-bacterianos (30.25%) e os fármacos destinados a patologias do aparelho respiratório (13.17%), sendo este último expectável, dado que a patologia do foro respiratório foi a que teve a maior representatividade, em termos de diagnóstico, na amostra em estudo. Constata-se ainda a relevância atribuída aos conselhos e vigilância (35.29%) e ao tratamento não farmacológico (12.04%) (Tabela VIII).

PLANO	n	%
Conselhos e vigilância	343	35.29
Não farmacológico	117	12.04
Farmacologia Geral	395	40.64
Anti-bacterianos	294	30.25
Anti-fúngicos	31	3.19
Anti-víricos	3	0.31
Anti-parasitários	14	1.44
Fármacos Aparelho Respiratório	128	13.17
Fármacos Aparelho Digestivo	25	2.57
Fármacos Dermatologia	46	4.73
Outros Fármacos	137	14.09
Referenciação para SU	37	3.81
Procedimento Administrativo	86	8.85
Sem Registo	76	7.82

Tabela VIII- Distribuição de frequências de acordo com o tipo de tratamento (n=972)

Em anexo, apresentam-se, individualmente, dados relativos aos grupos de fármacos mais utilizados: anti-bacterianos, grupo de outros fármacos e os destinados a patologias do foro respiratório (Figuras 8A, 9A e 10A, respectivamente). O grupo de fármacos que se incluem na “Farmacologia Geral” foi prescrito um maior número de vezes, em consultas realizadas por patologia respiratória (Figura 11A, do anexo 3). Nas consultas, nas quais se prescreveram amoxicilina e a associação amoxicilina e ácido clavulânico, foi feito o diagnóstico de patologia respiratória em 56.70% dos casos e de patologia ORL em 39.15% (Figura 12A, do

anexo 3). No grupo de outros fármacos, o destaque recai na prescrição de anti-histamínicos (8.64% do total das consultas), usados, maioritariamente, em situações de patologia respiratória (45.46%) ou de patologia da pele e anexos (38.64%) (Figura 13A, do anexo 3).

Médicos:

A equipa médica da U.S.F. Cruz de Celas é composta por oito médicos especialistas (Médicos 1 a 8). Como esta U.S.F. é uma instituição com idoneidade e capacidade formativa, alguns dos médicos são orientadores de formação tendo a seu cargo médicos internos da especialidade. No período em estudo, houve médicos internos da especialidade (Médicos 9 a 12) a observarem crianças em consulta aberta. Após análise da distribuição das consultas, atendendo ao Médico de Família da criança e o Médico que assistiu a criança, na consulta aberta, obtiveram-se os resultados apresentados nas Figuras 23 e 24.

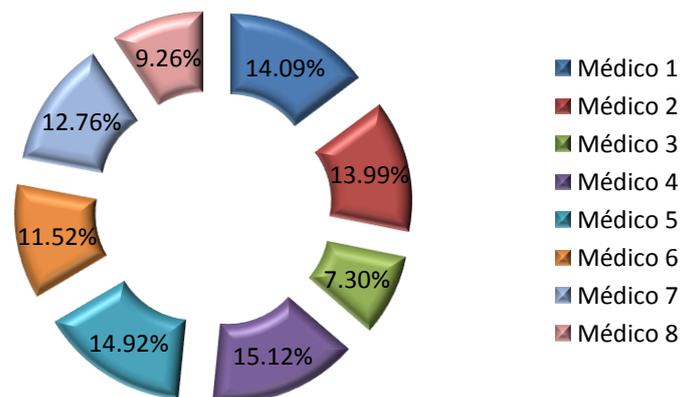


Figura 23 - Distribuição da amostra consoante o médico de família da criança (n=972)

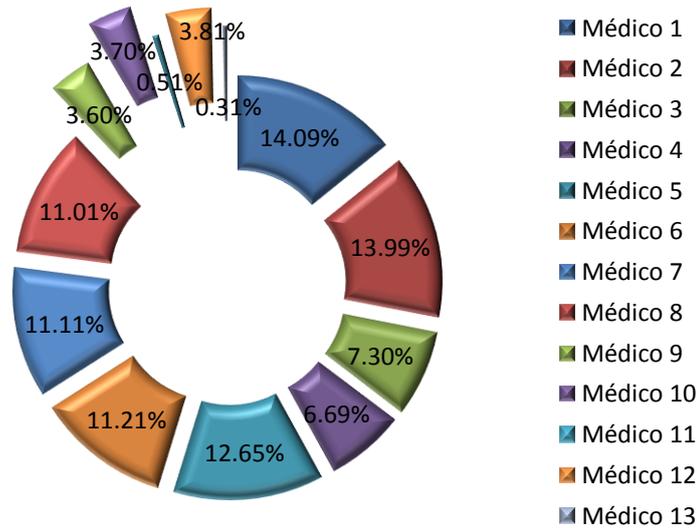


Figura 24 - Distribuição da amostra consoante o médico que assistiu da criança, em consulta aberta (n=972)

Na distribuição das consultas, tendo em conta os médicos de família da criança, há uma variação entre 8.23% de consultas realizadas a crianças do ficheiro do médico 3 e 15.12 % a crianças cujo médico de família é o designado médico 4 (Tabela V-A, anexo3). Por outro lado, de entre os médicos especialistas, o médico 1 foi aquele que assistiu uma maior percentagem de crianças (14.04%), em consulta aberta, e o médico 4 o que viu menor número de crianças (6.69% das consultas). É de notar que, os médicos internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar foram responsáveis por uma baixa percentagem de consultas abertas de saúde infantil (11.93% das consultas, distribuídas por cinco médicos diferentes, em média 23.2 consultas, no período em estudo) (Tabela VI-A, anexo3). O maior ou menor número de consultas de cada médico interno pode variar consoante o seu tutor, a sua ausência da U.S.F. para estágios hospitalares ou a própria autonomia do médico.

Parece pertinente relacionar as duas variáveis anteriores e perceber a distribuição de consultas, realçando o facto de serem, ou não, realizadas pelo médico assistente da criança. Esta associação foi feita através do cruzamento das variáveis e está expressa nas Figura 25 e Tabela IX.

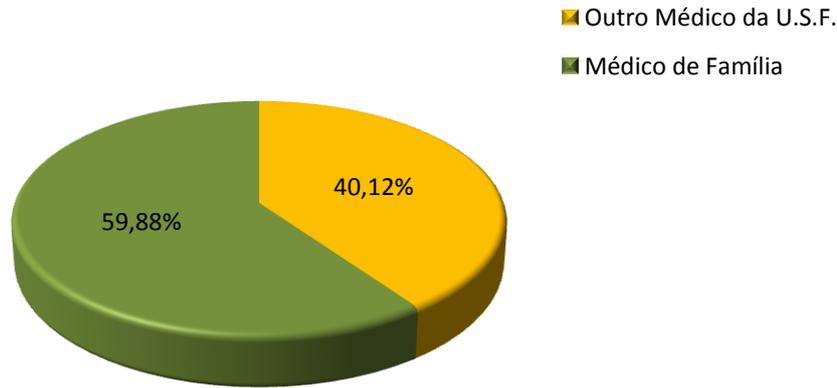


Figura 25 – Distribuição das consultas consoante são realizadas pelo Médico de família da criança, ou por outro Médico da U.S.F. Cruz de Celas (n=972)

MÉDICO ASSISTENTE MÉDICO CONSULTA ABERTA	Médico 1	Médico 2	Médico3	Médico4	Médico5	Médico 6	Médico7	Médico 8
Médico 1	99 (72.26%)	9 (6.57%)	4 (2.92%)	3 (2.19%)	7 (5.11%)	2 (1.46%)	9 (6.57%)	4 (2.92%)
Médico 2	14 (10.29%)	96 (70.59%)	3 (2.20%)	8 (5.88%)	3 (2.20%)	1 (0.74%)	10 (7.35%)	1 (0.74%)
Médico 3	0 (0.00%)	2 (2.82%)	47 (66.20%)	4 (5.63%)	8 (11.27%)	2 (2.82%)	7 (9.86%)	1 (1.41%)
Médico 4	5 (7.69%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	42 (64.62%)	5 (7.69%)	6 (9.23%)	3 (4.62%)	4 (6.15%)
Médico 5	9 (7.32%)	6 (4.88%)	2 (1.63%)	7 (5.69%)	78 (63.42%)	4 (3.25%)	7 (5.69%)	10 (8.13%)
Médico 6	3 (2.75%)	6 (5.50%)	4 (3.67%)	5 (4.59%)	1 (0.92%)	85 (77.98%)	5 (4.59%)	0 (0.00%)
Médico 7	1 (0.93%)	7 (6.48%)	7 (6.48%)	4 (3.70%)	5 (4.63%)	3 (2.78%)	75 (69.44%)	6 (5.56%)
Médico 8	10 (9.34%)	4 (3.74%)	6 (5.61%)	8 (7.48%)	6 (5.61%)	6 (5.61%)	7 (6.54%)	60 (56.08%)
Médico 9	0 (0.00%)	1 (2.86%)	0 (0.00%)	1 (2.86%)	31 (88.57%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (5.71%)
Médico 10	1 (2.78%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	32 (88.89%)	1 (2.78%)	1 (2.78%)	0 (0.00%)	1 (2.78%)
Médico 11	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (80.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)
Médico 12	1 (2.70%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	33 (89.19%)	0 (0.00%)	2 (5.41%)	0 (0.00%)	1 (2.70%)
Médico 13	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (100%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

Tabela IX – Relação entre consultas abertas que são feitas pelo Médico de Família da criança ou por outro Médico da U.S.F. Cruz de Celas (n=972)

De realçar que, na sua maioria, as consultas são realizadas pelo médico de família da criança doente (59.88%). Também, neste aspecto, existem diferenças entre os médicos de família, sendo que a percentagem de consultas não programadas destinadas a crianças do seu ficheiro varia entre 77.98% do número de consultas realizadas pelo médico em causa, para o médico 6 e 56.08%, para o médico 8. Por outro lado, é possível inferir que o médico que mais vezes assiste crianças do ficheiro de outros médicos é o médico 8 (43.92% da totalidade das consultas realizadas por si).

Recorrência das crianças às consultas abertas:

N.º CONSULTAS	<i>n</i>	%
Até 2	598	61.52
3 a 4	277	28.50
Superior a 4	97	9.98

Tabela X – Distribuição da amostra, de acordo com o número de consultas por criança (n=972)

Da análise da Tabela X verifica-se que, das 972 consultas efectuadas, 61.52% se destinaram a crianças que recorreram apenas 1 ou 2 vezes à consulta, seguindo-se as crianças que recorreram entre 3 a 4 vezes (28.50%). Destacam-se 9.98% de consultas efectuadas a crianças que recorreram mais de quatro vezes às mesmas, no período de tempo em estudo (Figura 14^a do anexo 3).

O número total de consultas durante o intervalo de tempo em estudo neste trabalho foi 972, sendo estas utilizadas por 577 crianças diferentes (média de 1.68 consultas por criança). Através da análise da base de dados, observou-se que das 577 crianças, 352 foram apenas uma vez à consulta e 225 foram duas ou mais vezes à U.S.F. Cruz de Celas, a consultas não programadas. O número mínimo de consultas por crianças foi uma, existindo uma criança que recorreu à consulta não programada nove vezes (máximo de consultas à mesma criança). Das

225 crianças com duas ou mais consultas, 17 recorreram a mais de quatro consultas nos dois trimestres de 2008, num total de 97 consultas (média de 5.71 consultas por criança). Das 17 crianças que registaram mais de quatro consultas abertas, 58.82% tinha idade inferior a dois anos e 5.88% apresentava idades entre os 12 e 14 anos. Observaram-se, também, crianças entre os 3 a 5 anos e os 12 a 14 anos, numa frequência de 17.65% para ambos os grupos etários.

Foi possível, excluindo a primeira consulta da criança no período em estudo, analisar o intervalo de tempo decorrido entre as consultas da mesma criança, obtendo-se a informação expressa na Tabela XI.

INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS CONSULTAS	<i>n</i>	%
Inferior a uma semana	20	25%
Superior a uma semana e inferior a um mês	32	40%
Superior a um mês	28	35%

Tabela XI – Tempo decorrido entre as consultas das crianças que recorreram à consulta aberta mais que quatro vezes no período de tempo em estudo (n=80)

Das 52 consultas (65% do total de consultas a crianças que recorreram mais que quatro vezes à consulta aberta) que decorreram com um intervalo de tempo inferior a um mês, relativamente à consulta anterior, 34.62% apresentaram motivo de consulta distinto, enquanto as restantes (65.38%), foram realizadas pelo mesmo motivo que a consulta anterior. Neste último grupo, além das situações agudas de novo, foram incluídas as consultas abertas onde se fez reavaliação da situação clínica que a criança apresentara, na última consulta.

Não se pode esquecer que o estudo decorre em dois períodos do ano distinto, o que pode enviesar os resultados obtidos neste estudo.

Hipótese 1. Os motivos de consulta são dependentes do sexo e da idade das crianças.

MOTIVO DE CONSULTA		FEMININO		MASCULINO		V	χ^2	p
		n	%	n	%			
FEBRE	Não	320	62.75	302	65.37	0.027	0.614	0.433
	Sim	190	37.25	160	34.63			
GERAL E INESPECÍFICO	Não	449	88.04	401	86.80	0.019	0.237	0.626
	Sim	61	11.96	61	13.20			
RESPIRATÓRIO	Não	290	56.86	289	62.55	0.058	3.028	0.082
	Sim	220	43.14	173	37.45			
ORL	Não	446	87.45	412	89.18	0.027	0.541	0.462
	Sim	64	12.55	50	10.82			
GASTROINTESTINAL	Não	446	87.45	414	89.61	0.034	0.907	0.341
	Sim	64	12.55	48	10.39			
GENITO-URINÁRIO	Não	491	96.27	454	98.27	0.061	2.868	0.090
	Sim	19	3.73	8	1.73			
PELE E ANEXOS	Não	462	90.59	409	88.53	0.034	0.895	0.344
	Sim	48	9.41	53	11.47			
OFTALMOLÓGICO	Não	499	97.84	446	96.54	0.040	1.086	0.297
	Sim	11	2.16	16	3.46			
MUSCULOESQUELÉTICO E TRAUMATISMO	Não	488	95.69	446	96.54	0.022	0.268	0.605
	Sim	22	4.31	16	3.46			
BOCA, LÍNGUA E GENGIVAS	Não	504	98.82	454	98.27	0.023	0.208	0.648
	Sim	6	1.18	8	1.73			
CARDIOVASCULAR*	Não	507	99.41	460	99.57			1.000
	Sim	3	0.59	2	0.43			
PSICOSSOCIAL*	Não	507	99.41	457	98.92			0.488
	Sim	3	0.59	5	1.08			
PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO	Não	478	93.73	417	90.26	0.064	3.531	0.060
	Sim	32	6.27	45	9.74			
REAVALIAÇÃO DE CLÍNICA ANTERIOR	Não	480	94.12	444	96.10	0.046	1.636	0.201
	Sim	30	5.88	18	3.90			
ECD'S	Não	493	96.67	444	96.10	0.015	0.089	0.766
	Sim	17	3.33	18	3.90			

* Na variável em estudo foi aplicado o teste exacto de Fisher, por não se encontrarem satisfeitos os pressupostos para aplicação do teste Qui-quadrado, no que respeita à existência de menos de 20% das classes com frequência esperada inferior a 5.

Tabela XII – Teste Qui-Quadrado, relativo ao motivo de consulta, em função do sexo (n=972)

Dos resultados da tabela XII, constata-se que não há evidência estatística para afirmar que as variáveis referentes aos motivos de consulta sejam dependentes do sexo da criança ($p > 0.05$).

MOTIVO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)								V	χ^2	p
		0-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-18				
FEBRE	Não	n	168	117	96	60	79	102	0.232	52.330	0.000
		%	57.14	59.39	55.81	63.16	83.16	85.71			
	Sim	n	126	80	76	35	16	17			
		%	42.86	40.61	44.19	36.84	16.84	14.29			
GERAL E INESPECÍFICO	Não	n	256	180	149	82	83	100	0.066	4.280	0.510
		%	87.07	91.37	86.63	86.32	87.37	84.03			
	Sim	n	38	17	23	13	12	19			
		%	12.93	8.63	13.37	13.68	12.63	15.97			
RESPIRATÓRIO	Não	n	158	114	98	50	70	89	0.164	26.066	0.000
		%	53.74	57.87	56.98	52.63	73.68	74.79			
	Sim	n	136	83	74	45	25	30			
		%	46.26	42.13	43.02	47.37	26.32	25.21			
ORL	Não	n	277	166	146	81	85	103	0.130	16.305	0.006
		%	94.22	84.26	84.88	85.26	89.47	86.55			
	Sim	n	17	31	26	14	10	16			
		%	5.78	15.74	15.12	14.74	10.53	13.45			
GASTRO-INTESTINAL	Não	n	265	176	146	83	86	104	0.062	3.759	0.585
		%	90.14	89.34	84.88	87.37	90.53	87.39			
	Sim	n	29	21	26	12	9	15			
		%	9.86	10.66	15.12	12.63	9.47	12.61			
PELE E ANEXOS	Não	n	255	183	156	84	88	105	0.081	6.427	0.267
		%	86.73	92.89	90.70	88.42	92.63	88.24			
	Sim	n	39	14	16	11	7	14			
		%	13.27	7.11	9.30	11.58	7.37	11.76			
PROCED. ADMINISTRATIVO	Não	n	274	179	163	90	85	104	0.091	7.991	0.157
		%	93.20	90.86	94.77	94.74	89.47	87.39			
	Sim	n	20	18	9	5	10	15			
		%	6.80	9.14	5.23	5.26	10.53	12.61			
REAVALIAÇÃO DE CLÍNICA ANTERIOR	Não	n	270	187	166	94	92	115	0.109	11.619	0.040
		%	91.84	94.92	96.51	98.95	96.84	96.64			
	Sim	n	24	10	6	1	3	4			
		%	8.16	5.08	3.49	1.05	3.16	3.36			
VÁRIOS	Não	n	267	173	148	85	70	81	0.218	46.354	0.000
		%	90.82	87.82	86.05	89.47	73.68	68.07			
	Sim	n	27	24	24	10	25	38			
		%	9.18	12.18	13.95	10.53	26.32	31.93			

* Por questões inerentes à análise estatística dos dados, foram agrupados os seguintes motivos de consulta: genito-urinários; oftalmológicos; musculoesqueléticos e traumatismos; boca, dentes e gengivas; cardiovasculares; psicossociais; e ECD's.

Tabela XIII - Teste Qui-Quadrado, relativo ao motivo de consulta, em função da faixa etária (n=972)

Com o intuito de testar se os motivos de consulta são ou não independentes da faixa etária das crianças, verifica-se, da análise realizada, que houve diferenças estatisticamente significativas entre as diversas faixas etárias, no que respeita aos motivos de consulta, nomeadamente face à reavaliação de clínica anterior ($\chi^2 = 1.619; p = 0.040$). As diferenças foram muito significativas relativamente aos motivos febre, respiratório, ORL e ao agrupamento dos vários motivos (genito-urinários; oftalmológicos; musculoesqueléticos e traumatismos; boca, dentes e gengivas; cardiovasculares; psicossociais; e ECDs), dado o valor de $p < 0.01$ (Tabela XIII). Em relação às crianças que recorrem à consulta por febre, existiu uma relação de dependência entre a presença deste sintoma e a idade ($p = 0.000$). As crianças com idades entre os zero e dois anos apresentaram febre mais frequentemente (42.86%), que as crianças com idades superiores (no grupo de crianças entre os 15 e 18 anos, apenas 14.29% das crianças recorre à consulta por febre), notando-se uma diminuição desta queixa com o aumento da idade da criança.

O mesmo se aplica, de uma forma geral, quando analisada a relação entre a idade e os motivos do foro respiratório, embora a diminuição da presença deste motivo, com a idade, não seja tão evidente. De referir que, o grupo etário onde se verifica maior prevalência de sintomatologia respiratória, como motivo de consulta é o grupo dos 9 aos 11 anos.

As consultas por motivos do foro ORL são mais frequentes em idades compreendidas entre os 3 e os 11 anos (rondando os 15% de frequência desse motivo em cada grupo etário), sendo pouco frequentes (5.78%) em idades inferiores ou iguais a 2 anos.

Quando o motivo de consulta é “outros motivos” (sintomas genito-urinários; oftalmológicos; musculo-esqueléticos e traumáticos, boca, dentes e gengivas; cardiovasculares; psicossociais; e ECDs) verifica-se dependência estatística, tendo em conta a idade da criança $p < 0.01$, notando-se, neste caso, um aumento na frequência deste motivo à medida que aumenta a

idade da criança. No entanto, é muito difícil avaliar o significado desta associação dada a multiplicidade de sintomas incluídos neste grupo.

Está presente, também, uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis, motivo “reavaliação clínica” e faixa etária da criança, embora essa diferença não se revele tão notória como nas situações anteriores ($p < 0.01$).

Os motivos geral e inespecífico, gastrointestinal, pele e anexos, procedimento administrativo distribuem-se independentemente da idade da criança.

Importa referir que, nesta associação, se utilizaram intervalos etários para definir a variável idade da criança, de modo a facilitar a aplicação dos testes estatísticos.

Hipótese 2. Os diagnósticos feitos em consulta são dependentes do trimestre em que ocorre a consulta.

Para verificar se as patologias diagnosticadas são ou não dependentes do trimestre do ano em que ocorre a consulta, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado. Dada a baixa representatividade de alguns diagnósticos na amostra, houve necessidade de usar outro teste estatístico, o teste exacto de Fisher (ver tabela XIV).

Da análise da tabela XIV, após aplicação do teste Qui-Quadrado para verificar se as patologias diagnosticadas são ou não dependentes do trimestre do ano, constatou-se que, ao nível de significância de 0.05, os trimestres influenciaram de modo estatisticamente muito significativo o diagnóstico, nomeadamente ao nível das patologias do foro respiratório, gastrointestinal e da pele e anexos, assim como no grupo de outras patologias ($p < 0.01$). A patologia respiratória e o grupo de outras patologias (onde se realça a patologia viral) predominaram no 1º trimestre do ano. As patologia gastrointestinal e da pele e anexos foram mais frequentes no 3º trimestre. As restantes variáveis não são influenciadas pela época do

ano em estudo. Todavia, a associação entre as variáveis é muito baixa, sendo o valor do coeficiente V de Cramer sempre próximo de 0.10.

Analisando as restantes patologias, verificamos que não há evidência estatística para afirmar que as mesmas sejam dependentes do trimestre ($p > 0.05$).

PATOLOGIA		1.º TRIMESTRE		3.º TRIMESTRE		V	χ^2	p
		n	%	n	%			
GERAL E INESPECÍFICA	Não	626	93.85	285	93.44	0.008	0.010	0.918
	Sim	41	6.15	20	6.56			
RESPIRATÓRIA	Não	421	63.12	228	74.75	0.115	12.252	0.000
	Sim	246	36.88	77	25.25			
ORL	Não	587	88.01	279	91.48	0.052	2.248	0.134
	Sim	80	11.99	26	8.52			
GASTROINTESTINAL	Não	631	94.60	270	88.52	0.108	10.539	0.001
	Sim	36	5.40	35	11.48			
GENITO-URINÁRIA	Não	650	97.45	299	98.03	0.018	0.106	0.744
	Sim	17	2.55	6	1.97			
PELE E ANEXOS	Não	627	94.00	258	84.59	0.153	21.614	0.000
	Sim	40	6.00	47	15.41			
MUSCULO-ESQUELÉTICA	Não	642	96.25	292	95.74	0.012	0.042	0.837
	Sim	25	3.75	13	4.26			
OFTALMOLÓGICA	Não	655	98.20	294	96.39	0.055	2.229	0.135
	Sim	12	1.80	11	3.61			
CARDIOVASCULAR*	Não	662	99.25	304	99.67			0.671
	Sim	5	0.75	1	0.33			
PSICOSSOCIAL*	Não	662	99.25	303	99.34			1.000
	Sim	5	0.75	2	0.66			
BOCA, DENTES E GENGIVAS*	Não	658	98.65	300	98.36			0.774
	Sim	9	1.35	5	1.64			
OUTRAS	Não	604	90.55	293	96.07	0.096	8.169	0.004
	Sim	63	9.45	12	3.93			

* Na variável em estudo foi aplicado o teste exacto de Fisher, por não se encontrarem satisfeitos os pressupostos para aplicação do teste Qui-quadrado, no que respeita à existência de menos de 20% das classes com frequência esperada inferior a 5.

Tabela XIV - Teste Qui-Quadrado, relativo ao diagnóstico da consulta, em função do trimestre (n=972)

Hipótese 3. A maior ou menor recorrência à mesma depende do facto de uma criança ser ou não atendida pelo seu médico de família, em consulta aberta.

VARIÁVEIS		MÉDICO DE FAMÍLIA		OUTRO MÉDICO DA U.S.F.		χ^2	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
N.º CONSULTAS	Até 2	351	60.31	247	63.33	2.402	0.301
	De 3 a 4	166	28.52	111	28.46		
	Superior a 4	65	11.17	32	8.21		

Tabela XV – Teste Qui-Quadrado, relativo à recorrência, em função do atendimento por médico de família/outro (n=972)

Com o intuito de testar a hipótese de que a recorrência à consulta é influenciada pelo atendimento pelo médico de família ou por outro médico da U.S.F., aplicou-se o teste Qui-quadrado. Verificou-se que não há evidência estatística, ao nível de significância de 0.05, da dependência entre as variáveis ($\chi^2 = 2.402; p = 0.301$), ou seja, o médico que atendeu a criança não parece influenciar a recorrência ao serviço (Tabela XV).

DISCUSSÃO

Na primeira parte do trabalho verificou-se que a maioria das crianças, que recorreram às consultas de saúde infantil, pertencia ao sexo feminino, embora a diferença não tenha sido significativa, em relação a crianças do sexo masculino (52.47% vs. 47.53%). Este dado não é concordante com o concluído noutros estudos, nos quais as crianças do sexo masculino são as mais frequentemente atendidas, em consultas por situações de instalação aguda.^{2,10} No entanto, dada a diferença percentual entre os sexos, não parece ser de valorizar.¹⁷

Atendendo à idade, verificou-se um predomínio de crianças com idade igual a zero anos. É importante referir que 75% das crianças têm idade inferior a 10 anos. Comparando com outros trabalhos, nem sempre há concordância no que respeita à distribuição de idades das crianças que recorrem aos Cuidados Primários, em situações não programadas. Apesar disso, há uma relação consensual entre a maior afluência a consultas e a menor idade das crianças (50,51% das consultas foram realizadas a crianças com idade inferior a 5 anos).^{2,10,17,18}

A percentagem de consultas variou entre 68.62%, no primeiro trimestre e 31.38% no terceiro trimestre, sendo Janeiro o mês com a maior afluência (27.47%) e Agosto com a menor (6.48%). Tal como neste estudo, houve outros que concluíram que, quer Janeiro quer o período de Inverno, surgem como o mês/época do ano com maior número de consultas em situações agudas.² Outros autores constataram que os meses com maior afluência, no período do ano em estudo, foram Setembro ou Outubro, sendo Agosto o mês com menor número de consultas.^{10,17} Pelo facto de o estudo ter sido feito num espaço de tempo muito limitado, é difícil estabelecer comparações com outros trabalhos. Como foi mencionado anteriormente, a patologia respiratória foi a mais frequentemente diagnosticada (35.29%). Uma vez que se concluiu que esse grupo de patologias predominaram no 1º trimestre, não se estranha a maior afluência a consultas nesse período.

Em concordância com outros estudos, a segunda-feira foi o dia da semana com maior número de consultas abertas (24.90%)^{2,10}, sendo a quinta o dia com menor afluência (16,67%), se se excluir o dia de sábado, não incluído no estudo que serve de comparação.^{2,10} No presente trabalho, um número pouco significativo de consultas ocorreu durante a manhã de sábado (3,19%). Deve realçar-se a limitação em comparar a afluência nos dias da semana e a de sábado, uma vez que nesses dias, o período de funcionamento da U.S.F. Cruz de Celas, é diferente. Portanto, não é de estranhar o menor número de consultas ao sábado.

Não foram encontrados trabalhos que fossem de encontro ao observado, em relação ao período horário no qual foi registado maior número de consultas abertas de Saúde Infantil (entre as 9 e as 13 horas em 55.25% dos casos).^{2,10} Importa referir que muitos factores poderão ter contribuído para isso, nomeadamente o funcionamento e normas internas da U.S.F., em estudo. O período das 17 às 20 horas apresentou, também, uma afluência significativa (26.50%), o que pode ser justificado pela disponibilidade dos pais das crianças e pelo horário escolar das mesmas.²

Os principais motivos de consulta foram os sintomas do foro respiratório e a febre, acompanhados ou não por outros. O mesmo foi constatado por outros autores.¹⁸ Noutros estudos^{9,10}, a febre, isolada ou juntamente com outra sintomatologia, aparece como motivo mais frequente de consulta, seguido de sintomas das vias aéreas superiores. Verifica-se, portanto, uma inversão na ordem dos principais motivos de consulta, o que pode ser condicionado por inúmeras variáveis, nomeadamente, o período de estudo limitado. De referir que há uma diferença significativa em relação ao motivo de consulta, no que respeita às crianças que aparecem por traumatismo. Enquanto noutros estudos^{9,10}, este parece ser um motivo bastante frequente, verifica-se que, na U.S.F. Cruz de Celas, isto não acontece. Um factor que poderá determinar a menor proveniência à consulta aberta da U.S.F., por situações traumáticas, prende-se com a proximidade do Hospital Pediátrico de Coimbra, com

disponibilidade de ECDs adequados a essas situações. Existem estudos que afirmam que os doentes julgam que os hospitais dispõem de melhores equipamentos e, portanto, mais vale ir directamente ao serviço de urgência, onde serão atendidos de forma mais completa (nomeadamente, quando pensam haver necessidade de fazer Rx).⁶ A distância a que se encontra o hospital de referência (neste caso, o Hospital Pediátrico) parece ser determinante na maior afluência de doentes a esse serviço, em situações agudas, mesmo que esteja em causa a prestação de cuidados de saúde primários. O facto de serem usadas consultas abertas para resolução de procedimentos administrativos (7.72%) sugere problemas na organização e um excesso de responsabilidade médico-administrativa. Parte desta utilização pode corresponder a desleixo de alguns doentes que não planeiam convenientemente a renovação de medicação, outra parte será devida a uma barreira administrativa ao consumo de medicamentos e de ECDs, que atribuem ao MF a responsabilidade desse controlo (para além das 7.72% das consultas realizadas por motivos administrativos variados, 3.60% das consultas foram motivadas pela necessidade de requisição/revelação de resultados de ECDs).⁶

A nível da requisição de ECDs, o dado mais importante a destacar é a baixa frequência da necessidade de recorrer a outros meios, além da observação clínica. Em somente 11.73% das consultas (valor inferior ao observado noutros estudos⁹) foram requisitados exames. Há, no entanto, autores que determinaram uma menor taxa de requisição de ECDs (3.4%)¹⁸. Esta realidade é a favor dos que defendem que os médicos de família são, comprovadamente, os mais habilitados para resolver a maioria das situações da sintomatologia aguda, sem necessidade de ECDs sofisticados ou recursos muito onerosos.⁸ Constata-se que o hemograma e a avaliação bioquímica são os ECDs mais vezes pedidos, em consulta aberta. Pelo contrário, existem estudos que mostram que os exames radiológicos e as uroculturas, são os exames mais frequentemente necessários, numa situação aguda. Esta diferença de resultados pode estar relacionada com o facto de, no presente estudo, se considerarem os procedimentos

administrativos médicos, como motivos de consulta, o que se relaciona com o aumento da requisição de ECDs de rotina, principalmente, em crianças mais velhas.⁶ Por outro lado, a diferença evidente no número de consultas realizadas por motivos traumáticos, irá condicionar a percentagem de exames radiológicos pedidos.⁹

Após observação médica, o diagnóstico mais frequente foi o de patologia respiratória (33.23%). Este facto está relacionado, directamente, com o próprio motivo da consulta, uma vez que a sintomatologia respiratória é, também, a que mais vezes motiva a procura das consultas não programadas (40.43%). A prevalência desta patologia é afirmada por outros autores, salientando a infecção do aparelho respiratório superior.^{9,10,17,18} As patologias ORL e da Pele e Anexos, surgem logo a seguir, com frequências de 10.91% e 8.95%, respectivamente. A distribuição de consultas, atendendo ao diagnóstico efectuado, não é concordante com alguns dos estudos que servem como termo de comparação.^{9,18} Num número significativo de crianças não foi diagnosticada qualquer doença (8.95%). Este facto pode ser influência da inclusão de procedimentos administrativos como motivo de consulta.

Quanto à referenciação para outros serviços de saúde, comparando com outros estudos^{6,9,10,18,19}, nos quais só se considerou a referenciação para serviços de urgência e consultas externas, parece haver consenso que a grande percentagem das crianças (em 94.44% das consultas a situação é resolvida pelo MF/médico da U.S.F., quer no tempo de consulta, quer numa fase posterior) não necessita de referenciação para os serviços de saúde atrás mencionados. Isto sugere que os utentes têm uma ideia correcta dos recursos disponíveis, a nível dos cuidados de saúde primários e que, quando a situação clínica sugere alguma gravidade, os pais levam as crianças directamente à urgência hospitalar.^{6,19}

Em relação ao tratamento instituído em consulta, verificou-se que os fármacos mais prescritos destinaram-se ao tratamento sintomático, nomeadamente, analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios (em 40.64% das consultas realizadas). O alívio das queixas é essencial na

abordagem terapêutica do doente. O aconselhamento e vigilância foi valorizado em 35.29% das consultas, como forma de resolução da situação aguda, isoladamente ou em associação com outras modalidades terapêuticas. Outros estudos revelaram que o aconselhamento foi eleito, como atitude terapêutica, em 77.3% do total de consultas.¹⁸ Em 30.25% das consultas foi prescrito antibiótico (valor superior ao registado por outros autores¹⁸), sendo os mais frequentemente escolhidos, a amoxicilina ou a associação amoxicilina e ácido clavulânico.

Existem evidências da associação positiva entre a satisfação dos utentes e a constância do profissional de saúde que lhes presta cuidados.²⁰ Este facto leva-nos a pensar que é importante tentar que, sempre que possível, a criança seja observada pelo seu MF. As consultas abertas foram, preferencialmente, realizadas pelo MF da criança (59.88%). Este facto é vantajoso tanto para a criança e para os seus pais, que estão mais à vontade e têm mais confiança no seu MF, como para o médico que poderá acompanhar/conhecer a situação clínica do seu doente.

Num total de 972 consultas, foram observadas 577 crianças, ou seja houve uma média de 1.68 consultas por cada uma. De referir que foram atendidas mais que quatro vezes, em consulta aberta, um número total de 17 crianças diferentes. Como seria de esperar e, concordando com estudos publicados⁹, na maioria das consultas realizadas a crianças que recorreram mais do que quatro vezes à consulta aberta da U.S.F. Cruz de Celas (76,47%), estas apresentavam idade inferior a 5 anos. Ao contrário do observado por outros autores⁹, a maioria das consultas à criança que recorreu mais do que quatro vezes à U.S.F. (65%), em situações agudas, ocorreu num período inferior a um mês. Este facto pode estar relacionado com o agravamento sintomático, com a indicação, por parte do médico, da necessidade de reavaliação clínica (4,94% do total de consultas) ou avaliação de resultados de ECDs requisitados em consulta anterior, ou ainda pela ansiedade e angústia dos pais.^{9,18}

Numa segunda fase do trabalho, o objectivo foi testar as hipóteses apresentadas inicialmente. É importante esclarecer, desde já, que foi muito difícil encontrar estudos que servissem de termos comparativos, dada a especificidade das hipóteses testadas.

Para a primeira hipótese, associaram-se as variáveis sexo e motivos que levaram as crianças à consulta. No presente trabalho, concluiu-se que não existe qualquer relação entre estas duas variáveis ($p > 0.05$). Contudo, existem trabalhos que referem uma maior prevalência de consultas por motivos musculo-esqueléticos a crianças do sexo masculino, principalmente em idades superiores a 10 anos.⁹

No que respeita à faixa etária da criança que recorreu à consulta, o estudo estatístico revela a existência de diferenças significativas entre as variáveis idade e motivos de consulta. De realçar que essa diferença não é observada em todos os motivos de consulta, ou seja, nem todos os motivos se distribuem, dependendo da idade da criança. As associações revelaram-se significativas quando os motivos foram febre, sintomas respiratórios, sintomas do foro ORL e agrupamento de vários motivos $p < 0.01$. Os resultados vão de encontro às conclusões de alguns estudos publicados^{9,10}, que estabelecem predomínio da febre e da sintomatologia respiratória em crianças com menor idade. Não foi possível relacionar a idade das crianças e a sua recorrência a consulta por motivos musculo-esqueléticos/traumatismos (muito frequentes em diversos estudos comparativos^{9,10}) dada a baixa representatividade deste grupo na amostra.

A segunda hipótese foi confirmada, ou seja, observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre os diagnósticos e o trimestre em que se realiza a consulta. Este resultado vai de encontro ao obtido por outros autores, cujo trabalho concluiu que existe uma variação de diagnósticos estabelecidos, consoante o mês do ano.^{9,17}

Em relação à terceira hipótese, esta não foi comprovada, dado que não se demonstrou existir associação entre a recorrência às consultas abertas e o facto de a criança ser observada, ou

não, pelo seu MF ($p > 0.05$). É importante perceber que, não é por ser observada por um médico que não seja o seu MF, que a criança regressa à consulta. Fica demonstrado que a confiança e aceitação dos serviços prestados não dependem, directamente, da disponibilidade que o MF tem para ver a criança, em consulta aberta. Realça-se a importância do trabalho em equipa, coordenado e organizado, de forma a resolver situações agudas, que preocupam os utentes.

CONCLUSÕES

Uma das prioridades do SNS é conhecer a utilização dos recursos disponíveis para que, nos Cuidados de Saúde Primários, seja possível a planificação, programação e avaliação da oferta de serviços à população.¹⁷ É essencial conhecer as necessidades de saúde da população.

Dada a escassez de estudos encontrados, pareceu de todo o interesse realizar um estudo exploratório sobre as consultas abertas/não programadas de Saúde Infantil, a nível dos cuidados de Saúde Primários, com vista a uma melhor percepção das verdadeiras necessidades e expectativas dos utentes, nomeadamente dos pais das crianças que recorrem à consulta aberta; à educação dos utentes; a uma maior eficácia dos cuidados prestados.¹⁴

Assim, será possível que sirva de base para planeamento e adequação de estratégias para divulgação/formação dos pais e comunidades e, por outro lado, melhorar o funcionamento dos cuidados de saúde primários, em situações agudas, criando um sistema de atendimento flexível que se adapte às necessidades dos doentes.¹⁴ Como exemplo, pode referir-se a adaptação dos horários dos médicos de serviço, consoante a maior afluência a consultas não programadas; a importância de equipar as U.S.F. com um mínimo de tecnologia, adequada ao diagnóstico e tratamento de situações agudas mais frequentes, como por exemplo, a unidade radiológica básica.

As principais conclusões, possíveis após realização deste trabalho, foram:

- A maioria das crianças, que recorreram às consultas de saúde infantil, pertencia ao sexo feminino, embora a diferença não tenha sido significativa, em relação a crianças do sexo masculino (52.47% vs. 47.53%).
- Tendo em conta a idade, verificou-se um predomínio de crianças com idade igual a zero anos. É importante referir que 75% das crianças tinham idade inferior a 10 anos.

- A percentagem de consultas variou entre 68.62%, no primeiro trimestre e 31.38% no terceiro trimestre, sendo Janeiro o mês com a maior afluência (27.47%) e Agosto com a menor (6.48%).
- A segunda-feira foi o dia da semana com maior número de consultas abertas (24.90%).
- O período horário com maior afluência de crianças à consulta aberta foi das 9 às 13 horas (55.25%). O período das 17 às 20 horas apresentou, também, uma afluência significativa (26.50%).
- Os principais motivos de consulta foram os sintomas do foro respiratório e a febre, acompanhados ou não por outros, com frequências de 40.43% e 36.01%, respectivamente.
- A nível da requisição de exames complementares de diagnóstico, o dado mais importante a concluir é a baixa frequência (11.73%) da necessidade de recorrer a outros meios, além da observação clínica.
- Após observação médica, o diagnóstico mais frequente foi o de patologia respiratória (33.23%). As patologias ORL e da Pele e Anexos, surgem logo a seguir, com frequências de 10.91% e 8.95%, respectivamente.
- Das 972 consultas efectuadas houve necessidade de referenciar 261 crianças (26.85%) para outros serviços/consultas.
- Em relação ao plano de cuidados proposto em consulta, verificou-se que os fármacos mais prescritos se destinaram ao tratamento sintomático 40.64%. O aconselhamento e vigilância foi valorizado em 35.29% das consultas, como forma de resolução da situação aguda, isoladamente ou em associação com outras modalidades terapêuticas. Em 30.25% das consultas foi prescrito antibiótico sendo os mais frequentemente escolhidos, amoxicilina ou a associação amoxicilina e ácido clavulânico.
- Num total de 972 consultas, foram observadas 577 crianças, ou seja houve uma média de 1.68 consultas por cada uma. De referir que, foram atendidas mais que quatro vezes, em

consulta aberta, um número total de 17 crianças diferentes, a maioria com idade inferior a dois anos (58.82%), pelo que, neste grupo, houve uma média de 5.71 consultas por crianças.

- A hipótese 1 foi parcialmente confirmada: apesar de não haver diferença significativa entre os motivos de consulta e o sexo da criança, conclui-se que os mesmos (apesar de não se aplicar a todos os motivos) dependem da idade da criança.

- A segunda hipótese foi confirmada, ou seja, observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre os diagnósticos e o trimestre em que se realiza a consulta.

- Em relação à terceira hipótese, esta não foi comprovada, dado que não se demonstrou existir associação entre a recorrência às consultas abertas e o facto da criança ser vista, ou não, pelo seu médico de família ($p > 0.05$).

De destacar que quando se comprova a diferença significativa entre variáveis ($p < 0.01$), a associação entre elas é muito baixa, uma vez que o coeficiente V de Cramer é sempre próximo de 0.10. Este facto, não diminui o significado das diferenças comprovadas estatisticamente pelo teste do Qui-quadrado, uma vez que o estudo se realiza no âmbito das ciências sociais e a fraca associação é característica dos estudos neste contexto.

LIMITAÇÕES

Desde início, surgiram algumas condicionantes na elaboração deste trabalho. Numa primeira fase, o objectivo era estudar a totalidade de consultas abertas/não programadas de Saúde Infantil nos dois primeiros anos de funcionamento da U.S.F. Cruz de Celas. Dada a complexidade da amostra prevista e a dificuldade em seleccionar as consultas que obedeciam aos critérios de inclusão no estudo, principalmente a nível de funcionamento e rigor do programa informático utilizado na U.S.F., foi necessário reduzir o tamanho da amostra. O estudo foi limitado a dois trimestres do ano de 2008 (o primeiro e o terceiro). O factor tempo também condicionou a escolha da amostra.

Por questões informáticas, não foi possível determinar o número total de consultas a crianças dos zero aos dezoito anos, no período em estudo, pelo que não foi indicada a percentagem de consultas abertas de Saúde Infantil, no universo de consultas de Saúde Infantil, realizadas na U.S.F. Cruz de Celas.

Por outro lado, por se tratar de uma U.S.F. próxima de um Hospital Pediátrico, pode ter influenciado os resultados. Estes podem diferir significativamente, em relação aos que se obteriam se se tratasse de uma U.S.F. situada numa região onde não fosse tão fácil a acessibilidade a serviços de urgência hospitalar.

É importante salientar que, ao longo deste trabalho foram tidas em conta variáveis que, de um modo geral, não aparecem noutros estudos dentro da mesma área. Sendo assim, foram incluídas as todas as consultas abertas registadas no sistema informático em vigor na U.S.F. Cruz de Celas. Por esse motivo, quer as consultas onde não foram feitos todos os registos médicos quer as consultas motivadas por questões administrativas/não clínicas integraram a base dados deste trabalho. A frequência de consultas sem registo nunca ultrapassou os 8% da distribuição da variável em estudo. Estes factores podem ter contribuído para algum

enviesamento dos resultados da amostra pelo que, podem ser considerados uma limitação do trabalho.

A falta de estudos publicados no âmbito do tema deste trabalho e de unificação de critérios na metodologia e exposição de resultados dificultaram as análises comparativas. Na hora de realizar comparações entre este trabalho e o de outros autores, deve ter-se em conta as diferentes situações em que se presta o serviço, em situações agudas (horários, situação geográfica e distância de hospitais de referência, dias laborais...). Tudo isto faz com que os resultados não possam ser totalmente extrapolados de uns estudos para os outros. Por outro lado, devemos ter em atenção que o período de estudo deverá ser típico, atendendo à situação epidemiológica, não existindo nenhuma situação epidémica que possa ter condicionado o tipo de afluência às consultas alvo de estudo.

A nível pessoal, a inexperiência e falta de formação em tratamento estatístico, no âmbito de estudos científicos, tornou-se uma limitação à realização deste trabalho, nomeadamente, à elaboração de hipóteses e estudos mais complexos.

Por último, dada a limitação de tempo para realização deste trabalho, assim como a complexidade de variáveis e dados recolhidos, tornou-se impossível abordar detalhadamente, cada um deles. Contudo, fica a certeza da utilidade deste estudo como ponto de partida para trabalhos mais direccionados e completos, em relação aos diferentes resultados obtidos.

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIA

- 1 – Palma, J. (2001) Problemas de Saúde Urgentes: a quem recorrem os Utentes e o que influencia a sua escolha. *Rev Port Clin Geral* 2002; 18:283-97.
- 2 – Cano, G. F.; Carballo, G. M. (2000) Urgencias Pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (I): análisis de la demanda. *Aten Primaria* 2000; 26:76-80.
- 3 – Romero, J. (1998) Los frequentadores de los servicios de urgências. Existen soluciones inmediatas? [carta]. *Med Clin Barc* 1998; 110:557.
- 4 – Direcção da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Declaração da Madeira. *Rev Port Clin Geral* 1998; 15:117-26.
- 5 – Murphy, A. et al (1996) Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in a urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312:1135-42.
- 6 – Abrantes, V. et al (1988) Urgências em Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral*, 1988; 35: 5-11.
- 7 – Franco, S. et al (1997) Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clin Pediatr Phila* 1997; 36:63-8.

8 – Teixeira, N. et al. (2006) Caracterização dos SAP do distrito de Bragança em horário nocturno. Rev Port Clin Geral 2007; 23: 135-44.

9 - Cano, G. F.; Carballo, G. M. (2000) Urgencias Pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (II): estudio epidemiológico. Aten Primaria 2000; 26:81-85.

10 – Jordán, B.H. et al (1997) Consultas pediátricas urgentes en un centro de salud. An Esp Pediatr 1997; 47: 591-594

11 – Hespanhol, A. (2004) A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. Rev Port Clin Geral 2005; 21:185-91.

12 – Hespanhol, A. et al (2008) Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). Rev Port Clin Geral 2008; 24: 363-72.

13 – Profissionais de Saúde da U.S.F. Cruz de Celas (2009), Regulamento interno da U.S.F. Cruz de Celas

14 – Pestana, A. P. (2003) Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. Rev Port Clin Geral 2003; 19:333-43

15 – Carraca, I. et al (2001) Atendimento complementar e acessibilidade. Rev Port Clin Geral 2002; 18:271-80.

16 – Caramona, M. et al (2007) Prontuário Terapêutico, Infarmed

17 – Llop, L.A.G. et al (1995) Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica. Aten Primaria 1996;44: 469-474

18 – Vidal, E. et al (2004) Estudio de la demanda de consulta de urgencias en atención primaria pediátrica. Aten Primaria 2004; 34: 381

19- Sá, A.B. (2002) Urgência hospitalar e Cuidados de Saúde Primários: Mitos e falácias. Rev Port Clin Geral 2002; 18:347-8

20 – Mateus, A. (2004) Continuidade de cuidados em MGF e satisfação dos utentes: sempre directamente proporcionais? Rev Port Clin Geral 2004; 20:635

22 – WONCA. CIPS2 Definida. Títulos Diagnóstico Condensados. Lisboa, APMCG, 1988

21 – Oliveira, A. G. (2009) Bioestatística, Epidemiologia e Investigação – Teorias e Aplicações, Edições Lidel

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da ARSC, para a realização do levantamento de dados da consulta.



012038 '09 05-19 14:47

Exmo^a. Senhora
Dr.^a Ana Isabel do Vale Saraiva
Marques
 Rua do Reguengo, n^o 16
 Santa Marinha
 6270-196 SEIA

Sua referência	Data	Nossa referência Conselho Directivo	Data
ASSUNTO: Registo de consultas abertas de Saúde Infantil-USF Cruz de Celas			

Reportando-nos ao pedido enviado por V.Ex^a., sobre o assunto mencionado em epigrafe, informa-se que em reunião do Conselho Directivo datada de 15 de Maio de 2009, foi exarada a seguinte deliberação:

*“Autorizado nos termos solicitados
 15.5.2009.”*

Com os melhores cumprimentos,

O VOGAL DO CONSELHO DIRECTIVO

J. I. G. da Silva
 (Dr. Joaquim Gomes da Silva)

Anexo:
 Cópia do
 pedido
 JGS/cmb



721
12/5/2009

Dr. Joaquim Gomes da Silva

12/5/09

Coimbra, 5 de Maio de 2009

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho Directivo da ARSC, IP

(CD)

[Signature]
ARS CENTRO, I.P.

Sou licenciada em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, actualmente a exercer, como Interna do Ano Comum, no Hospital Distrital da Figueira da Foz. No sentido de complementar a minha formação, candidatei-me ao concurso de atribuição do grau de mestre, no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado de medicina, para licenciados. A candidatura foi aceite e, dado o meu interesse pelo tema, propus a elaboração de um artigo científico cujo tema é "Consulta Aberta de Saúde Infantil na Clínica Geral", sob orientação científica da Dra. Maria de Fátima Branco.

No âmbito da concretização deste trabalho, venho por este meio solicitar autorização para proceder ao levantamento dos registos das consultas abertas de Saúde Infantil decorridas na Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, Coimbra, nos períodos anuais de 2008 e 2009. Na minha perspectiva, este estudo não acarretará qualquer prejuízo para os utentes ou equipas de saúde desta USF.

Comprometo-me também a dar conhecimento a Vossa Excelência dos resultados e conclusões finais deste artigo científico, ficando ao dispor para qualquer esclarecimento tido por conveniente.

Sem outro assunto e, agradecendo, desde já a disponibilidade e atenção, os meus cumprimentos,

Ana Isabel do Vale Saraiva Marques

Ana Isabel do Vale Saraiva Marques
Médica Interna do Ano Comum no Hospital Distrital da Figueira da Foz
Cédula Profissional da Ordem dos Médicos nº 48994
Morada: Rua do Reguengo, nº16 Santa Marinha 6270-196 Seia
Telemóvel: 965163875
Endereço de e-mail: ana_marques_@hotmail.com

*Autógrafa nos
termos solicitados
15-5-2009*
O CONSELHO DIRECTIVO
da A.R.S. do CENTRO, I.P.

[Signature]
Dr. João Pedro Pimentel
(Presidente)

[Signature]
Dr.ª Rosa Reis Marques
(Vice-Presidente)

[Signature]
Dr. Joaquim Gomes da Silva
(Vogal)

[Signature]
Dr. Mário Rui Fernandes
(Vogal)

o f

Anexo 2 – Autorização do Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, para a realização do levantamento de dados da consulta.

Coimbra, 5 de Maio de 2009

Exmo. Sr.

Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas

Sou licenciada em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, actualmente a exercer, como Interna do Ano Comum, no Hospital Distrital da Figueira da Foz. No sentido de complementar a minha formação, candidatei-me ao concurso de atribuição do grau de mestre, no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado de medicina, para licenciados. A candidatura foi aceite e, dado o meu interesse pelo tema, propus a elaboração de um artigo científico cujo tema é “Consulta Aberta de Saúde Infantil na Clínica Geral”, sob orientação científica da Dra. Maria de Fátima Branco.

No âmbito da concretização deste trabalho, venho por este meio solicitar autorização para proceder ao levantamento dos registos das consultas abertas de Saúde Infantil decorridas na Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, Coimbra, nos períodos anuais de 2008 e 2009. Na minha perspectiva, este estudo não acarretará qualquer prejuízo para os utentes ou equipas de saúde desta USF.

Comprometo-me também a dar conhecimento a Vossa Excelência dos resultados e conclusões finais deste artigo científico, ficando ao dispor para qualquer esclarecimento tido por conveniente.

Mais informo que solicitei também a autorização da ARSC para a realização deste trabalho científico.

Sem outro assunto e, agradecendo, desde já a disponibilidade e atenção, os meus cumprimentos,



Ana Isabel do Vale Saraiva Marques

Médica Interna do Ano Comum no Hospital Distrital da Figueira da Foz

Cédula Profissional da Ordem dos Médicos nº 48994

Morada: Rua do Reguengo, nº16 Santa Marinha 6270-196 Seia

Telemóvel: 965163875

Endereço de e-mail: ana_marques__@hotmail.com

Anexo 3 – Variáveis em estudo

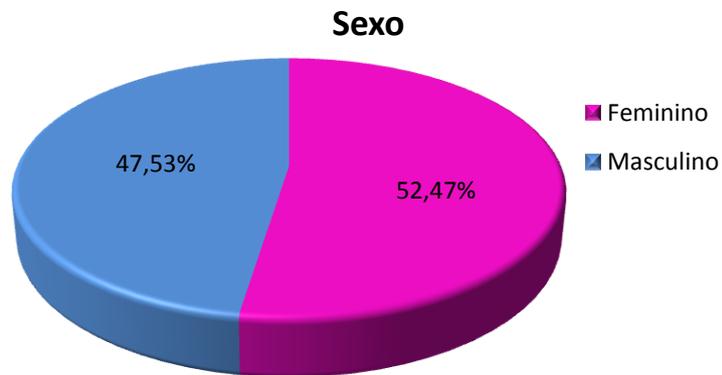


Figura 1A – Distribuição da amostra consoante o sexo da criança (n=972)

IDADE (EM ANOS)	<i>n</i>	%
0	117	12.04
1	94	9.67
2	83	8.54
3	53	5.45
4	59	6.07
5	85	8.74
6	58	5.97
7	54	5.56
8	60	6.17
9	34	3.50
10	38	3.91
11	23	2.37
12	36	3.70
13	24	2.47
14	35	3.60
15	46	4.73
16	30	3.09
17	43	4.42
18	0	0.00

Tabela I-A - Distribuição da amostra, de acordo com a idade (em anos) da criança (n=972)

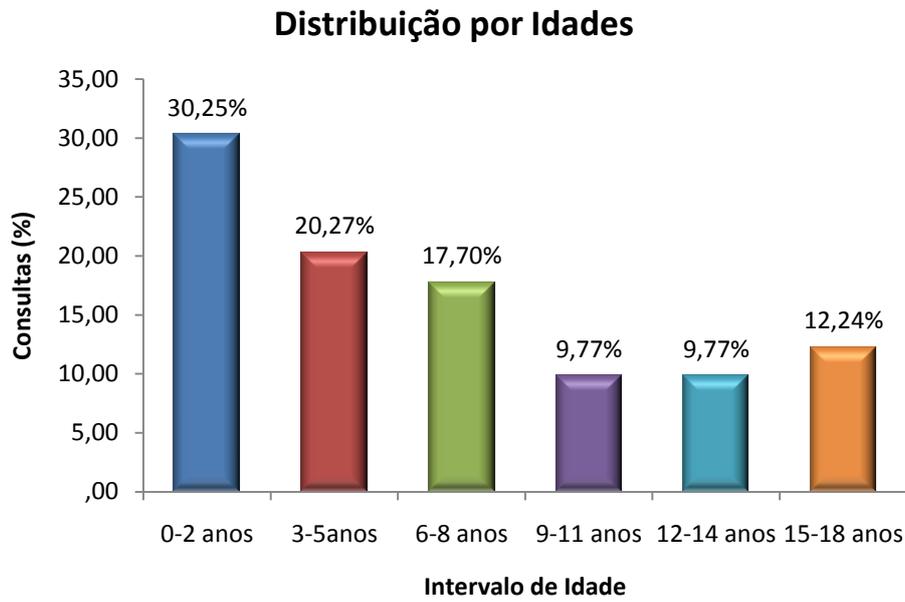


Figura 2A – Distribuição da amostra consoante a idade da criança (n=972)

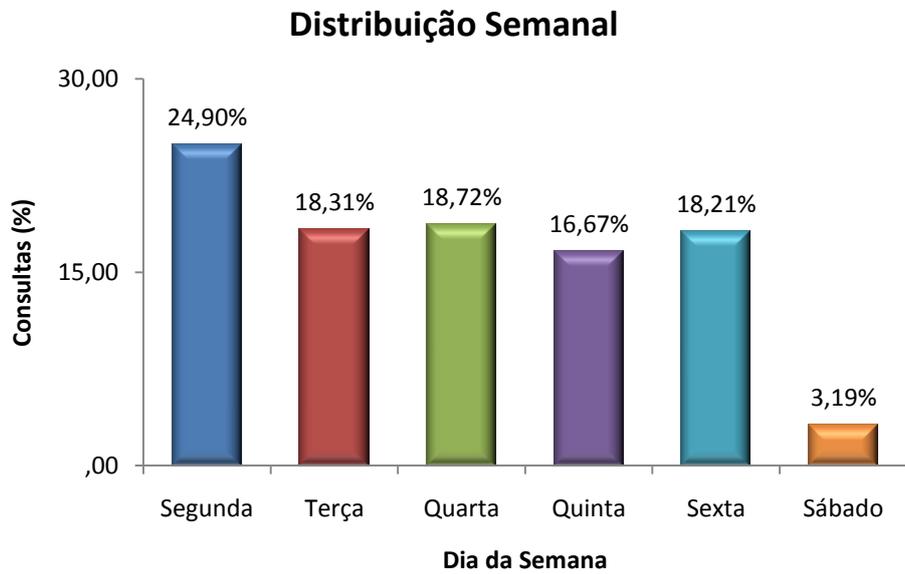


Figura 3A – Distribuição da amostra consoante o dia da semana (n=972)

Período Horário

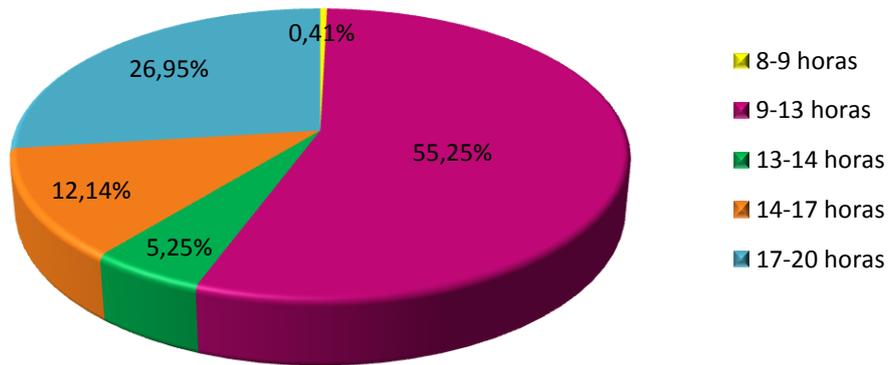


Figura 4A – Distribuição da amostra consoante a hora da consulta (n=972)

MOTIVO DA CONSULTA	n	%
Sintomas Respiratórios	393	40.43
Febre	350	36.01
Sintomas Gerais e Inespecífico	122	12.55
Sintomas ORL	114	11.73
Sintomas Gastrointestinais	112	11.52
Sintomas da Pele e Anexos	101	10.39
Procedimento Administrativo	77	7.92
Reavaliação de Clínica Anterior	48	4.94
ECD's	35	3.60
Sintomas Genito-urinários	27	2.78
Sintomas Oftalmológicos	27	2.78
Sintomas Musculoesquelético e Traumatismo	22	2.26
Sintomas da Boca / Língua / Gengivas	14	1.44
Sintomas Psicossociais	8	0.82
Sintomas Cardiovasculares	5	0.51
Sem Registo	54	5.56

Tabela II-A - Distribuição da amostra, de acordo com o motivo da consulta (n=972)

ECD's	n	%
Hemograma	28	24.56
Bioquímica	21	18.42
INR	3	2.63
ECG	10	8.77
RX Tórax	18	15.79
RX Osteoarticular	17	14.91
Outros Rx	1	0.88
ECO Abdominal	7	6.14
ECO Tecidos Moles	9	7.89
Outras ECO's	7	6.14
Combur Test	20	17.54
Urina 2	14	12.28
Urocultura	13	11.40
Coprocultura	5	4.39
Outros	24	21.05

Tabela III-A - Distribuição de frequências dos ECD's requisitados (n=114)

Diagnóstico das consultas

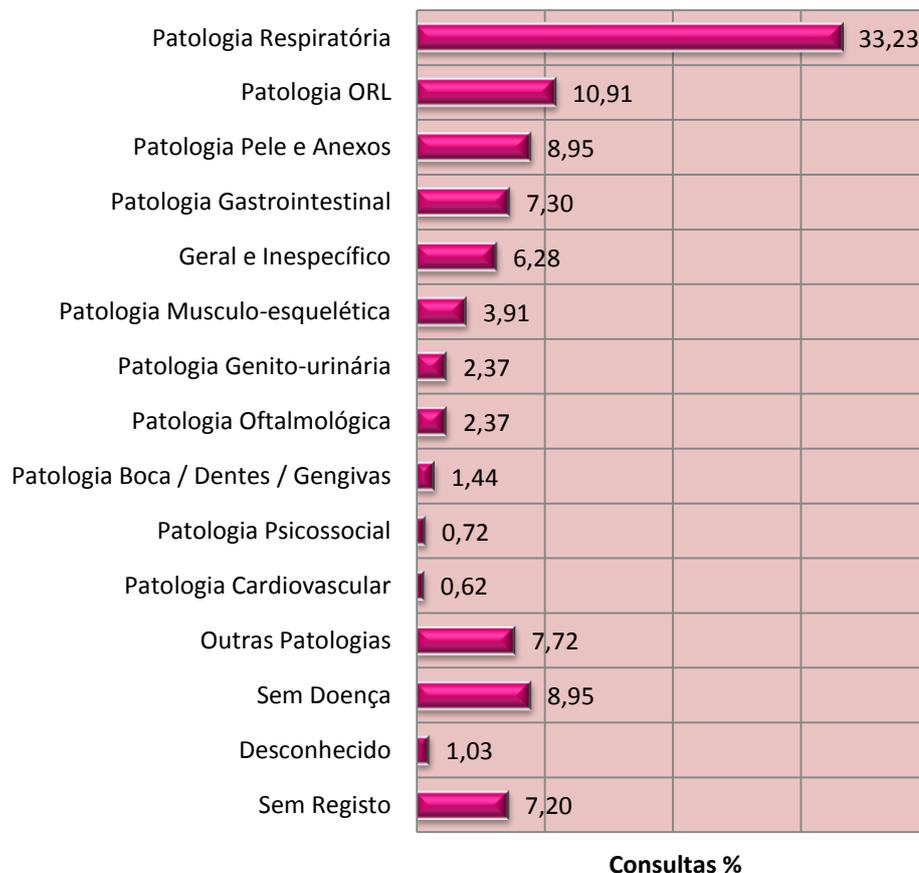


Figura 5A – Distribuição das consultas consoante o diagnóstico estabelecido (n=972)

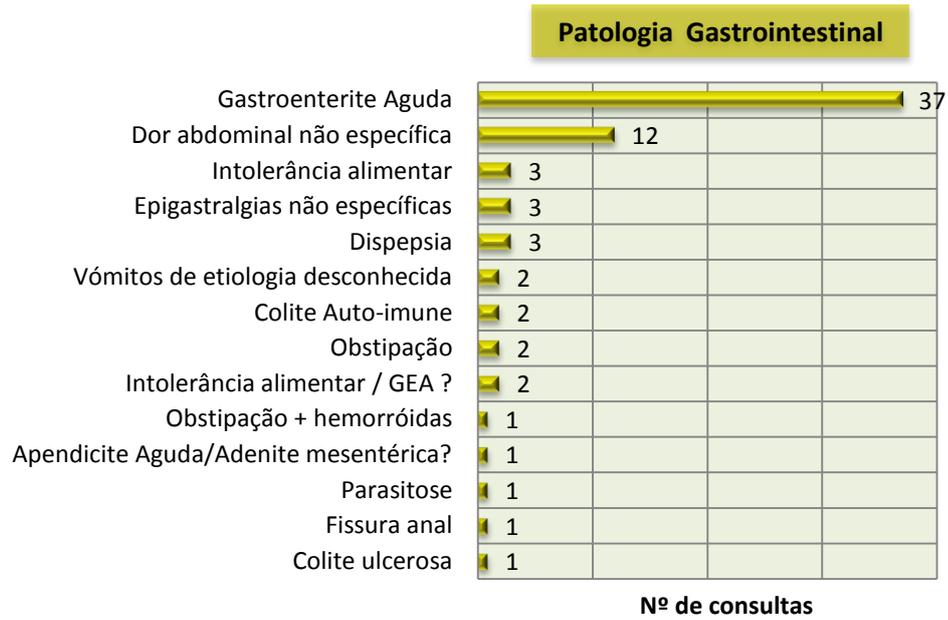


Figura 6A - Distribuição da amostra, consoante um diagnóstico de consulta (n=71)

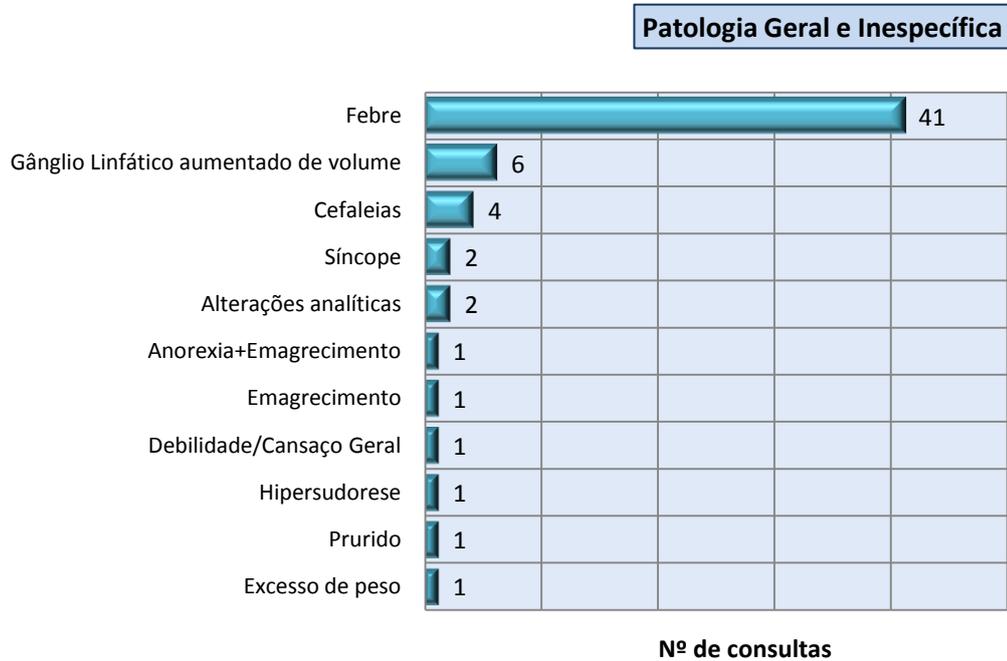


Figura 7A - Distribuição da amostra consoante um diagnóstico de consulta (n=61)

REFERENCIAÇÃO	n	%
Médico de Família	207	21.30
Consulta Externa	27	2.78
Urgência / UCIC	27	2.78
Sem referênciação	711	73.15

Tabela IV-A - Distribuição da amostra de acordo com a referênciação (n=972)

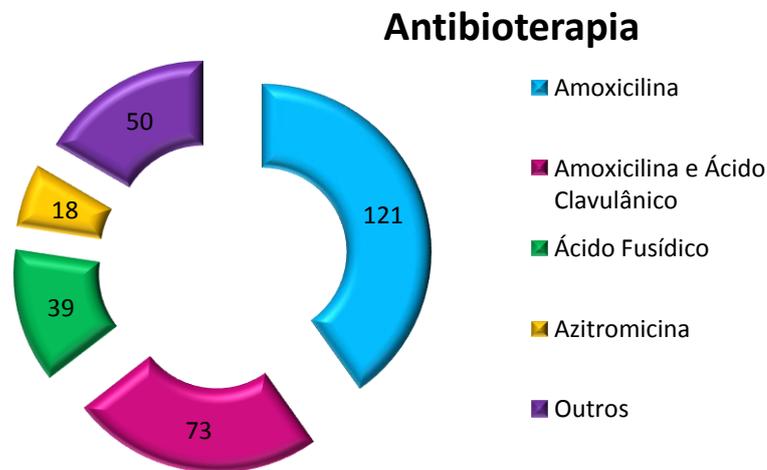


Figura 8A - Distribuição do tipo de antibiótico em consultas onde se prescreveu antibioterapia (n=294)

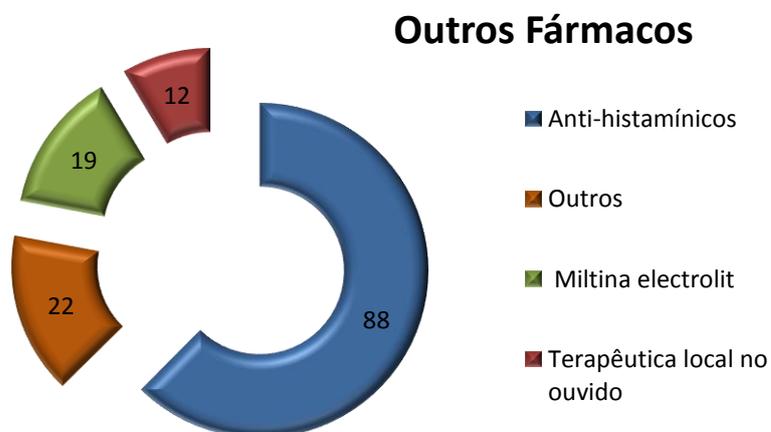


Figura 9A - Distribuição do tipo de medicação em consultas onde se prescreveram outros fármacos (n=137)

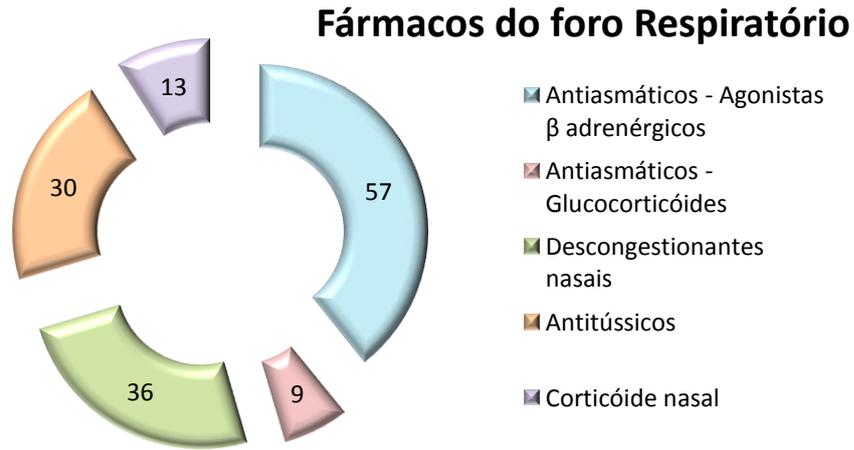


Figura 10A - Distribuição do tipo de medicação em consultas onde se prescreveram fármacos do foro respiratório (n=128)

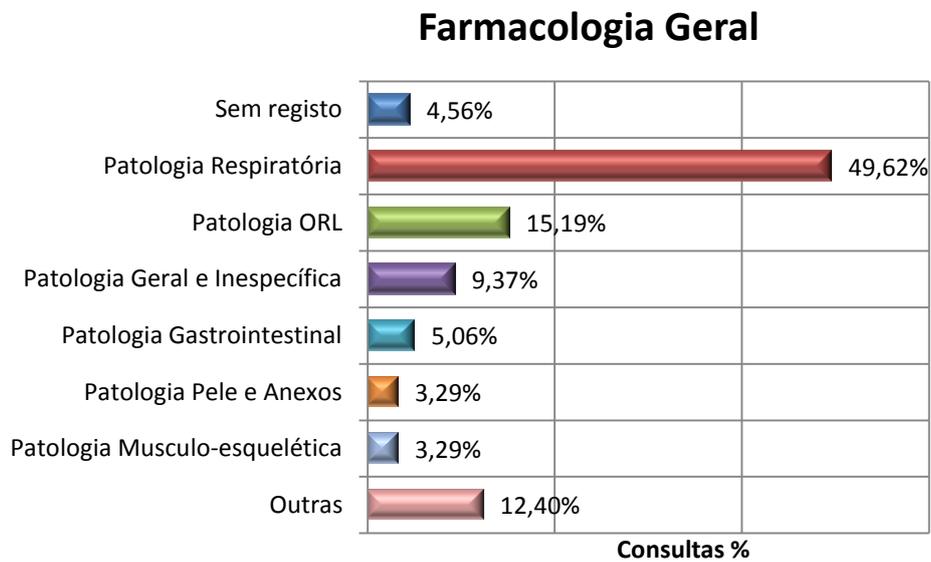


Figura 11A - Distribuição de diagnósticos em consultas nas quais se prescreveu fármacos do grupo designado por Farmacologia Geral (n=395)

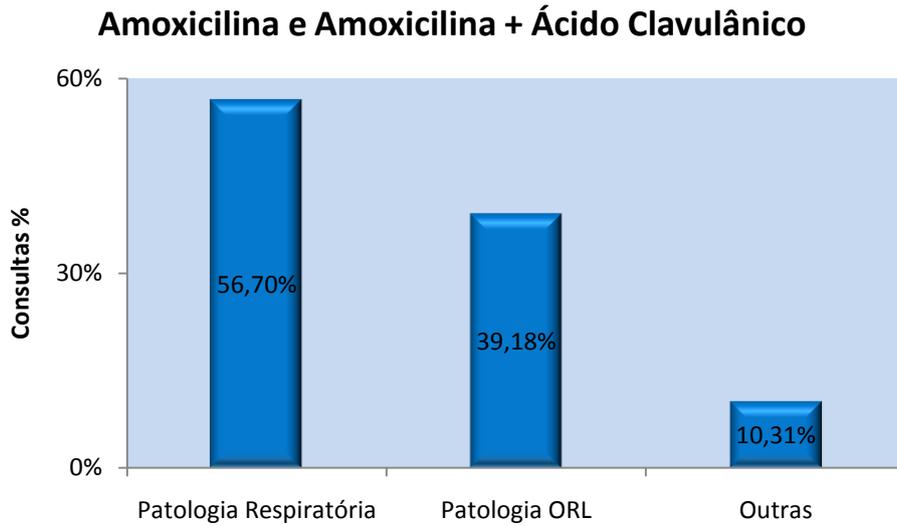


Figura 12A - Distribuição de diagnósticos em consultas nas quais se prescreveram Amoxicilina ou a associação Amoxicilina e Ácido Clavulânico (n=194)

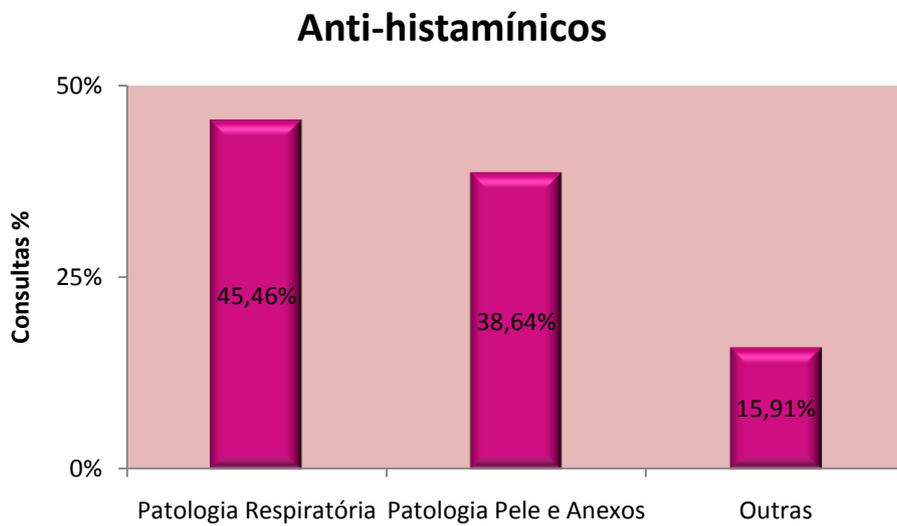


Figura 13A - Distribuição de diagnósticos em consultas nas quais se prescreveram Anti-histamínicos (n=88)

MÉDICO DE FAMÍLIA DA CRIANÇA	<i>n</i>	%
Médico 1	143	14.71
Médico 2	131	13.48
Médico 3	80	8.23
Médico 4	147	15.12
Médico 5	145	14.92
Médico 6	112	11.52
Médico 7	124	12.76
Médico 8	90	9.26

Tabela V-A - Distribuição das consultas, de acordo com o médico de família das crianças assistidas (n=972)

MÉDICO DA CONSULTA ABERTA	<i>n</i>	%
Médico 1	137	14.09
Médico 2	136	13.99
Médico 3	71	7.30
Médico 4	65	6.69
Médico 5	123	12.65
Médico 6	109	11.21
Médico 7	108	11.11
Médico 8	107	11.01
Médico 9	35	3.60
Médico 10	36	3.70
Médico 11	5	0.51
Médico 12	37	3.81
Médico 13	3	0.31

Tabela VI-A - Distribuição das consultas, por médico da consulta aberta (n=972)



Figura 14A – Distribuição das consultas segundo a recorrência da mesma criança durante o período de tempo em estudo (n=972).

AGRADECIMENTOS

À Dr.a Fátima Branco.

À Enfermeira Lourdes Muñoz.

A todos os médicos e equipa administrativa da U.S.F. Cruz de Celas.