



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO PEDRO PINTO DE PINHO

IMPACTO DO SNS 24 NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. MARIANA DOMINGUES

PROF.^a DOUTORA FERNANDA RODRIGUES

ABRIL 2019

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

IMPACTO DO SNS 24 NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

João Pedro Pinto de Pinho¹

José Miguel Cunha de Alarcão²

Luana Marisa Almeida da Silva²

Mariana Santos de Oliveira Domingues³

Fernanda Maria Pereira Rodrigues^{3,4}

1. Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2. Interno/a de Formação Específica de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

3. Serviço de Urgência, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

4. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Morada Institucional: Polo III – Polo das Ciências da Saúde. Azinhaga de Santa Comba, Celas - 3000-548 Coimbra

Endereço de Correio Eletrónico: pinho.joaop@gmail.com

Aos meus pais.

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	7
ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	9
INTRODUÇÃO	10
MATERIAL E MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	21
AGRADECIMENTOS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	31

RESUMO

Introdução e Objetivos: O SNS 24 integra o Serviço Nacional de Saúde e dispõe de uma linha telefónica assegurada por uma equipa de enfermeiros, disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano, que presta cuidados de saúde. A utilização desta plataforma tem aumentado ao longo dos anos, sendo importante avaliar o seu impacto na saúde em Portugal. O objetivo deste estudo foi analisar a adequação do encaminhamento hospitalar por este serviço.

Material e Métodos: Tratou-se de um estudo observacional descritivo, retrospectivo e unicêntrico, no primeiro trimestre de 2018, através da análise dos registos clínicos dos doentes observados no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (SU-HPC), referenciados após contacto com o SNS 24. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, a contextualização da chamada telefónica, a adequação do encaminhamento hospitalar e a concordância entre o motivo de referência e o diagnóstico definitivo.

Resultados: Foram incluídos 1.051 casos. A mediana de idades foi de 2,0 anos (7 dias - 17 anos) e 54,8% eram do género masculino. O contacto telefónico ocorreu mais frequentemente ao domingo e entre as 16.00h e as 24.00h. A tosse foi o sintoma que mais motivou referência (27,0%) e a indicação foi para observação no SU na quase totalidade dos casos. Foi atribuída prioridade urgente ou muito urgente a 53,9% dos doentes. A nasofaringite aguda foi o diagnóstico mais comum (18,2%). Um terço dos doentes realizou exames complementares de diagnóstico (ECD). Em mais de metade dos casos (58,0%) foram recomendadas apenas medidas sintomáticas e 95,1% dos doentes tiveram alta.

Discussão e Conclusão: Tendo em conta a triagem atribuída no SU-HPC, considerou-se encaminhamento adequado em mais de metade dos casos. Analisando os pouco ou nada urgentes, identificou-se um grupo (11,8%) que necessitou de ECD ou de terapêutica no SU, podendo justificar o encaminhamento. A ausência de cuidados de saúde primários (CSP) ao fim de semana e à noite pode ser um dos fatores a contribuir para a referência destes casos à urgência hospitalar. O encaminhamento foi considerado injustificado em 40,7% dos doentes. Se, por um lado, a triagem telefónica pode sobrestimar a gravidade dos quadros, por outro, a iliteracia dos pais para a saúde pode contribuir para aumentar a noção de gravidade da doença. Conclui-se que, apesar de uma referência hospitalar maioritariamente apropriada, há ainda muitos casos sem gravidade encaminhados para a urgência hospitalar, nos quais um melhor acesso aos CSP e um investimento na educação dos pais poderia ter impacto.

Palavras-Chave: SNS 24; triagem telefónica; referência hospitalar; Serviço de Urgência; Pediatria.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: SNS 24 integrates the National Health Service (SNS) and offers a telephonic line assured by a team of nurses, which is available 24 hours per day, 365 days per year and plays an important role in the provision of health care. The usage of this platform has increased significantly throughout the last couple of years and it is very important to evaluate its impact in health in Portugal. The objective of this study was to analyse the suitability of the hospital referral by this service.

Material and Methods: A descriptive, retrospective and unicentric observational study was performed in the first quarter of 2018, through an analysis of the clinical records of the patients observed in the Emergency Department (SU) of *Hospital Pediátrico de Coimbra* (HPC), referenced after contact with the SNS 24. Sociodemographic variables, telephonic call contextualization, the adequacy of the medical referral and the concordance between the motive of referral and the final diagnosis were analysed.

Results: 1.051 cases were included. The average of ages was 2.0 years (7 days - 17 years old) and 54.8% were males. The telephonic contact occurs mainly on Sundays between 4 p.m. and 12 p.m. Cough was the symptom that motivated the most referrals (27.0%) and the indication was for observation at the SU in almost all cases. It was attributed urgent or very urgent priority to 53.9% of the patients. Acute nasopharyngitis was the most common diagnosis (18.2%). One third of the patients were submitted to complementary diagnostic tests. In more than half of the cases (58.0%) only symptomatic measures were recommended and 95.1% of the patients were discharged.

Discussion and Conclusion: Having in mind the assigned triage at the SU of HPC, more than half of the cases were properly managed. Analysing the little or nothing urgent cases, a group (11.8%) that required complementary diagnostic tests or therapy at the SU was identified, justifying the referral. The absence of primary health care on weekends and at night can be one of the factors to contribute to the referral of these cases to the hospital emergency. The referral was considered unjustified in 40.7% of the patients. If on the one hand the telephonic triage can overestimate the gravity of the cases, on the other hand, the parents' health illiteracy can contribute to increasing the perceived severity of the disease. It is concluded that although the majority of the hospital referral is appropriate, there are many cases without severity forwarded to the hospital emergency, in which a better access to primary health care and an investment in parents' education could have an impact.

Keywords: SNS24; telephone triage; referral reason; Emergency Department; Pediatrics.

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ARS – Administração Regional de Saúde

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

ICD-11 – *International Classification of Diseases - 11th Revision*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PL – Punção Lombar

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SGD – Serviço de Gestão de Doentes

SI – Serviço de Informática

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPM – Serviço de Pediatria Médica

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAE – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento

TC-CE – Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica

TDAR – Teste Diagnóstico Antigénico Rápido para *Streptococcus* do grupo A

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

INTRODUÇÃO

O SNS 24 ou Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde é um serviço telefónico e digital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado para ajudar a esclarecer as dúvidas dos utentes relacionadas com a saúde.¹ Ao agregar informação dispersa no SNS, e ao torná-la acessível através de múltiplos canais para além do atendimento telefónico, como internet, *smartphone*, aplicações móveis e Área do Cidadão do Portal SNS, o SNS 24 propõe-se a melhorar o acesso ao SNS e a promover a proximidade entre o profissional de saúde e o utente, retirando carga assistencial e administrativa das urgências e dos hospitais.² Com áreas de atuação distintas, o SNS 24 integra serviços clínicos, como triagem, aconselhamento e encaminhamento (TAE) na doença aguda, informação sobre Serviço de Saúde Pública e aconselhamento sobre medicação não sujeita a receita médica, e serviços não clínicos (administrativos e informativos), como, por exemplo, marcar consultas com o Médico de Família, ativar o Vale Cirurgia ou informar sobre o Cheque Dentista. Permite, portanto, tratar de diversos assuntos que habitualmente obrigavam a deslocação às unidades de saúde.^{1,2} Assim, o SNS 24, da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) desde 2016, é um serviço complexo que, para além de outras funções, integra a anterior Linha Saúde 24, a partir da qual se desenvolveu.

O conceito de uma linha telefónica para “prestação de cuidados de saúde” surgiu em Portugal em 1999, com base no sistema britânico *NHS Direct*.^{3,4} Na altura, o Ministério da Saúde lançou o serviço “Saúde 24 Pediatria”, conhecido por “Dói Dói Trim Trim”, destinado a pais e a cuidadores de crianças dos zero aos 14 anos. Sob a gestão de uma empresa de seguros, tratava-se de uma linha disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.³ Em 2002, surgiu um outro serviço telefónico, que funcionava das oito às 24 horas, a Linha de Saúde Pública.⁵ E foi a conjugação destes dois serviços que esteve na origem da Linha Saúde 24 em 2007.⁶

Ao permitir ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, este sistema tem-se revelado um importante instrumento de política de saúde como resposta à necessidade da população. Adicionalmente, e tendo em conta o contexto de orçamentos públicos limitados, pretende racionalizar a utilização dos recursos materiais e humanos, disciplinando a orientação dos utentes no acesso aos serviços, bem como a eficácia e eficiência do setor público da saúde.⁴ Desta forma, um dos seus principais objetivos é o de reduzir a afluência aos serviços de urgência ao permitir o acesso a um profissional de saúde que avalia o nível de risco sobre os sintomas descritos pelo utente, presta aconselhamento, incluindo sobre auto tratamento, e encaminha apropriadamente os casos prioritários.

Pretende-se assim, evitar deslocações e exposições a ambientes hospitalares desnecessárias.^{4,7,8}

Após o contacto por um dos canais de comunicação existentes, maioritariamente telefónico, os sintomas descritos são interpretados por um enfermeiro e, com base na sua experiência e em protocolos de triagem elaborados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), é avaliado o risco clínico do doente, sendo classificado em quatro níveis de cuidados: cuidados de saúde emergentes, com encaminhamento, em tempo adequado, para a linha de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); cuidados de saúde urgentes, com encaminhamento, em tempo útil, para o Serviço de Urgência (SU) do hospital de referência; cuidados de saúde pouco urgentes ou não urgentes, mas com necessidade de intervenção presencial de profissional de saúde, sendo encaminhados para observação em Cuidados de Saúde Primários (CSP) da área de influência, em tempo variável (em menos de doze horas, até 24 horas ou em 48 horas); e cuidados de saúde sem necessidade de intervenção presencial de profissional de saúde, mas beneficiando de autocuidados aconselhados e acompanhados (chamadas de seguimento) por profissional de saúde.⁹

Segundo os dados publicados e os disponibilizados pela Direção do SNS 24, a utilização desta plataforma em Portugal tem aumentado significativamente ao longo do tempo. Em 2002, a “Saúde 24 Pediatria” apresentava 600 a 650 chamadas diárias e, antes da integração na Linha Saúde 24, a Linha de Saúde Pública recebia uma média de 90 a 100 chamadas por dia.^{3,4} No período decorrido entre 2016 e 2018, ou seja, desde que o SNS 24 pertence ao SPMS, o número de chamadas relativas a utentes com idade inferior a dezoito anos passou de 52.287 para 340.655 chamadas anuais, o que representa um aumento de seis vezes e meia (Fonte: SNS 24, Lisboa).

Todavia, há carência de estudos que avaliem a precisão do aconselhamento, o cumprimento das instruções por parte do utente, a sua satisfação perante o atendimento, a perceção sobre a contribuição deste serviço para a população nacional e que comprovem a eficácia deste tipo de triagem.¹⁰

O corrente estudo propôs-se a analisar o serviço TAE do SNS 24 numa urgência pediátrica. Os objetivos foram caracterizar a amostra referenciada, averiguar o motivo da chamada telefónica e da referenciação, qual a concordância entre o nível de cuidados aconselhado e a prioridade atribuída pelo hospital, qual o diagnóstico definitivo e qual a orientação em termos de investigação, terapêutica e destino. Para isso, procedeu-se à análise dos registos clínicos dos doentes observados no SU do Hospital Pediátrico de

Coimbra (HPC), referenciados após contacto com o SNS 24, entre 1 de janeiro e 31 de março de 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo, amostra e período avaliado

Trata-se de um estudo observacional descritivo, retrospectivo e unicêntrico com análise dos dados relativos às crianças e aos adolescentes referenciados ao SU-HPC através do SNS 24, entre 1 de janeiro e 31 de março de 2018.

Em 2018, houve 63.538 doentes observados no SU-HPC. O HPC, integrado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), recebe crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade (exclusive). Representa o hospital de primeira linha para esta faixa etária no concelho de Coimbra e constitui-se como o centro de referência da rede de cuidados pediátricos na região centro.

O período estudado foi o primeiro trimestre do ano por ser habitualmente uma época de muito afluxo à urgência, onde o impacto do SNS 24 se poderia fazer sentir mais acentuadamente.

Fonte de dados

A amostra foi obtida com base nos dados do Serviço de Gestão de Doentes (SGD) e do Serviço de Informática (SI) do HPC. Os dados relativos à plataforma SNS 24 foram obtidos com recurso ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e os dados relativos ao processo clínico hospitalar resultaram da consulta do sistema informático utilizado no HPC, o “*SCLínico*”. Foram ainda disponibilizados pela Direção do SNS 24 dados acerca do seu funcionamento e do número de utilizadores nos últimos anos.

Variáveis e métodos estatísticos

A amostra foi obtida através do SGD do HPC, que identificou os doentes referenciados pelo SNS 24 no período definido. Foram analisadas as seguintes variáveis:

1. Sociodemográficas: género (masculino/feminino); idade (definidos cinco grupos: <1 mês, 1 mês a 2 anos, 3-5 anos, 6-11 anos e 12-17 anos) e proveniência quanto à residência;
2. Contacto telefónico com o SNS 24: data (dia do mês e correspondente dia da semana) e horário (definidos três intervalos: 08.00h-16.00h, 16.00h-24.00h e 00.00h-08.00h);
3. Motivo de referenciação: baseado no descritivo resultante da aplicação do algoritmo de triagem elaborado pela DGS para a plataforma SNS 24;
4. Nível de cuidados aconselhado pelo SNS 24: corresponde à “disposição final” atribuída pelo SNS 24, classificada em “transferência para INEM”, “observação em urgência hospitalar”, “observação médica em CSP (<12h, até 24h ou em 48h)” e “autocuidados”;
5. Tempo decorrido desde o contacto telefónico até à inscrição no SU-HPC, tendo-se dividido em cinco grupos: <60 minutos, 1-2 horas, 2-4 horas, 4-12 horas e ≥12 horas;
6. Triagem atribuída no SU-HPC: baseada no sistema de triagem canadiano (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale – CPTAS*), onde é estabelecida uma prioridade temporal de atendimento (cor) conforme a gravidade da situação: vermelho (atendimento imediato ou emergente), laranja (muito urgente - 15 minutos), amarelo (urgente - 30 minutos), verde (pouco urgente - 60 minutos) e azul (nada urgente - 120 minutos);¹¹
7. Adequação do encaminhamento ao SU: considerado justificado todos os casos em que, na ida ao SU-HPC, tenha sido atribuída a cor vermelha, laranja ou amarela. Nos restantes, a triagem classificada em “pouco urgente” e “nada urgente” foi considerada como uma deslocação desnecessária aos serviços hospitalares, assumindo-se que poderiam ter recorrido aos CSP;
8. Diagnóstico definitivo: catalogado segundo a *International Classification of Diseases – 11th Revision* (ICD-11);
9. Exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados no SU: incluiu análises laboratoriais (hemograma, bioquímica e/ou coagulação), hemocultura, análise de urina (tira teste e/ou sumária de urina tipo II), urocultura, pesquisa de vírus nas fezes, coprocultura, pesquisa de vírus e bactérias nas secreções respiratórias, teste diagnóstico antigénico rápido para *Streptococcus* do grupo A (TDAR), punção lombar (PL) e exames imagiológicos;

10. Terapêutica prescrita/instituída;

11. Orientação: alta (domicílio; consulta externa; centro de saúde; abandono) ou internamento;

12. Concordância entre o motivo de referenciação e o diagnóstico definitivo: para avaliar se os sinais e sintomas que levaram ao contacto telefónico estavam em consonância com o diagnóstico final atribuído no HPC.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *IBM SPSS® Statistics* versão 25. A análise das variáveis contínuas incluiu a média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas, foram analisadas as frequências absolutas e relativas. Foi ainda utilizado o teste de qualidade de ajuste qui-quadrado (χ^2), binomial, para as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas das variáveis categóricas, para o qual o nível de significância considerado foi de 5%.

RESULTADOS

Em 2018, registaram-se 47.480 admissões atribuídas à Pediatria Médica no SU-HPC, 3.554 (7,5%) dessas após contacto com o SNS 24. Durante o período do estudo, 1.154 das 17.689 crianças e adolescentes admitidos contactaram previamente o SNS 24, ou seja, 6,5% dos doentes. No âmbito da Pediatria Médica, excluindo outras especialidades, como Cirurgia Pediátrica, Ortopedia ou Otorrinolaringologia, houve 1.051 doentes que contactaram o SNS 24 em 13.761 observados nesse período no SU-HPC. Mais de metade era do género masculino (54,8%). A média de idades foi de 3,9 anos ($\pm 4,46$) e a mediana de 2,0 anos (mín. 7 dias; máx. 17 anos). A maioria (598; 56,9%) pertencia ao escalão etário entre 1 mês e os 2 anos de idade. Quanto à área de residência, 76,2% pertenciam ao distrito de Coimbra, sendo 36,9% residentes na cidade. Verificaram-se cinco casos provenientes de outras regiões que não o centro, nomeadamente da região norte (Chaves, Santo Tirso e Vila Nova de Gaia) e da região de Lisboa (Oeiras e Seixal) (Tabela I).

TABELA I | Caracterização demográfica das admissões atribuídas à Pediatria Médica no SU-HPC após contacto com o SNS 24

Género	%	n
Masculino	54.80	(576)
Feminino	45.20	(475)
Idade (anos), média±DP*	3.90±4.46	
Género masculino	3.38±4.15	
Género feminino	4.53±4.74	
Escalões etários	%	n
<1 mês	1.43	(15)
1 mês a 2 anos	56.90	(598)
3 a 5 anos	16.46	(173)
6 a 11 anos	15.22	(160)
12 a 17 anos	9.99	(105)
Distrito	%	n
Coimbra	76.21	(801)
Aveiro	11.70	(123)
Leiria	8.18	(86)
Viseu	2.76	(29)
Outro	1.14	(12)

*DP, desvio-padrão

O maior número de chamadas telefónicas ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro, embora sem diferença estatisticamente significativa quando comparado com março ($\chi^2=5,1$; $p=0,08$). Quanto à semana do mês, a distribuição foi relativamente homogénea. O domingo foi o dia da semana com maior utilização desta plataforma (19,1%; $\chi^2=45,2$; $p<0,001$), seguindo-se o sábado e a segunda-feira, com cerca de 16,0% cada um. O número de contactos à quarta-feira foi significativamente inferior (9,4%). O intervalo compreendido entre as 16.00h-24.00h foi o período do dia com maior afluência de chamadas (58,4%; $\chi^2=755,0$; $p<0,001$) (Anexo I).

O sintoma que mais frequentemente motivou contacto com o SNS 24 foi a tosse, em quase um terço dos casos (27,0%). Os motivos seguintes de ligação, com muito menor frequência, foram náuseas e vómitos (8,75%), síndrome gripal (8,1%), alteração da temperatura corporal (8,1%), dor abdominal (7,4%) e *rash* (6,7%) (Tabela II).

Nos 1.051 casos com contacto prévio com o SNS 24, foi dada indicação para observação em urgência hospitalar em 1.014, ou seja, em 96,5%. Em seis doentes (0,6%) foi sugerido observação em CSP, quatro deles num intervalo de doze horas e dois em até 48 horas. O nível de autocuidados foi recomendado em dois casos, sendo que em nenhum caso se verificou a disposição final para transferência para INEM. O nível de cuidados não foi especificado em 29 casos.

TABELA II | Motivos de referenciação ao SU-HPC após contacto telefónico com o SNS 24

Motivo de referenciação	%	n
Tosse	27.02	(284)
Problemas por náuseas e vómitos	8.75	(92)
Síndrome gripal	8.09	(85)
Problema de alteração da temperatura corporal	8.09	(85)
Dor abdominal	7.42	(78)
Rash	6.76	(71)
Problema da orofaringe	3.43	(36)
Problema respiratório	3.33	(35)
Problema do ouvido	2.85	(30)
Diarreia	2.85	(30)
Cefaleia	2.85	(30)
Problema ocular	1.90	(20)
Problema urinário	1.81	(19)
Dor torácica	1.52	(16)
Problema nasal	1.43	(15)
Problema na criança que chora (0-1 ano)	1.24	(13)
Outro	7.90	(83)
Não especificado	2.76	(29)

A maioria dos doentes (93,8%) inscreveu-se no SU-HPC até quatro horas após o contacto telefónico com o SNS 24, tendo a mediana de tempo sido de 01.10h (mín. 00.10h; máx. 23.00h) (Tabela III).

Relativamente à triagem realizada no hospital, foi atribuída prioridade urgente ou muito urgente em 566 casos (53,9%) e pouco ou não urgente nos restantes (46,1%). Não houve casos triados como emergentes (Tabela III). Dos seis doentes em que o SNS 24 deu indicação para observação médica nos CSP nas 12 a 48 horas seguintes, dois foram triados como urgentes e quatro como pouco urgentes. Aos que foram aconselhados autocuidados, houve um urgente e um pouco urgente.

TABELA III | Caracterização do episódio de urgência no SU-HPC após o contacto telefónico com o SNS 24

Disposição atribuída pelo SNS 24	%	n
Serviço de Urgência	96.48	(1014)
Observação médica em CSP <12 horas	0.38	(4)
Observação médica em CSP <48 horas	0.19	(2)
Autocuidados	0.19	(2)
Não especificado	2.76	(29)
Tempo desde contacto telefónico até inscrição no SU-HPC		
<60 minutos	36.54	(384)
[1 a 2[horas	46.05	(484)
[2 a 4[horas	11.23	(118)
[4 a 12[horas	2.95	(31)
≥12 horas	0.48	(5)
Não especificado	2.76	(29)
Triagem atribuída pelo hospital		
Muito Urgente	5.90	(62)
Urgente	47.95	(504)
Pouco Urgente	46.05	(484)
Não Urgente	0.10	(1)

Com base no diagnóstico codificado no sistema informático e segundo o ICD-11, o grupo de patologias mais comum foi o do sistema respiratório (42,6%), seguido pelas doenças infecciosas e parasitárias (11,7%), com uma diferença percentual de mais de 30% (Tabela IV). Dentro do sistema respiratório, o diagnóstico mais frequentemente atribuído foi o de nasofaringite aguda (resfriado comum) com 191 casos diagnosticados, responsável por 42,6% das doenças do sistema respiratório (Anexo II) e 18,2% da totalidade dos casos. O segundo diagnóstico mais prevalente foi o de bronquiolite aguda, com 70 casos, e o terceiro foi diarreia de origem infecciosa presumível, com 53 casos (Anexo III). Com frequência, o diagnóstico atribuído foi o de um sintoma, como febre, vómitos e tosse (Figura 1).

TABELA IV | Diagnósticos atribuídos no SU-HPC agrupados segundo a classificação ICD-11

Diagnóstico (ICD-11)	%	n
Doenças do sistema respiratório	42.63	(448)
Doenças infecciosas e parasitárias	11.70	(123)
Sintomas e sinais gerais	8.75	(92)
Sintomas e sinais que envolvem o sistema digestivo e o abdômen	6.76	(71)
Sintomas e sinais que envolvem o sistema circulatório e o respiratório	6.37	(67)
Doenças do sistema digestivo	4.66	(49)
Doenças do ouvido e do processo mastóide	3.52	(37)
Sintomas e sinais que envolvem a pele e o tecido subcutâneo	2.85	(30)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.19	(23)
Lesão, envenenamento e outras consequências de causas externas	2.00	(21)
Doenças do sistema genitourinário	1.62	(17)
Doenças do olho e anexos	1.14	(12)
Doenças do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo	0.48	(5)
Sintomas e sinais que envolvem o sistema urinário	0.38	(4)
Transtornos mentais e comportamentais	0.38	(4)
Não especificado	3.81	(40)
Outros	0.76	(8)

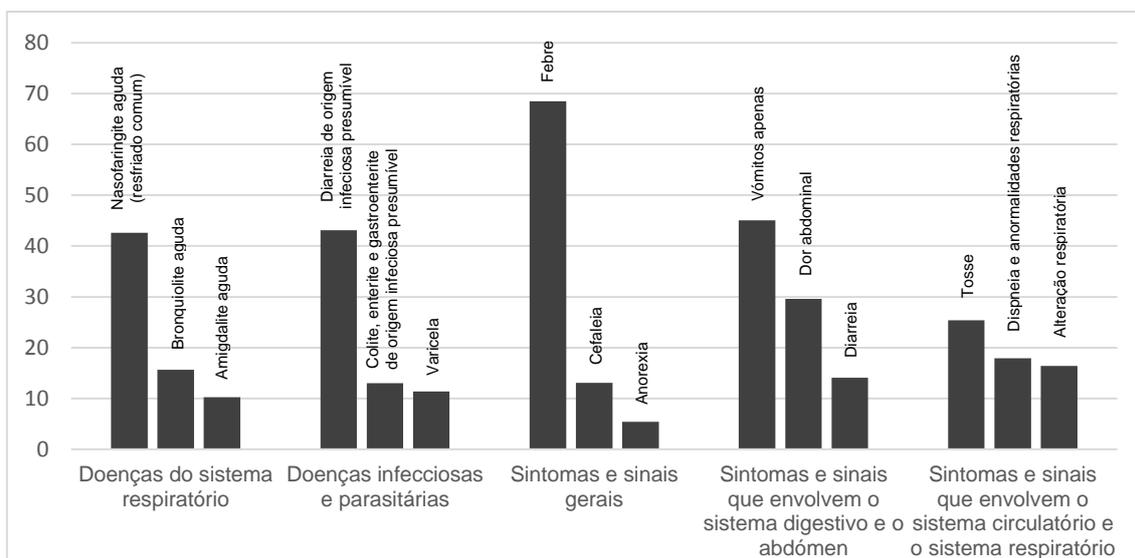


Figura 1 - Diagnóstico mais frequente dentro dos grupos mais frequentes (ICD-11)

Atendendo ao escalão etário, as doenças do sistema respiratório foram as mais frequentes em cada grupo, exceto no dos recém-nascidos (idade <1 mês), onde as doenças do sistema digestivo foram as que contabilizaram maior número de ocorrências, nomeadamente refluxo gastroesofágico e obstipação (Anexo IV).

Quanto ao diagnóstico mais frequente por triagem atribuída, nos doentes muito urgentes foi a bronquiolite aguda, ao passo que nos urgentes e pouco urgentes foi a nasofaringite aguda (resfriado comum) (Anexo V, VI e VII).

Foram efetuados ECD em 321 crianças/adolescentes, ou seja, em 30,5% dos casos. No grupo triado como pouco ou nada urgentes, houve 130 doentes que realizaram pelo menos um ECD, sendo que em 23 deles (4,8%) foi necessário um exame de imagem (Anexo V). No total, foram executados 507 ECD, tendo predominado a análise de urina (20,3%), a radiografia torácica (16,8%) e o TDAR (16,6%) (Tabela V).

TABELA V | ECD realizados no SU-HPC (n=507)

Exame Complementar de Diagnóstico	%	n
Análise laboratorial (hemograma/bioquímica/coagulação)	13.21	(67)
Hemocultura	8.48	(43)
Análise de urina (tira teste/sumária de urina tipo II)	20.32	(103)
Urocultura	8.48	(43)
Exames imagiológicos		
Radiografia cervical	0.20	(1)
Radiografia torácica	16.77	(85)
Radiografia abdominal	1.38	(7)
Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE)	0.20	(1)
Ecografia abdominal	0.79	(4)
Punção lombar (PL)	0.20	(1)
Teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR)	16.57	(84)
Pesquisa de vírus e bactérias nas secreções respiratórias	5.52	(28)
Pesquisa de vírus nas fezes	4.54	(23)
Coprocultura	1.97	(10)
Outros	1.38	(7)

Em mais de metade dos casos (58,0%), foram exclusivamente sugeridas medidas gerais e/ou de alívio sintomático. Depois dos antipiréticos e dos anti-inflamatórios, os fármacos mais prescritos foram os antibióticos (12,7%), sobretudo por via oral (80,3%), os broncodilatadores, particularmente os beta-2 agonistas de curta duração de ação inalados

(11,7%), concretamente o salbutamol, e os antieméticos (5,1%), especificamente o ondansetron. Foi administrada terapêutica no SU a 7,2% dos doentes triados como pouco ou nada urgentes, incluindo broncodilatadores inalados, corticóides orais e antieméticos.

Relativamente à orientação, 1.000 dos 1.051 (95,1%) doentes observados tiveram alta do HPC. Desses, 29 (2,9%) foram orientados para consulta externa. Verificou-se necessidade de internamento em 32 casos (3,0%): 28 na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), três na enfermaria do Serviço de Pediatria Médica (SPM) e um na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Tabela VI).

De entre os 32 doentes internados, 23 (71,9%) tinham entre um mês e dois anos de idade, tendo todos sido triados como muito urgentes ou urgentes. O diagnóstico mais frequente foi o de bronquiolite aguda (12 casos). Entre os vários diagnósticos, verificou-se um caso de meningite vírica, um de púrpura trombocitopénica idiopática e um de intoxicação por monóxido de carbono. Quanto às crianças internadas na enfermaria do SPM e na UCI, tratou-se de casos de bronquiolite aguda, sendo que em três deles a idade era inferior a 4 meses.

Houve 19 doentes que abandonaram o SU antes da observação médica, a maioria com idade compreendida entre 1 mês e 2 anos. Os principais motivos da sua referenciação foram náuseas e vômitos (3), *rash* (3), dor abdominal (2) e tosse (2).

TABELA VI | Orientação após observação médica no SU-HPC

Orientação	%	n
Alta para Domicílio	90.20	(948)
Alta para Consulta Externa	2.76	(29)
Internamento UICD	2.66	(28)
Alta para Centro de Saúde	2.19	(23)
Abandono	1.81	(19)
Internamento SPM	0.29	(3)
Internamento UCI	0.10	(1)

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O corrente estudo pretendeu avaliar a adequação do encaminhamento à urgência do HPC de crianças e adolescentes que contactaram previamente o SNS 24, uma vez que este tem como um dos principais objetivos reduzir a afluência à urgência.

Urgência é definida como qualquer situação clínica de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais; numa emergência o compromisso de uma ou mais funções vitais está já estabelecido ou é eminente.¹² Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os episódios clínicos podem ser classificados em urgências hospitalares (emergência vital ou necessidade de utilizar meios de diagnóstico ou terapêutica não disponíveis nos cuidados de saúde primários), urgências não hospitalares (necessidade de assistência médica imediata, sem que exista perigo de vida para o doente) e episódios não urgentes (situação que pode aguardar por avaliação em consulta programada pelo médico assistente).¹³ Os serviços de urgência foram pensados para dar resposta a situações clínicas essencialmente urgentes e emergentes.¹⁴

Ao longo dos anos, em Portugal como noutros países, assistiu-se a um aumento do uso inapropriado dos SU para resolução de situações pouco ou nada urgentes.^{15,23} *Pereira et al.*, em 2001, no seu estudo conduzido no atual Centro Hospitalar Universitário de São João, acerca da adequação do recurso à urgência hospitalar nos adultos, identificaram que parte dos utentes recorreram ao SU para acesso mais fácil e rápido a um ECD e/ou a uma consulta médica com um especialista na área médica ou cirúrgica.²⁴ Na idade pediátrica, pelo menos 50% das observações no SU têm sido descritas como inapropriadas, conforme estudos levados a cabo nos Centros Hospitalares de Vila Nova de Gaia (2006), Barreiro Montijo (2012) e São João (2016).¹⁴⁻¹⁶ No HPC, o número de admissões no SU aumentou de 48.181 em 2000, para 60.023 em 2011 (quando se alargou o atendimento até aos 18 anos) e para 63.538 em 2018. A percentagem de doentes triados como pouco ou nada urgentes foi de 50,5% em 2016, 56,0% em 2017 e 55,6% em 2018 (Fonte: SGD e SI, HPC). Os SU têm sido utilizados como porta de entrada no SNS, o que leva, por um lado, à produção de efeitos negativos sobre a qualidade dos serviços prestados e, por outro, ao aumento dos custos globais em saúde, com conseqüente descontentamento da população e dos profissionais de saúde.¹⁶

A criação da Linha de Saúde 24, agora SNS 24, foi uma das estratégias para ajudar a responder à pressão assistencial continuada dos SU hospitalares, que, no caso da Pediatria, contrariou as expectativas criadas pelo decréscimo da natalidade.^{12,14} O acesso a

esta plataforma também se tem mostrado crescente (Fonte: SNS 24, Lisboa). Num estudo não publicado levado a cabo pela Saúde 24 em colaboração com o SGD do HPC, entre 1 de janeiro e 30 de abril de 2017, constataram-se 13.420 chamadas telefónicas relativas à idade pediátrica na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, que poderiam corresponder a potenciais encaminhamentos ao SU-HPC; confirmaram-se 900 admitidos em 20.977 doentes observados nesse período (4,3%) (Fonte: SGD, HP). Um ano depois, durante os três meses agora em análise, houve mais 254 doentes admitidos no SU provenientes do SNS 24 (Fonte: SNS 24, Lisboa e SGD, HPC).

Num estudo semelhante, que descreveu os doentes encaminhados pela Saúde 24 ao SU-HPC entre julho e setembro de 2013, foram relatadas 2.147 chamadas relativas a crianças e jovens passíveis de encaminhamento ao HPC e 669 encaminhamentos (31,2%).¹⁷ Os dados nacionais disponibilizados e publicados têm apontado para taxas de encaminhamento ao SU de 22 a 29,1% (Fonte: SNS 24, Lisboa).^{6,18} Num estudo que decorreu ao longo de três anos na Austrália (New South Wales, 2009-2012) e que pretendeu perceber a concordância entre as indicações dadas pela triagem telefónica e a decisão dos doentes, o encaminhamento ao SU na idade pediátrica ocorreu em 15,8% de todas as chamadas.¹⁹ Belman *et al.*, no seu trabalho no Colorado, Estados Unidos da América (EUA), relatou um encaminhamento ao SU de 21%.²⁰

A caracterização da amostra deste estudo assemelha-se ao constatado noutros SU pediátricos nacionais (Porto, Gaia, Coimbra e Barreiro Montijo) em relação ao género, com ligeiro predomínio do masculino, mas com uma mediana de idades mais baixa (medianas de 3 a 4,6 anos). Em todos estes estudos, mais de metade da amostra tinha menos de cinco anos, o que está de acordo com as idades em que há maior frequência de doenças agudas, habitualmente infecciosas, como nasofaringite aguda, bronquiolite aguda e diarreia de origem infecciosa presumível, os diagnósticos mais frequentemente constatados também neste estudo.^{14,16,17,21} Como seria de esperar, a maioria dos casos pertencia à região centro, uma vez que o HPC é a referência da rede de cuidados infantis na região. A existência de alguns casos provenientes de outras regiões poderá relacionar-se com motivos como o turismo ou a morada de residência não atualizada, na medida em que não é expectável haver grandes deslocações para procura de cuidados de saúde perante situações agudas, ao contrário do que pode acontecer em situações orientadas no ambulatório.

O período do dia e o dia da semana com maior afluência de chamadas coincidiram com a altura em que os pais estão habitualmente em casa com os seus filhos e se apercebem de alguma eventual alteração no seu estado geral²² e também altura em que a maioria dos CSP já não se encontra disponível.³ No estudo australiano, 75,2% das

chamadas telefónicas naquele que foi considerado o período *after-hours* (18.00h-08.00h nos dias úteis e das 00.00h de domingo até às 08.00h de segunda-feira).¹⁹ A afluência global ao SU pediátrico segue o mesmo padrão horário¹⁶ mas tem uma distribuição diferente ao longo dos dias da semana, com diminuição da procura ao fim de semana e pico à segunda-feira.^{15,16}

O estudo decorreu em meses de inverno e, particularmente, na época da gripe, o que poderá justificar que o motivo de referenciação tenha sido tosse em quase um terço dos casos. No SU-HPC, os diagnósticos definitivos mais frequentes mostraram-se concordantes com o sintoma que mais vezes motivou o contacto telefónico. No entanto, independentemente do período selecionado, os motivos parecem ser mais ou menos constantes ao longo do ano e nos vários países, sendo sobreponíveis aos descritos em 2003 acerca da Linha “Dói Dói Trim Trim”, em 1999-2000 nos EUA e em 2009-2012 na Austrália.^{3,19,20}

Tendo sido a amostra selecionada a partir dos doentes observados no SU-HPC, através da aplicação de um “filtro” que dizia respeito à proveniência (SNS 24), o esperado era que a disposição atribuída tivesse sido o de cuidados de saúde urgentes, com encaminhamento em tempo útil ao SU do hospital de referência em 100% dos casos. No entanto, constatou-se um aconselhamento diferente numa pequena minoria (0,8%). Assim, houve oito doentes que, apesar de indicação para observação em CSP ou para autocuidados, se dirigiram ao SU-HPC. No estudo australiano constatou-se que entre 5,9 e 6,7% dos doentes pediátricos se dirigiram imediatamente a um SU, apesar da indicação contrária.¹⁹ A uma pequena percentagem terá sido atribuído o nível de cuidados de saúde emergentes – INEM, tendo a chamada sido provavelmente transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), seguida de entrada no SU por essa via e, como tal, não aparecem registados como provenientes do SNS 24.

À semelhança do que aconteceu no estudo australiano¹⁹, mais de 90% dos doentes inscreveram-se no SU até quatro horas depois do contacto telefónico.

Pouco mais de metade dos doentes foi triada como urgente ou muito urgente, o que significa que, com base no critério previamente estabelecido, pode considerar-se o encaminhamento ao SU-HPC adequado. Desta forma, podemos concluir que houve boa precisão no aconselhamento dado a estes utilizadores. No entanto, houve 46,1% da amostra considerada mal encaminhada, triados como pouco ou nada urgentes e que podem designar-se de “falsas urgências”.

Tendo em consideração outros critérios que não o do sistema de triagem, em 2001, Pereira *et al.* definiram o que consideravam uma “verdadeira urgência”: aquela que resultasse em internamento hospitalar ou em morte ocorrida no SU; se o doente tivesse sido transferido de outro hospital; de acordo com critérios explícitos em testes diagnósticos específicos ou tratamento realizados; quando houvesse necessidade de estudo de imagiologia e/ou de tratamento endovenoso, oxigenoterapia, administração de medicamentos prescritos no SU, tratamentos ortopédicos, limpeza de feridas ou remoção de corpos estranhos (nos olhos, sistema digestivo ou sistema respiratório).²⁴

A taxa de internamento neste estudo foi baixa (3,0%), o que pode traduzir uma baixa gravidade dos casos encaminhados ao SU. Todos os doentes internados eram considerados “verdadeiras urgências” com base na triagem que lhes foi atribuída e nenhum dos 484 doentes triados como pouco ou nada urgentes ficou internado. Realizaram um exame de imagem e/ou receberam terapêutica durante a permanência no SU-HPC 57 doentes (11,8%).

Seguindo a definição de verdadeira urgência de Pereira *et al.*, poderíamos concluir por adequação do encaminhamento do SNS 24 ao SU em mais 57 doentes, o que daria um total de 623 (59,3%). Num estudo efetuado nos EUA em 2000, os encaminhamentos do serviço de triagem telefónica para a urgência hospitalar, analisados por um grupo de três pediatras, tiveram uma taxa de adequação 33% maior do que a do grupo controlo.²⁵ Em 2006, Soares *et al.*, no seu estudo sobre a efetividade do sistema “Dói Dói Trim Trim” em crianças dos zero aos 14 anos que recorreram à urgência pediátrica do Hospital São Francisco Xavier (Lisboa), entre outubro de 2001 a janeiro de 2002, concluíram que o serviço contribuía para o descongestionamento das urgências ao referenciar apenas uma pequena percentagem de crianças; consideraram contudo que a maior parte dos doentes referenciados não apresentava patologia que justificasse a sua observação na urgência hospitalar, tendo concluído tratar-se das limitações de uma triagem baseada em dados subjetivos fornecidos telefonicamente pelos pais.⁸

Como se disse anteriormente, houve oito casos de doentes observados no SU, apesar de ter sido dada outra indicação pelo SNS 24. Três deles foram triados como urgentes e portanto podem ser considerados “verdadeiras urgências”; os restantes foram triados como pouco urgentes, tendo um desses feito um ECD (TDAR); nenhum ficou internado. Estes casos fazem questionar um outro aspeto da triagem telefónica, que é a segurança. Embora neste estudo não se tenha conhecimento de algum desfecho desfavorável, muitos têm debatido a segurança com base nos possíveis efeitos adversos: mortalidade, internamento inesperado, observação na urgência inesperada e erros no

aconselhamento. Em três artigos de revisão, dois de 2011 e um de 2017, a triagem telefónica foi considerada segura na maioria nos casos. Contudo, trata-se de um item difícil de analisar, com baixa incidência de eventos adversos (particularmente na idade pediátrica) e pouca evidência científica disponível, que mostra maior nível de segurança nos estudos em doentes reais (90%) do que nos estudos de simulação (~50%).^{7,10,26}

No global, a evidência disponível acerca dos serviços de triagem telefónica, como o do SNS 24, não fornece respostas definitivas para questões sobre a qualidade do atendimento prestado, a segurança, o acesso e equidade do serviço, e os seus custos. Supõe-se que existam muitos outros fatores (demográficos, culturais, económicos, governamentais) que podem afetar as medidas de desempenho e a validade externa ou generalização dos resultados da pesquisa. Um desses fatores é a estruturação dos CSP e a facilidade de acesso ou a relação dos utentes com o médico assistente.⁷ Num estudo realizado em Portugal e publicado em 2014, não orientado especificamente para a idade pediátrica, demonstrou-se que regiões com maior acesso a serviços de saúde como os CSP tinham menos tendência para recorrer ao SU.²⁷

Um outro fator de extrema importância é o da literacia em saúde dos pais. A noção de doença grave em situações de baixa gravidade, com recurso precoce a urgências hospitalares, denota falta de informação da população em conceitos de saúde.²¹ Kubicek *et al.* analisaram o perfil dos pais que recorreram ao SU do Hospital Pediátrico de Los Angeles perante situações de saúde não graves dos seus filhos; apesar de classificados pelo sistema de triagem como não urgentes, cerca de dois terços dos pais descreveram a condição do seu filho como muito ou extremamente urgente.²⁸ O impacto de práticas de educação para a saúde foi avaliado por vários autores, demonstrando que pode reduzir o recurso de casos não urgentes ao SU hospitalar.²⁹

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma das principais é tratar-se de uma amostra de conveniência, o que pode representar um viés de seleção, ao cingir-se aos primeiros três meses do ano, onde as infeções do trato respiratório são naturalmente mais frequentes. Outra limitação importante prende-se com o facto de só terem sido analisados os doentes observados no SU após contacto com o SNS 24, ficando por saber o que aconteceu a todos os outros doentes que fizeram a chamada telefónica. Para além disso, não houve grupo controlo e, sendo um trabalho retrospectivo com algumas das variáveis baseadas em registos em campo aberto, há sempre possibilidade de perda de alguma informação.

Conclui-se que, apesar de uma referenciação hospitalar maioritariamente apropriada por parte do SNS 24, há ainda muitos casos sem gravidade encaminhados para a urgência hospitalar. Medidas como melhorar o acesso aos CSP, onde casos não urgentes possam ser observados e orientados, e investir na educação dos pais e da população em geral, através de campanhas de educação para a saúde, poderiam ter impacto na utilização das urgências hospitalares.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, família, Raquel e amigos, que me acompanharam ao longo deste percurso acadêmico e que me possibilitaram ter chegado até aqui, o meu muito obrigado.

Agradeço à Dra. Mariana Domingues todo o empenho e dedicação na realização deste trabalho.

Agradeço também à Direção do Centro Nacional de TeleSaúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), na pessoa de João Oliveira, pelos dados e informações que disponibilizou.

“If you want to go fast, go alone.

If you want to go far, go together.”

REFERÊNCIAS

1. SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde. O que é o SNS 24. Governo da República Portuguesa – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Mar 29]. Available from: <http://www.sns24.gov.pt>
2. A Enfermagem e as Leis. Linha Saúde 24 agora é SNS 24 – Novo Centro de Contacto do SNS. 2017 [cited 2019 Mar 29]. Available from: <http://www.aenfermagemeasleis.pt>
3. Jornal Público. Três anos de Linha “Dói, Dói, Trim, Trim”. 2003 [cited 2019 Mar 31]. Available from: <http://www.publico.pt>
4. Simão H. Estudo descritivo do perfil de utilizador da linha Saúde 24 com análise de impacto ao nível da eficiência, equidade e empowerment em comparação com o modelo inglês NHS Direct [dissertation]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa; 2009.
5. Jornal Público. Linha de Saúde Pública entra em funcionamento 24 horas por dia. 2007 [cited 2019 Mar 31]. Available from: <http://www.publico.pt>
6. Jornal Médico. Oito milhões de chamadas para a Linha Saúde 24 em 10 anos de funcionamento. 2017 [cited 2019 Mar 31]. Available from: <http://www.jornalmedico.pt>
7. Lake R, Georgiou A, Li J, Li L, Byrne M, Robinson M, et al. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17:614.
8. Soares S, Aidos A, Rodrigues M, Guimarães J. Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 Pediatria num Serviço de Urgência Pediátrica. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2006; 22:433-42.
9. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SNS 24. Atendimento de Chamadas no SNS 24. Lisboa: SPMS; 2019.
10. Carrasqueiro S, Oliveira M, Encarnação P. Evaluation of telephone triage and advice services: a systematic review on methods, metrics and results. *Stud Health Technol Inform.* 2011; 169:407-11.
11. Januário L. Regras de funcionamento do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2012.

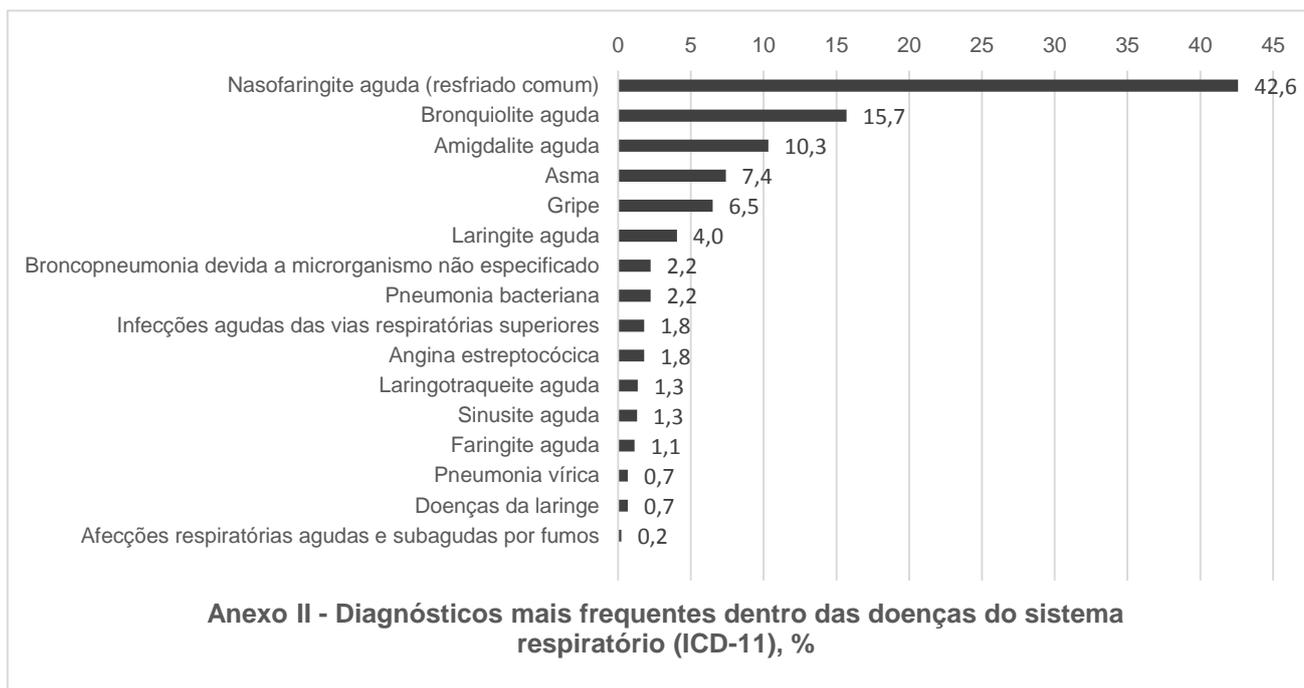
12. Direção-Geral da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento. Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: DGS; 2001.
13. WHO Press. Planning and organization of emergency medical services. World Health Organization; 1981 [cited 2019 Apr 5]. Available from: <http://www.who.int>
14. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port.* 2006; 1:1-4.
15. Ferreira I. Procura numa Urgência Pediátrica: fatores que mais contribuem para a afluência de casos não urgentes [dissertation]. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto; 2017.
16. Rafael MS, Portela S, Sousa P, Fernandes AC. Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica: a experiência de um centro português. *Sci Med.* 2017; 27:24919.
17. Pinheiro M. “Saúde 24”: o que chega a um Serviço de Urgência de Pediatria [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
18. Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS. O papel do SNS 24. Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Apr 5]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt>
19. Gibson A, Randall D, Tran DT, Byrne M, Lawler A, Havard A, et al. Emergency department attendance after telephone triage: a population-based data linkage study. *Health Serv Res.* 2018; 53:1137-62.
20. Belman S, Chandramouli V, Schmitt BD, Poole SR, Hegarty T, Kempe A. An assessment of pediatric after-hours telephone care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005; 159:145-9.
21. Freitas AC, Moreira AR, Tomé S, Cardoso R. Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer.* 2016; 25:136-40.
22. Huibers L, Giesen P, Smits M, Mokkink H, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage in Dutch out-of-hours primary care. *Eur J Emerg Med.* 2012; 19:309-15.
23. Nagree Y, Cameron P, Gosbell A, Mountain D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. *Emerg Med Australas.* 2012; 24:123-6.
24. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med.* 2001; 37:580-6.

25. Barber JW, King WD, Monroe KW, Nichols MH. Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. *Pediatrics*. 2000; 105:819-21.
26. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29:198-209.
27. Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saúde e Soc*. 2014; 23:1154-61.
28. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, et al. A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28:977-84.
29. Herman A, Young KD, Espitia D, Fu N, Farshidi A. Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatr Emerg Care*. 2009; 25:434-8.

ANEXOS

ANEXO I | Caracterização temporal do contacto com o SNS 24

Mês	%	n
Janeiro	35.11	(369)
Fevereiro	34.82	(366)
Março	30.07	(316)
Semana do mês		
1ª semana	24.93	(262)
2ª semana	27.88	(293)
3ª semana	25.02	(263)
4ª semana	22.17	(233)
Dia da semana		
Segunda-feira	16.18	(170)
Terça-feira	13.42	(141)
Quarta-feira	9.42	(99)
Quinta-feira	11.89	(125)
Sexta-feira	13.70	(144)
Sábado	16.27	(171)
Domingo	19.12	(201)
Hora do dia		
Das 0h às 8h	11.61	(122)
Das 8h às 16h	27.21	(286)
Das 16h às 24h	58.42	(614)
Não especificado	2.76	(29)



ANEXO III | Diagnósticos mais frequentes dentro de cada um dos 10 grupos de doenças mais frequentes segundo a classificação ICD-11

Diagnóstico (ICD-11)	%	n
Doenças do sistema respiratório	42.63	(448)
Nasofaringite aguda (resfriado comum)	42.63	(191)
Bronquiolite aguda	15.63	(70)
Amigdalite aguda	10.27	(46)
Gripe	6.47	(29)
Asma	4.02	(18)
Laringite aguda	4.02	(18)
Outros	16.96	(76)
Doenças infecciosas e parasitárias	11.70	(123)
Diarreia de origem infecciosa presumível	43.09	(53)
Colite, enterite e gastroenterite de origem infecciosa presumível	13.01	(16)
Varicela	11.38	(14)
Outros	32.52	(40)
Sintomas e sinais gerais	8.75	(92)
Febre	68.48	(63)
Cefaleia	13.04	(12)
Anorexia	5.43	(5)
Outros	13.04	(12)
Sintomas e sinais que envolvem o sistema digestivo e o abdômen	6.76	(71)
Vômitos apenas	45.07	(32)
Dor abdominal	29.58	(21)
Diarreia	14.08	(10)
Outros	11.27	(8)
Sintomas e sinais que envolvem o sistema circulatório e o respiratório	6.37	(67)
Tosse	25.37	(17)
Dispneia e anormalidades respiratórias	17.91	(12)
Alteração respiratória	16.42	(11)
Outros	40.30	(27)
Doenças do sistema digestivo	4.66	(49)
Gastroenterites e colites não infecciosas	30.61	(15)
Obstipação	20.41	(10)
Refluxo esofágico	10.20	(5)
Outros	49.00	(24)
Doenças do ouvido e do processo mastóide	3.52	(37)
Otite média não especificada	43.24	(16)
Otite média aguda não supurativa	32.43	(12)
Otalgia	10.81	(4)
Outros	13.51	(5)
Sintomas e sinais que envolvem a pele e o tecido subcutâneo	2.85	(30)
Exantemas por vírus	96.67	(29)
Alterações vasculares da pele	3.33	(1)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.19	(23)
Urticária	34.78	(8)
Eritema ou erupção não especificada da pele	13.04	(3)
Impétigo	8.70	(2)
Outros	43.48	(10)
Lesão, envenenamento e outras consequências de causas externas	2.00	(21)
Corpo estranho em parte não especificada do tubo digestivo	28.57	(6)
Contusão de local não especificado	14.29	(3)
Alergia não especificada	9.52	(2)
Outros	47.62	(10)

ANEXO IV | Grupos de doenças mais frequente atendendo ao escalão etário

Escalão etário	%	n
<1 mês	1.43	(15)
Doenças do sistema digestivo	26.67	(4)
Doenças do sistema respiratório	13.33	(2)
Sintomas e sinais que envolvem o digestivo e o abdómen	13.33	(2)
Outros	46.67	(7)
1 mês a 2 anos	56.90	(598)
Doenças do sistema respiratório	43.81	(262)
Sintomas e sinais que envolvem o circulatório e o respiratório	11.54	(69)
Doenças infecciosas e parasitárias	11.37	(68)
Outros	33.28	(120)
3 a 5 anos	16.46	(173)
Doenças do sistema respiratório	43.35	(75)
Sintomas e sinais gerais	13.87	(24)
Doenças infecciosas e parasitárias	11.56	(20)
Outros	31.21	(54)
6 a 11 anos	15.22	(160)
Doenças do sistema respiratório	33.13	(53)
Sintomas e sinais que envolvem o digestivo e o abdómen	17.50	(28)
Doenças infecciosas e parasitárias	8.75	(14)
Outros	40.63	(65)
12 a 17 anos	9.99	(105)
Doenças do sistema respiratório	29.52	(31)
Doenças infecciosas e parasitárias	18.10	(19)
Sintomas e sinais gerais	11.43	(12)
Outros	40.95	(43)

ANEXO V | Caracterização do grupo triado como pouco urgente – verdes (n=484)

Escalão etário	%	n
<1 mês	0.00	(0)
1 mês a 2 anos	50.41	(244)
3 a 5 anos	18.39	(89)
6 a 11 anos	18.80	(91)
12 a 17 anos	12.40	(60)
Diagnóstico mais frequente		
Nasofaringite aguda (resfriado comum)	22.32	(108)
Diarreia de origem infecciosa presumível	6.20	(30)
Amigdalite aguda	5.99	(29)
Febre	5.37	(26)
Outros	60.12	(291)
ECD		
Não realizou	73.14	(354)
Realizou ≥1	26.86	(130)
Orientação		
Alta para Domicílio	89.88	(435)
Alta para Centro de Saúde	4.75	(23)
Abandono	2.89	(14)
Alta para Consulta Externa	2.48	(12)
Internamento	0.00	(0)

ANEXO VI | Caracterização do grupo triado como urgente – amarelos (n=504)

Escalão etário	%	n
<1 mês	1.98	(10)
1 mês a 2 anos	59.13	(298)
3 a 5 anos	16.47	(83)
6 a 11 anos	13.69	(69)
12 a 17 anos	8.73	(44)
Diagnóstico mais frequente		
Nasofaringite aguda (resfriado comum)	16.07	(81)
Bronquiolite aguda	8.34	(42)
Febre	6.55	(33)
Diarreia de origem infecciosa presumível	4.56	(23)
Vómitos apenas	4.56	(23)
Outros	59.92	(302)
ECD		
Não realizou	67.06	(338)
Realizou ≥1	32.94	(166)
Orientação		
Alta para Domicílio	92.66	(467)
Alta para Consulta Externa	3.37	(17)
Internamento UICD	2.78	(14)
Abandono	0.79	(4)
Internamento SPM	0.40	(2)

ANEXO VII | Caracterização do grupo triado como muito urgente – laranjas (n=62)

Escalão etário	%	n
<1 mês	8.07	(5)
1 mês a 2 anos	88.71	(55)
3 a 5 anos	1.61	(1)
6 a 11 anos	0.00	(0)
12 a 17 anos	1.61	(1)
Diagnóstico mais frequente		
Bronquiolite aguda	33.87	(21)
Asma	16.13	(10)
Outros	50.00	(31)
ECD		
Não realizou	59.68	(37)
Realizou \geq1	40.32	(25)
Orientação		
Alta para Domicílio	74.20	(46)
Internamento UICD	22.58	(14)
Internamento SPM	1.61	(1)
Internamento UCI	1.61	(1)