



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO SOARES MOTA REIS

***CARATERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DAS
ADMISSÕES NOTURNAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL III***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. ANA TERESA GIL

PROF^a DOUTORA FERNANDA RODRIGUES

ABRIL/2023

CARATERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DAS ADMISSÕES NOTURNAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL III

Artigo Científico Original

Pedro Soares Mota Reis¹

(pmreis.med@gmail.com)

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Área Científica: Pediatria

Autores: Pedro Mota-Reis¹; Ana Teresa Gil²; Fernanda Rodrigues^{1,2,3}

1 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2 – Serviço de Urgência, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

3 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Orientadora: Ana Teresa Beirão Cardoso Quadrado Gil²

Co-orientadora: Professora Doutora Fernanda Maria Pereira Rodrigues^{1,2,3}

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

Endereço de Correio Eletrónico: pmreis.med@gmail.com

Aos meus pais.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS	5
RESUMO	7
INTRODUÇÃO	11
MATERIAL E MÉTODOS	13
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	27
CONCLUSÃO	30
AGRADECIMENTOS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CPTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HP – Hospital Pediátrico

ICD-10 – International Classification of Diseases 10th Revision

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Características clínicas do episódio de urgência.....	16
Tabela 2 – Frequência dos diagnósticos de alta, segundo a classificação ICD-10.....	18
Tabela 3 - Dados clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário aplicado ao acompanhante	19
Tabela 4 – Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos do episódio de urgência.....	24
Tabela 5 - Diagnósticos preditores de episódio de urgência Justificado.....	25
Tabela 6 - Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário	25

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Características clínicas do episódio de urgência

Tabela 2 – Frequência dos diagnósticos de alta, segundo a classificação ICD-10

Tabela 3 – Dados clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário aplicado ao acompanhante

Tabela 4 – Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos do episódio de urgência

Tabela 5 – Diagnósticos preditores de episódio de urgência Justificado

Tabela 6 – Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário

Figura 1 - Motivos associados à procura do SUP no período noturno ordenados por ordem decrescente de concordância

RESUMO

Introdução: A afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica tem aumentado ao longo dos anos, associando-se a um elevado número de urgências não justificadas. A sua sobreutilização é um problema que condiciona diminuição na qualidade dos cuidados prestados e aumento dos custos em saúde. O período noturno de atendimento é especialmente crítico pelo acréscimo do cansaço dos profissionais e pelos menores recursos disponíveis.

Objetivos: Analisar os episódios de urgência durante o período noturno e avaliar os fatores associados a admissões não justificadas.

Métodos: Estudo observacional descritivo que analisou as admissões no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra durante o período noturno (0h - 8h) entre 30 de janeiro e 28 de fevereiro de 2023 com base na análise de variáveis clínicas e sociodemográficas dos episódios através do registo clínico e da aplicação de um questionário aos cuidadores. Realizou-se uma análise comparativa entre admissões justificadas e não justificadas, definidas com base na abordagem hospitalar.

Resultados: Foram analisados 462 episódios de urgência, com uma idade média de 5.41 ± 5.25 anos e a maioria do sexo masculino (58.7%). Foi atribuída prioridade urgente a 59.7% doentes. Os diagnósticos mais frequentes foram: infeção do trato respiratório superior (61.9%), patologia gastrointestinal (22.3%), síndrome febril/exantema (6.3%) e trauma (5.0%). A maioria dos doentes não realizou qualquer exame complementar de diagnóstico (71.6%) nem tratamento hospitalar (61.5%). Aproximadamente metade das admissões (50.6%) foram consideradas não justificadas, sendo que este grupo de doentes era, em média, 2 anos mais novo que o dos episódios justificados ($p < 0.001$). As infeções do trato respiratório superior foram mais prevalentes nas admissões não justificadas ($p < 0.001$), enquanto a patologia gastrointestinal e trauma foram fatores preditores de admissão justificada. Os principais fatores apontados para ida ao Serviço de Urgência Pediátrica no período noturno foram: falta de conhecimento para avaliar a gravidade clínica do doente, receio de doença grave e ineficácia da medicação habitual.

Conclusão: No período em estudo, cerca de metade das admissões em período noturno foram não justificadas, predominantemente em crianças mais jovens com sintomatologia respiratória. A dificuldade de avaliação, com perceção errada de doença grave em situações não urgentes, alerta para a necessidade de investimento na promoção da literacia em saúde, principalmente no respeito ao funcionamento do Sistema de Saúde. A disponibilização de alternativas aos serviços de urgência hospitalares tais como a abertura dos Cuidados de Saúde Primários em período noturno poderia contribuir para mitigar este fenómeno.

Palavras-chave: Urgência pediátrica; Período noturno; Admissões injustificadas; Motivos parentais; Literacia em saúde

ABSTRACT

Introduction: Attendance at the Pediatric Emergency Service has been increasing over the years, being associated with a high number of unjustified urgencies. Its inappropriate use is a current problem that conditions a decrease in the quality of care provided and a raise of healthcare costs. Admissions during night shifts are specially concerning because of medical staff fatigue and less availability of resources.

Aims: To analyse night shift emergency episodes and assess factors associated with unjustified admissions.

Methods: A descriptive and single-centre observational study was performed to analyse admissions to the Pediatric Emergency Service of Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra during the night shift (between 12pm and 8am) from January 30th to February 28th of 2023 based on the analysis of clinical and sociodemographic variables of the episodes through the clinical record and the application of a survey to caregivers. A comparative analysis was performed between justified and unjustified admissions, defined based on the pediatrician's approach.

Results: A total of 462 episodes were analysed, with a mean age of 5.41 ± 5.25 years and 58.7% were male. urgent priority was given to 59.7% of patients. The most frequent diagnoses were upper respiratory tract infection (61.9%), gastrointestinal disease (22.3%), fever/rash (6.3%) and trauma (5.0%). Most patients did not undergo any complementary diagnostic procedures (71.6%) or hospital treatment (61.5%). Approximately half of the admissions (50.6%) were considered unjustified, and this group of patients was, on average, 2 years younger than the justified episodes ($p < 0.001$). Upper respiratory tract infections were more prevalent in unjustified admissions ($p < 0.001$), while gastrointestinal disease and trauma were predictors of a justified admission. The main reasons for going to the Pediatric Emergency Department during the night were the lack of knowledge to assess the clinical severity of the patient, fear of serious illness and ineffectiveness of medication.

Conclusion: During the study period, approximately half of the admissions at the night shift were not justified, predominantly in younger children with respiratory symptoms. The difficulty in assessing the clinical severity, with the wrong perception of a severe disease in non-urgent situations, calls to the need of investment in promoting health literacy, especially in what regards the functioning of the Health System. Providing alternatives to hospital emergency services, such as opening Primary Health Care during the night, could help mitigate this phenomenon.

Key words: Pediatric emergency department; Night Shift; Non-urgent admissions; Parental reasons; Health literacy.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Urgência – SU, considerado atualmente “a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde – SNS”, constitui um dos maiores desafios de gestão de recursos humanos e financeiros do universo do SNS e na globalidade da prestação de cuidados de saúde em Portugal(1). Concorrem para este facto não apenas características que lhe são intrínsecas, como abertura em permanência, universalidade, variabilidade clínica e imprevisibilidade da afluência de doentes, e a sua tendência gratuita, mas também fatores externos relacionados com a insuficiente capacidade de resposta dos Cuidados de Saúde Primários – CSP ou o reduzido grau de literacia em saúde da população que serve(2).

Nas últimas décadas verificou-se um aumento global da procura por cuidados urgentes, sendo ultrapassado, não raras vezes, o limite da capacidade funcional destes serviços - fenómeno apelidado de “*Overcrowding*”(3,4). Esta realidade reflete uma utilização inadequada e, sobretudo, ineficiente destes serviços. Repercute-se na diminuição da qualidade dos cuidados prestados, com aumento dos tempos de espera, sobrecarga dos recursos físicos, estruturais e humanos, sobreutilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – MCDT e agravamento dos encargos financeiros (3–7). Com efeito, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE, Portugal ocupava, entre 2002 e 2011, o 1º lugar na lista de países com o maior número de episódios de urgência, totalizando 70.5 episódios por 100 mil habitantes(2,8).

Dois fatores são apontados como principais concorrentes para o fenómeno de sobrelotação do S.U.: os “utilizadores frequentes” e as “falsas urgências” hospitalares(9). Ambos integram um vasto espectro de critérios que permitem inferir acerca da qualidade dos serviços de saúde (no caso do primeiro) e da adequação do próprio sistema de saúde bem como da literacia em saúde da população (no caso do segundo). O primeiro é descrito como um grupo de doentes cuja utilização do S.U. é recorrente ao longo de um determinado intervalo de tempo. O segundo um dos objetos de estudo deste trabalho e diz respeito a episódios de urgência que não constituem clinicamente uma verdadeira urgência médica.

Efetivamente, verifica-se o incremento do número de admissões não urgentes(4,10), sendo que, entre maio de 2018 e abril de 2019, cerca de 43% das admissões em serviços de urgências do país foram consideradas “falsas urgências hospitalares”(2). Não obstante tratar-se de um conceito subjetivo e ser complexa a sua definição, a Organização Mundial da Saúde – O.M.S. conceptualiza “urgência hospitalar” como uma situação clínica que constitua uma ameaça emergente à vida e motive a realização de MCDT ou tratamento em contexto hospitalar com carácter urgente(11).

É no Serviço de Urgência Pediátrica – SUP que são descritas as maiores taxas de admissão de doentes cuja situação clínica constitui uma “falsa urgência hospitalar”, com uma casuística que varia entre 57.1% e 89%(5,12–16). Supletivamente à problemática descrita, o S.U.P. reveste-se de singularidades como sejam o amplo espectro de entidades clínicas, a especificidade dos MCDT utilizados, a diferenciada capacidade técnica necessária à recolha da história clínica e realização do exame objetivo e a empatia essencial para a compreensão da dimensão emocional e psicológica deste grupo de doentes e dos próprios cuidadores(17), tornando-o ainda mais vulnerável às consequências inerentes ao fenómeno de “*Overcrowding*”. Deste modo, urge uma caracterização detalhada da realidade dos SUP e dos fatores que mais contribuem para este fenómeno em Portugal.

O período noturno é especialmente crítico no contexto da urgência pediátrica. Por um lado, presume-se que o acréscimo do cansaço dos profissionais neste turno em específico aumente o risco de erro médico. Por outro lado, pressupõe-se que a ansiedade por uma rápida abordagem clínica e fatores socioeconómicos (evitar faltas laborais) possam ser preponderantes na decisão de procurar o SUP neste período.

Em virtude da escassez de informação na literatura acerca destas problemáticas e da perceção dos profissionais médicos de um aparentemente aumento do número de admissões não urgentes, particularmente no período noturno, considerou-se pertinente o presente estudo.

Com o intuito de alargar o conhecimento sobre estas realidades na nossa população, o presente trabalho tem como objetivo principal a descrição dos episódios de urgência durante o período da noite no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC durante um mês. Como objetivo secundário, pretende-se avaliar os fatores mais frequentemente associados às admissões durante o período noturno.

Este estudo, apesar da limitada representatividade geográfica permitirá alargar o conhecimento das suas características e necessidades da população avaliada, esperando-se evidenciar padrões que possam indicar os fatores que devem merecer maior ênfase em estudos semelhantes de dimensão nacional no futuro. Seguindo este caminho, tornar-se-á possível um proativo desenvolvimento de estratégias e adaptações na organização do SNS que maximizem a eficiência deste serviço com melhores resultados para população pediátrica em Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

O Hospital Pediátrico do CHUC é classificado, segundo a Portaria nº 82/2014, como um estabelecimento do SNS de nível III, servindo como referência para todos os estabelecimentos de nível I ou II da sua área geográfica. Presta cuidados globais e diferenciados a uma população de aproximadamente 327 000 crianças e adolescentes, equivalente a 21% da população pediátrica (0 aos 17 anos e 364 dias de vida) residente em Portugal Continental(18). O facto de o SUP do HP ser uma urgência polivalente, com acessibilidade livre e aberta 24h/dia somado ao princípio do livre acesso e circulação de doentes, permite-nos inferir que a sua a sua abrangência será ainda maior que o descrito.

O presente estudo trata-se de um estudo observacional descritivo e unicêntrico realizado entre os dias 30 de janeiro e 28 de fevereiro de 2023 em que foram avaliados todos os doentes admitidos no S.U. triados no período noturno, definido entre as 0h e as 8h, recolhendo-se informação clínica e sociodemográfica relativa ao episódio de urgência. Todos os episódios foram incluídos e todos os questionários entregues foram corretamente preenchidos, não existindo critérios de exclusão.

Dados clínicos do episódio de urgência

Da análise do processo eletrónico através do software SClinico® recolheu-se informação clínica relativa ao episódio de urgência, nomeadamente idade, sexo, cor da triagem, proveniência, diagnóstico principal, segundo *International Classification of Diseases 10th Revision* – ICD-10), necessidade de utilização de MCDT, realização de tratamento no hospital, especialidade responsável e orientação após observação médica.

Foram definidos como urgência “Justificada” episódios que tenham realizado qualquer tipo de MCDT ou tenham recebido qualquer tipo de tratamento no hospital. Por conseguinte, os episódios com alta sem realização de qualquer MCDT ou tratamento no hospital, foram considerados urgências “Não justificadas”.

O sistema de triagem usado foi o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* – CPTAS aplicado desde 2011 neste hospital pela equipa de enfermagem, o qual é constituído por 6 cores: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não urgente) e branco (não classificável, isto é, situações de atividade programada e não urgente). Neste trabalho foram classificados como “Urgentes”, episódios cuja cor da triagem foi o vermelho, laranja ou amarelo e como “Não Urgentes” os que apresentavam cor verde ou azul.

Questionário ao acompanhante do doente

Pela aplicação de um questionário de preenchimento online ao acompanhante do participante, obteve-se informação epidemiológica do doente: composição do agregado familiar, área de residência, bem como informação epidemiológica do acompanhante: idade, relação de parentesco com o doente, grau de escolaridade, situação profissional, autoavaliação da própria literacia em saúde e avaliação da saúde global do doente que acompanhou (as últimas duas avaliadas recorrendo a uma escala de *Likert* com uma pontuação compreendida entre 1 = muito baixa e 5 = muito elevada). Foi recolhida informação clínica sobre o episódio de urgência: número de admissões/ano ao SUP, data da admissão anterior, tempo de evolução de doença, existência de doença crónica diagnosticada e seu seguimento, seguimento regular por especialista em Medicina Geral e Familiar – MGF, posse de seguro de saúde, e avaliação dos fatores relacionados com a decisão de ida ao SUP.

Os possíveis motivos de ida ao S.U.P. elencados pelos cuidadores, foram caracterizados com recurso a uma escala de *Likert* com atribuição de uma pontuação de 1 a 5 (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = não se aplica, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente), como apresentado no Anexo 1. Os questionários foram distribuídos em diferentes horas do período noturno, garantindo a sua representatividade. Por motivos logísticos, esta distribuição ocorreu em diferentes fases do processo de atendimento: 79 questionários foram entregues pelo investigador na sala de espera do S.U.P., após o processo de triagem; 12 questionários foram entregues pelo médico responsável no final da consulta de urgência; 4 questionários foram entregues pelo médico responsável no dia seguinte a cuidadores de doentes que tiveram como destino o serviço de internamento; 9 questionários foram entregues pelo enfermeiro responsável pela triagem. Foi feita a anonimização das respostas através de um código de 4 dígitos de forma a apenas os investigadores poderem identificar cada questionário.

Análise Estatística

Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências e percentagens, sendo ainda comparadas com recurso ao teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando indicado. As variáveis contínuas são apresentadas como médias e desvios-padrão associados e a sua comparação foi obtida através do teste t-student. De forma a identificar preditores de urgências Não justificadas, foi efetuada uma regressão logística e estimados “*odds ratio (OR)*” com um intervalo de confiança de 95%. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de *p* inferior a 0.05. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software *IBM SPSS STATISTICS*® versão 27.0.

Foram assegurados os pressupostos éticos, tendo sido obtido o consentimento informado de todos os acompanhantes dos participantes antes da sua inclusão no estudo e da entrega do questionário. Este trabalho obteve aprovação da coordenação clínica do SUP onde decorreu bem como da Comissão de Ética do CHUC, com a referência: OBS-SF.09-2023.

RESULTADOS

No período analisado registou-se um total de 462 admissões no S.U. do Hospital Pediátrico do C.H.U.C. com uma média de 15.2 doentes por noite e uma média de idades de 5.41 ± 5.25 anos, variando dos 7 dias e os 17 anos de vida. A maioria dos doentes tinha idade inferior a 5 anos e o sexo masculino foi ligeiramente mais prevalente, tal como indicado na Tabela 1.

Tabela 1 - Características clínicas do episódio de urgência

Sexo, n(%)	
Feminino	191 (41.3)
Masculino	271 (58.7)
Idade (anos), média \pm DP	
Feminino	5.76 \pm 5.36
Masculino	5.16 \pm 5.17
<i>p</i> = 0.230	
Escalões etários, n(%)	
< 1 mês	15 (3.2)
\geq 1 mês - < 2 anos	134 (29.0)
\geq 2A - < 5 anos	110 (23.8)
\geq 5A - < 11 anos	112 (24.2)
\geq 11A - < 18 anos	91 (19.7)
Cor da Triagem, n(%)	
Urgente	
Vermelho	276 (59.7)
Laranja	1 (0.2)
Amarelo	51 (11.0)
Não Urgente	
Verde	224 (48.5)
Azul	186 (40.3)
Proveniência, n(%)	
Exterior	185 (40.1)
Encaminhado pelo SNS 24	1 (0.2)
ARS/Centro de Saúde	51 (11.0)
INEM	224 (48.5)
Transferido de outro Hospital	186 (40.3)
Clínicas Privadas	1 (0.2)

Realização de M.C.D.T. n(%)	
Sim	131 (28.4)
Não	331 (71.6)
Necessidade de tratamento no hospital, n(%)	
Sim	178 (38.5)
Não	284 (61.5)
Observação por Especialidade, n(%)	
Pediatria	426 (92.2)
Cirurgia	16 (3.5)
Ortopedia	17 (3.7)
Otorrinolaringologia	1 (0.2)
Oftalmologia	1 (0.2)
Cardiologia Pediátrica	1 (0.2)
Orientação após observação médica, n(%)	
Alta para domicílio	370 (80.1)
Alta para Consulta Externa	7 (1.5)
Serviço de Internamento	42 (9.1)
Alta para Centro de Saúde	42 (9.1)
Transferência para outro Hospital	1 (0.2)

Cerca de 76% dos doentes proveio do exterior, sem qualquer tipo de encaminhamento. Dos doentes encaminhados ao SUP, a linha SNS 24 foi a entidade que encaminhou mais doentes. No que respeita à triagem CPTAS, à maioria dos doentes foi atribuída prioridade Urgente ou superior. Durante o episódio de urgência, 71.6% não realizou qualquer MCDT, sendo que 61.5% não recebeu tratamento no hospital. A grande maioria dos doentes foi atribuída à área médica (Pediatria). Após a consulta, 80.1% dos episódios tiveram alta hospitalar para o domicílio. Nos doentes encaminhados após a observação, 42% foram referenciados para o Internamento, valor igual à percentagem de doentes com indicação para seguimento do episódio nos CSP (Tabela 1).

Com base no diagnóstico principal do episódio de urgência segundo a classificação ICD-10, os grupos de patologias mais comuns foram a patologia do sistema respiratório (47.2%), seguindo-se a patologia gastrointestinal (incluindo gastroenterite aguda e patologia cirúrgica) (22.3%), como sugere a Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência dos diagnósticos de alta, segundo a classificação ICD-10

Diagnóstico (ICD-10)	n(%)
Patologia Respiratória	218 (47.2)
Infeção TR superior	135 (61.9)
- Nasofaringite aguda	43 (31.9)
- Amigdalite	22 (16.3)
- Laringite/Laringotraqueobronquite	24 (17.8)
- Otite Média Aguda	45 (33.3)
- Mastoidite	1 (0.7)
Sintomas respiratórios isolados	30 (13.8)
Agudização de Asma	28 (12.8)
Infeção do TR inferior	23 (10.6)
Escarlatina	2 (0.9)
Patologia Gastrointestinal**	103 (22.3)
Gastroenterite aguda	37 (35.9)
Síndrome Febril / Exantema	29 (6.3)
Trauma	23 (5.0)
Sintomas Isolados	21 (4.5)
Patologia Genitourinária	13 (2.8)
Convulsões	10 (2.2)
Patologia da Pele e Tecidos Moles	9 (1.9)
Perturbação Psiquiátrica	6 (1.3)
Intoxicação	5 (1.1)
Patologia da Cavidade Oral	4 (0.9)
Perdas Hemáticas	4 (0.9)
Infeção Fúngica ou Parasitária	2 (0.4)
Patologia Osteoarticular	2 (0.4)
Patologia Oftalmológica	1 (0.2)

*12 doentes sem informação

**incluindo patologia cirúrgica

A 4.5% dos doentes foi atribuído apenas um sinal/sintoma e não um diagnóstico de doença (como por exemplo, “Dor Torácica”, “Cefaleia”, “Edema localizado”, “Dor não especificada”). Dentro da patologia respiratória, os diagnósticos mais frequentes foram a Otite Média Aguda, a Nasofaringite aguda e a Asma, salientando-se ainda o elevado número de

doentes apenas com presença isolada de sintomas respiratórios sem diagnóstico final atribuído (Tabela 2).

Das 462 admissões registadas, obtiveram-se 104 (22.5%) questionários válidos, com uma distribuição média de 3.4 por noite. A média de idades deste grupo de doentes foi de 5.46 anos e a maioria dos doentes foi do sexo masculino como indica a Tabela 3.

Tabela 3 - Dados clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário aplicado ao acompanhante

N = 104	
Sexo, n(%)	
Feminino	44 (42.3)
Masculino	60 (57.7)
Idade (anos), média ± DP	
	5.46 ± 5.26
Composição do agregado familiar, n(%)	
Vive com os pais biológicos	90 (86.5)
Família reconstruída	3 (2.9)
Família monoparental (pai)	1 (1.0)
Família monoparental (mãe)	8 (7.7)
Vive com familiar que não os pais	2 (1.9)
Área de Residência, n(%)	
Cidade de Coimbra	31 (29.8)
Área Urbana de Coimbra	13 (12.5)
Fora da Área Urbana de Coimbra	60 (57.7)
Nº de admissões no SU Pediátrico/ano, n(%)	
Menos de 3/ ano	55 (52.9)
Entre 3-6/ ano	33 (31.7)
Entre 6-12/ano	11 (10.6)
Mais de 12/ano	5 (4.8)
Quando foi a última vez que recorreu ao SU Pediátrica?, n(%)	
Há menos de 24h	6 (5.8)
Entre 24 e 48h	1 (1.0)
Entre 48h e 1 semana	9 (8.7)
Entre 1 semana e 1 mês	9 (8.7)
Entre 1 mês e 1 ano	52 (50.0)
Há mais de 1 ano	20 (19.2)
Primeira vez na Urgência Pediátrica	7 (6.7)

Quanto tempo decorreu desde o início do doente até procurar ajuda médica?, n(%)	
Menos 6h	38 (36.5)
Entre 6-12h	15 (14.4)
Entre 12-24h	9 (8.7)
Entre 1-3 dias	19 (18.3)
Entre 3-7 dias	19 (18.3)
Mais 7 dias	4 (3.8)
O doente tem seguimento de rotina no médico de família?, n(%)	
Não	15 (14.4)
Sim	89 (85.6)
O doente que acompanhou tem seguro de saúde?, n(%)	
Não	63 (60.6)
Sim	41 (39.4)
A criança tem alguma doença crónica?, n(%)	
Não	86 (82.7)
Sim	18 (17.3)
Seguimento da doença crónica, n(%)	
Pediatra (SNS)	12 (66.7)
Pediatria (H. Privado)	4 (22.2)
Médico de Família	2 (11.1)
Considera a situação clínica do doente uma verdadeira emergência médica?, n(%)	
Sim	72 (69.2)
Não	14 (13.5)
Não tenho conhecimento suficiente para responder	18 (17.3)
Idade do acompanhante do doente, média ± DP	
Mínimo	18
Máximo	58
Relação de parentesco do acompanhante, n(%)	
Mãe	85 (81.7)
Pai	14 (13.5)
Avós	3 (2.9)
Outros	2 (1.9)

Grau de Escolaridade do acompanhante, n(%)	
1º ciclo	7 (6.7)
2º ciclo	18 (17.3)
3º ciclo	1 (1.0)
Ensino secundário	31 (29.8)
Curso técnico-profissional	4 (3.8)
Licenciatura	24 (23.1)
Mestrado	16 (15.4)
Doutoramento	3 (2.9)
Situação profissional do acompanhante, n(%)	
Contrato de trabalho sem termo	70 (67.3)
Contrato de trabalho de termo	8 (7.7)
Regime de Prestação de serviços	3 (2.9)
Sem contrato de trabalho (independente)	4 (3.8)
Sem contrato de trabalho (empresário)	5(4.8)
Desempregado	14 (13.5)
Autoavaliação da literacia em saúde do acompanhante, n(%)	
1 – Muito pouco conhecimento	2 (1.9)
2 – Pouco conhecimento	24 (23.1)
3 – Conhecimento moderado	51 (49.0)
4 – Bom conhecimento	18 (17.3)
5 – Muito bom conhecimento	9 (8.7)
Mediana (P25-P75)	3.00 (2.25 - 4.00)
Média ± Desvio-padrão	3.08 ± 0.91
Se tivesse conhecimento da existência de uma unidade de CSP com atendimento urgente disponível na proximidade da sua área de residência, ter-se-ia dirigido na mesma ao SUP?, n(%)	
Não	64 (61.5)
Sim	40 (38.5)
Numa escala de 1 a 5, considera a saúde global do doente:	
1 – Muito Má	1 (1.0)
2 – Má	4 (3.8)

3 – Normal	30 (28.8)
4 – Boa	39 (37.5)
5 – Muito Boa	30 (28.8)
Mediana (P25-P75)	4.00 (3.00-5.00)
Média ± Desvio-padrão	3.89 ± 0.90

Quanto à composição do agregado familiar dos doentes, a maioria vive em família nuclear simples fora da área urbana de Coimbra e os dados recolhidos indicam ainda que 52.9% dos doentes têm menos de 3 admissões anuais ao SUP e 4.8% apresenta mais de 12 admissões anuais, podendo considerar-se utilizadores frequentes. A maioria dos doentes observados tem médico de família atribuído e não possui doença crónica diagnosticada (Tabela 3).

No que concerne ao acompanhante, a sua idade média foi de 36.19 anos e correspondia à mãe do doente na generalidade dos casos, com um grau de escolaridade equivalente ao ensino secundário ou superior. Relativamente à autoavaliação da literacia em saúde, os acompanhantes consideraram ter um conhecimento moderado. A maioria dos acompanhantes refere ainda que, caso existisse uma unidade de CSP aberta na proximidade da sua área de residência, quando tomaram a decisão de procurar ajuda médica, essa teria sido a sua primeira opção (Tabela 3).

Em relação ao episódio estudado, apenas 13.5% dos acompanhantes considerou que a situação clínica não correspondia a uma verdadeira urgência médica. Dos doentes que procuraram aconselhamento de um profissional de saúde antes de se dirigirem ao HP do CHUC, dois terços não tiveram indicação para serem observados com urgência por um médico, tendo optado por procurar o SUP. contrariamente à informação recebida. A maioria dos doentes procurou ajuda médica nas 6 horas iniciais após o aparecimento dos primeiros sintomas (Tabela 3).

Através do questionário, avaliaram-se os motivos elencados pelos acompanhantes para recorrerem ao SUP, representados na Figura 1.

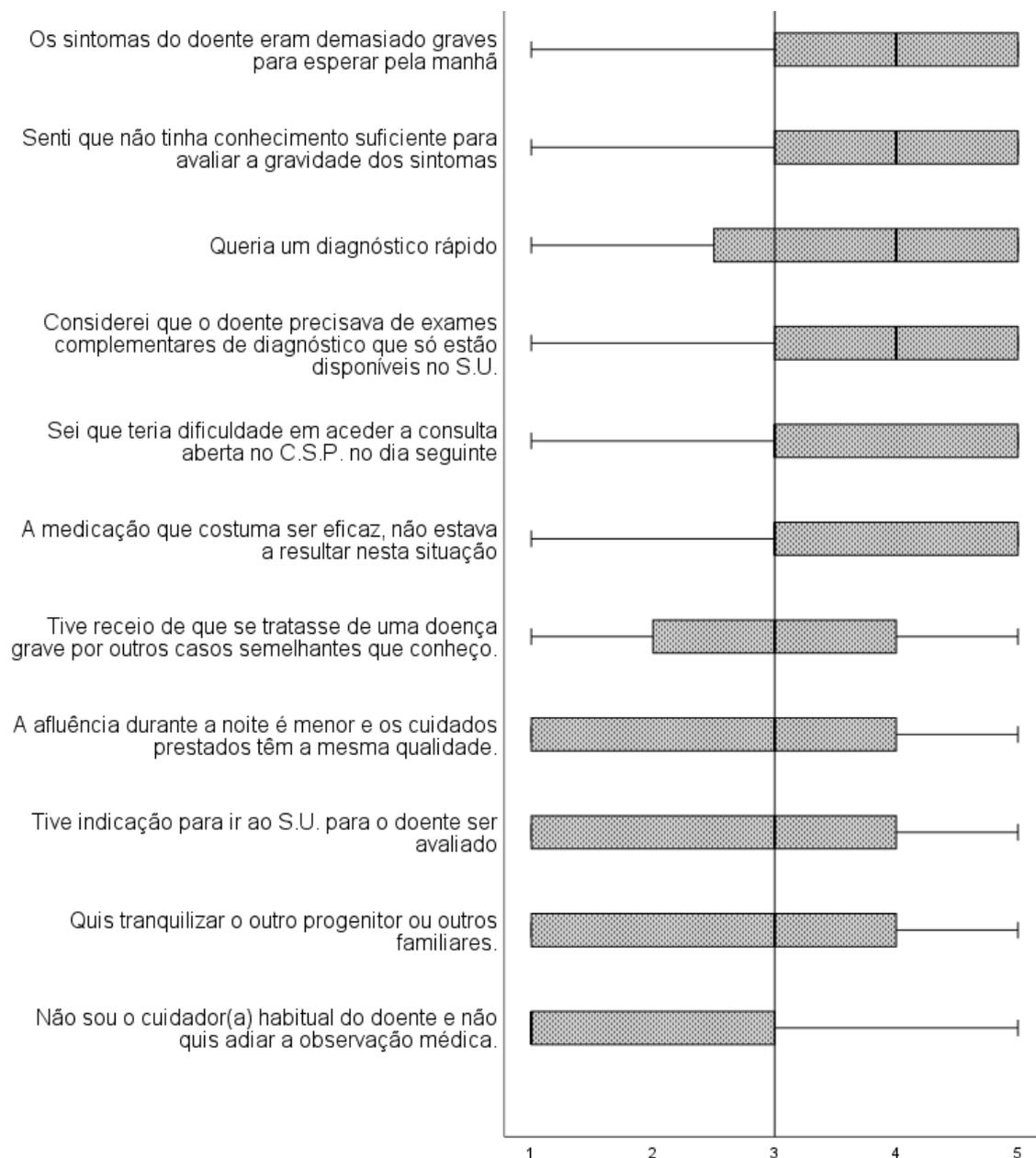


Figura 1– Motivos associados à procura do SUP no período noturno ordenados por ordem decrescente de concordância

Admissões Justificadas vs Não justificadas

As 462 admissões no SUP no período avaliado foram classificadas em dois grupos: admissões Não justificadas e admissões Justificadas explanados na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos do episódio de urgência.

	Não Justificado n = 234 (50.6)	Justificado n = 228 (49.4)	valor p
Idade do doente (média ± DP) n = 462	4.53 ± 4.671	6.31 ± 5.664	<0.001
Proveniência, n(%)			
Exterior	184 (78.6)	167 (73.2)	0.175
Encaminhado pelo SNS24	30 (12.8)	19 (8.3)	0.117
ARS/Centro de Saúde	3 (1.3)	6 (2.6)	0.294
INEM	12 (5.1)	23 (10.1)	0.053
Transferido de outro Hospital	4 (1.7)	13 (5.7)	0.026
Clínicas Privadas	1 (0.4)	0 (0.0)	0.323
n = 462			
Cor da Triagem, n(%)			
Urgente	95 (40.6)	181 (79.4)	<0.001
Não Urgente	139 (59.4)	47 (20.6)	<0.001
n = 462			
Diagnóstico de alta, segundo classificação ICD-10, n(%)			
Respiratória	122 (53.0)	68 (30.9)	<0.001
Agudização de Asma	3(3.0)	25 (17.1)	<0.001
Gastrointestinal**	42 (18.3)	61 (27.7)	0.019
Síndrome Febril/ Exantema	19 (8.3)	10 (4.5)	0.109
Trauma	7 (3.0)	16 (7.3)	0.042
Genitourinária	6 (2.6)	7 (3.2)	0.717
Convulsões	2 (0.9)	8 (3.6)	0.058
Pele e Tecidos Moles	6 (2.6)	3 (1.4)	0.346
Psiquiátrica	5 (2.2)	1 (0.5)	0.112
Intoxicação	1 (0.4)	4 (1.8)	0.162
Cavidade Oral	1 (0.4)	3 (1.4)	0.294
Perdas Hemáticas	1 (0.4)	2 (1.4)	0.290
n = 450***			

** incluindo patologia cirúrgica

***12 doentes sem informação

A média de idades de doentes com episódio Não Justificado é inferior à média de idades dos doentes com episódio de urgência Justificado. Verifica-se ainda que uma percentagem não negligenciável de episódios teve uma triagem não coincidente com a definição de episódio de admissão justificada ao SUP.

Relativamente ao diagnóstico de alta, a patologia do foro respiratório foi mais frequentemente associada a episódio Não Justificado ($p < 0.001$). O diagnóstico de asma agudizada é a exceção pois foi mais frequentemente identificado no grupo com episódio Justificado ($p < 0.001$), estando, associado a um risco 6.749 vezes superior de ter um episódio de urgência Justificado (Tabela 5). O mesmo acontece com o trauma e a patologia gastrointestinal ($p = 0.042$ e $p = 0.019$, respetivamente), associando-se, a segunda, a um risco 1.717 vezes superior de se tratar de um episódio Justificado (Tabela 5).

Tabela 5 - Diagnósticos preditores de episódio de urgência Justificado

	OR (95% IC)*
Agudização de asma	6.749 (1.979 - 23.018)
Patologia Gastrointestinal*	1.717 (1.099 - 2.683)

*OR - *odds ratio*, 95% IC - 95% intervalo de confiança

***incluindo patologia cirúrgica

Foi ainda aplicado o mesmo critério de classificação (episódio de urgência justificado vs não Justificado) aos 104 questionários, como ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação dos grupos “Justificado” vs “Não Justificado” quanto aos critérios clínicos e sociodemográficos obtidos a partir do questionário

	Não Justificado n = 54	Justificado n = 50	valor <i>p</i>
Grau de escolaridade do acompanhante superior ao ensino obrigatório, n (%) n = 104	42 (77.8)	36 (72.0)	0.497
Doença crónica, n (%) n = 104	9 (16.7)	9 (18.0)	0.857
Seguro de Saúde, n (%) n = 104	22 (40.7)	19 (38.0)	0.775

Seguimento no Médico de Família, n (%) n = 104	45 (83.3%)	44 (88.0)	0.499
Tempo decorrido desde o início dos sintomas, n (%) <24h ≥24h n = 104	27 (50) 27 (50)	35 (70) 15 (30)	0.047
Considera a situação clínica do doente uma verdadeira emergência médica?, n(%) Sim Não ou Não tenho conhecimento	8 (14.8) 46 (85.2)	5 (10) 45 (90)	0.458
Nº de admissões ao SU Pediátrico/ano, n(%) <6/ano >6/ano n = 104	44 (81.5) 10 (18.5)	44 (88.0) 9 (12.0)	0.357
Perceção de Saúde Global do doente (média ± DP) n =104	3.80 ± 0.810	4.00 ± 0.990	0.252
Autoavaliação de Literacia em Saúde (média ± DP) n =104	3.09 ± 0.976	3.06 ± 0.843	0.856

Da análise do tempo de devolução da doença constata-se que as admissões em que os sintomas tiveram início há mais de 24 horas associam-se mais a episódios Não Justificados, enquanto entidades com menos de 24h de evolução estão mais associados a episódios Justificados ($p=0,047$), como indica a Tabela 6.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi levado a cabo com a finalidade de caracterizar a procura por cuidados pediátricos urgentes no período noturno no HP do CHUC, reconhecendo a sua extrema relevância para a tomada de decisões com vista à otimização do funcionamento dos SUP em Portugal.

Os resultados deste trabalho sugerem que as admissões noturnas no SUP do HP do CHUC são semelhantes às admissões diurnas no mesmo serviço ou mesmo no S.U.P. de outros hospitais, no que respeita à média das idades e predominância do sexo masculino (12,13,16,19). Em linha com Caldeira et al.(12) está ainda o facto de a generalidade dos doentes recorrer à urgência sem referência prévia.

As patologias mais comuns no período noturno vão de encontro às descritas por vários estudos relativos ao período diurno, sendo a patologia respiratória a mais prevalente, seguindo-se a patologia gastrointestinal (6,12,20) e do trauma(12). De ressaltar que, a informação referente especificamente ao período noturno é escassa na literatura, especialmente nacional, na generalidade das variáveis analisadas neste estudo, lacuna que este trabalho procurou colmatar.

O presente estudo evidencia uma elevada percentagem de admissões não justificadas ao SUP (50.8%), algo compatível com estudos semelhantes, em que esta varia entre os 57.1% e 89% (5,12–16). Contribuem para esta variabilidade os diferentes algoritmos de referência específicos de cada sistema de saúde e, principalmente, a dificuldade em definir com clareza um episódio de urgência não justificada(20). Tal é ainda apoiado pela discordância estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o critério utilizado neste trabalho e aquele em que se baseia a triagem hospitalar (Tabela 4). Verificou-se que a média de idades deste grupo de doentes foi aproximadamente 2 anos inferior, aos doentes com episódio justificado, o que se coaduna com o descrito por outros estudos semelhantes (12,20). Por outro lado, ao contrário do descrito por Caldeira et al (12), não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre as entidades de referência para o SUP e a justificação do episódio de urgência, embora, os dados pareçam sugerir que dos episódios referenciados pela linha SNS 24, a maioria constituiu uma urgência não justificada ao passo que, as referências via INEM eram mais frequentemente episódios justificados. Tal como noutros estudos(12), tempo de evolução dos sintomas superior a 24 horas foi considerado um fator implicado na procura não justificada de cuidados urgentes uma vez que integram o grupo oposto patologias como o trauma e entidades com rápida exacerbação clínica como a agudização da asma.

Em consonância com a literatura (6,12), neste estudo, a patologia respiratória infecciosa mostrou estar associada a uma maior percentagem de admissões não justificadas, o que pode dever-se ao facto de o estudo ter sido levado a cabo num mês de inverno, com elevada incidência de infeções respiratórias na faixa etária predominante. Já o trauma revelou-se um diagnóstico associado a um episódio de urgência justificado. Por sua vez, a agudização da asma e a patologia gastrointestinal mostraram ser fatores preditivos de admissões justificadas. No que diz respeito à agudização da asma, tal decorre do facto de que frequentemente estes doentes necessitam terapêuticas inalatórias ou endovenosas e de monitorização. Em relação à patologia gastrointestinal, a literatura aponta para que o diagnóstico de gastroenterite aguda seja um diagnóstico associado a urgências não justificadas (6,12,16). No entanto, tal não se verificou no presente trabalho, o que estará relacionado com o facto de, nesta categoria, ter sido incluída a patologia cirúrgica abdominal, tornando este grupo um preditor de episódio justificado, constituindo um eventual fator confundidor.

Tal como sugere a literatura, a perceção global da saúde do doente por parte do acompanhante, as habilitações literárias do mesmo, ter Médico de Família atribuído, ter doença crónica diagnosticada ou ser detentor de seguro de saúde são fatores que não se relacionam com a adequação das admissões noturnas ao SUP. (16,20).

O principal motivo elencado pelos acompanhantes para recurso ao SUP foi a noção de falta de conhecimento para avaliar a clínica do doente, o que é concordante com outros estudos (16,20). Salienta-se ainda o facto de o acompanhante considerar que os sintomas eram demasiado graves para esperar pela manhã seguinte e a necessidade da atribuição de um diagnóstico com urgência. Kubicek et al.(20) acrescenta que os acompanhantes consideram que os doentes terão acesso a cuidados de maior qualidade no SUP, e acreditam ainda que os médicos pediatras têm maior capacidade para abordar o episódio. O facto de 69.2% dos acompanhantes ter considerado tratar-se de uma verdadeira urgência médica, contrasta com a triagem efetuada (59.7%) e com a definição de episódio urgente deste estudo (50.8%), refletindo a necessidade de aumentar a educação para a saúde da população. Além disso, 30,8% dos acompanhantes não consideraram o episódio estudado uma verdadeira urgência e, todavia, procuraram um SUP, constituindo uma incongruência que estará relacionada com a inexistência de unidades de CSP disponíveis no período noturno na área geográfica do hospital pois verificou-se que 61.5% dos acompanhantes teria optado pelos CSP em detrimento do SUP no episódio avaliado.

Assim, embora o SNS seja dotado de uma Rede de Referência Hospitalar – RRH. adequada às necessidades da população e aos recursos disponíveis (1), a sua eficiência é

comprometida pelo facto de a acessibilidade aos serviços de saúde bem como a sua escolha dependerem da escolha dos utentes. Tal decorre não apenas da necessidade de melhoria da literacia da população no que diz respeito a informação sobre clínica e doenças no geral, mas, mais importante ainda, da falta de conhecimento dos portugueses acerca de como navegar nos vários tipos de serviços disponíveis, afirmação esta que é apoiada pelo inquérito publicado em 2022 sobre o tema. (21)

Importa ressaltar que a representatividade dos dados apresentados e, por isso, a sua extrapolação estão condicionadas pela janela temporal e estação do ano em que o estudo decorreu bem como pela reduzida dimensão da população incluída. Este facto é de especial relevância nos dados decorrentes do questionário aplicado, já que se revelou um notável desafio a operacionalização da sua recolha no período noturno. Por outro lado, a informação que estes dados permitiram obter foi preponderante no presente estudo e no seu contributo para o conhecimento científico atual sobre o tema.

Assim, além da seleção de uma amostra robusta e representativa de toda a população que o HP do CHUC serve em estudos futuros relacionados, sugere-se a implementação de programas de educação para a saúde que permitam aos cuidadores de doentes em idade pediátrica navegar livre, mas adequadamente, no universo das entidades que constituem o SNS em Portugal.

CONCLUSÃO

A procura por cuidados urgentes no SUP do HP do CHUC no período noturno no mês de fevereiro apresenta uma frequência de patologias semelhante à dos restantes meses do ano neste e noutros HP, sendo que a maioria dos episódios não constitui clinicamente uma verdadeira urgência hospitalar. Relacionam-se com esta realidade a idade do doente, o diagnóstico de alta e o tempo de evolução da doença. Os cuidadores assumem um papel fulcral neste fenómeno já que, por força de uma carência de literacia em saúde, conduzem frequentemente estes casos ao SUP. As entidades que regulamentam as atividades de saúde devem adotar uma postura proativa perante esta realidade, assumindo como missão a promoção da literacia em saúde dos cidadãos e a otimização da utilização dos recursos disponíveis, promovendo o envolvimento dos profissionais de saúde neste processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço os meus pais, o meu maior exemplo de vida, por acompanharem de perto todo este percurso académico e tornarem possível a minha chegada até aqui.

Agradeço à Dra. Ana Teresa Gil e à Professora Doutora Fernanda Rodrigues pela disponibilidade e dedicação na orientação deste trabalho.

Agradeço à Catarina Amaral e à Ana Francisca Neto pelo companheirismo e amizade que fizeram deste um percurso ainda mais bonito.

Agradeço à Beatriz por ser o meu pilar e me mostrar sempre que é possível.

Agradeço a todas as crianças doentes e aos seus pais/acompanhantes pelo enorme carinho com que, ao longo de todas as madrugadas passadas no SUP, se mostraram disponíveis para colaborar neste trabalho e por tudo aquilo que me ensinaram.

REFERÊNCIAS

1. Direcção-Geral da Saúde – Direcção de serviços de planeamento. Rede de referenciação hospitalar de urgência/ emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 2001.
2. Pereira, A., Corredoura, A. S., Garrido, A. S., Marques, A., Prospero, F., Sousa, F., Penedo, J., Machado, H., Alexandre, J., Pimentel, R., Gomes, S., & Cruz, D. (2019) 31 Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>.
3. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* janeiro de 2000;35(1):63–8.
4. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Bavestrello Piccini G, Longhitano Y, Zanza C, et al. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med.* 14 de fevereiro de 2022;12(2):279.
5. Vedovetto A, Soriani N, Merlo E, Gregori D. The Burden of Inappropriate Emergency Department Pediatric Visits: Why Italy Needs an Urgent Reform. *Health Serv Res.* agosto de 2014;49(4):1290–305.
6. Katz M, Warshawsky SS, Porat A, Press J. Appropriateness of pediatric admissions to a tertiary care facility in Israel. *Isr Med Assoc J IMAJ.* julho de 2001;3(7):501–3.
7. Salway RJ, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2017;28(2):213–9.
8. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. 2015 ago [citado 23 de dezembro de 2022]. (OECD Health Working Papers; vol. 83). Report No.: 83. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
9. Martins M, Marques R, Sousa M, Valério A, Cabral I, Almeida F. Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Port.* 4 de maio de 2020;33(5):311–7.

10. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med.* março de 2015;10(2):171–5.
11. OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence – rapport sur la réunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse, 24-28 février 1979. Rapport et études Euro 95. Bureau Régional de l'Europe, Copenhague: OMS, 1981.
12. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica.
13. Rafael MS, Portela S, Sousa P, Fernandes AC. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Sci Medica.* 25 de janeiro de 2017;27(1):ID24919–ID24919.
14. Vinelli N, Mannucci C, Laba N, Vecchio L, Valerio A, Lago M, et al. Consultas no urgentes al departamento de urgências de un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1): 8-13.
15. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V. Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Med Sci Monit.* 28 de agosto de 2017;23:4141–8.
16. Freitas AC, Moreira AR, Tomé S, Cardoso R. Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. 2016;
17. Athey J, Dean JM, Ball J, Wiebe R, MELESE-d'HOSPITAL I. Ability of hospitals to care for pediatric emergency patients: *Pediatr Emerg Care.* junho de 2001;17(3):170–4.
18. Pordata: Estatísticas sobre Portugal e Europa. Censos de Portugal em 2021: resultados por tema e por concelho. [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
19. Massin MM, Montesanti J, Gérard P, Lepage P. SPECTRUM AND FREQUENCY OF ILLNESS PRESENTING TO A PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT. *Acta Clin Belg.* agosto de 2006;61(4):161–5.
20. 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.* outubro de 2012;28(10):977–84.

21. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de abril de 2022;19(7):4225.

ANEXOS

Anexo 1 – Exemplar do questionário aplicado aos cuidadores.



ESTUDO DA AFLUÊNCIA NOTURNA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Caros pais e cuidadores,

Nos últimos anos, tem sido percecionado o aumento da afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica - SUP no período noturno. Este estudo científico, integrado na Tese de Mestrado Integrado em Medicina de Pedro Soares Mota Reis aluno do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tem como objetivo caracterizar, do ponto de vista clínico e sociodemográfico, os doentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra durante o período noturno (entre as 0h e as 8h). Com este breve formulário, pretende analisar-se os principais fatores que se associam ao aumento da preocupação dos pais e que motivam o recurso ao Serviço de Urgência durante este período, potenciando a afluência ao mesmo. Com base nos resultados da investigação, serão estudadas e propostas medidas que permitirão melhorar a organização dos cuidados de saúde pediátricos para corresponder melhor às necessidades da criança doente e sua família.

A sua resposta a este inquérito e participação no estudo, está a contribuir para esta finalidade.

Ao participar de forma livre e informada concorda com o descrito no documento "INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE

Identificação do utente

De forma a anonimizar a identificação e dados do utente, o preenchimento do campo seguinte criará um código de referência do formulário.

Isto torna possível APENAS ao investigador principal a completa identificação do utente.

1. Responda com a seguinte sequência de caracteres:
- 1.ª letra do segundo nome da criança/adolescente;
 - Último número do ano de nascimento da criança/adolescente;
 - Último número do mês de nascimento da criança/adolescente;
 - 1.ª letra do do último nome da criança/Adolescente.

(Nota: a resposta a esta questão será do tipo: "A47T").

*

Questões relativas ao doente

2. Idade (em anos)

(Nota: No caso de a criança ter idade inferior a 1 ano, a resposta deve ser "0"). *

3. Composição do agregado familiar da criança/adolescente

*

- Família nuclear/simples (vive com os pais biológicos).
- Família reconstruída (existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes, de relações anteriores de um ou ambos os cônjuges).
- Família monoparental paterna (vive exclusivamente com o pai).
- Família monoparental materna (vive exclusivamente com a mãe).
- Vive com outro familiar que não o pai ou a mãe.
- Família adotiva.
- Instituição de Acolhimento de Crianças e Jovens.

Outra

4. Área de residência *

- Reside na cidade de Coimbra
- Reside na área urbana de Coimbra
- Reside fora da área urbana de Coimbra
- Outra

5. Número de admissões um Serviço de Urgência Pediátrico/Ano.

Nesta questão, solicitamos que responda com um número médio de idas por ano um serviço de urgência pediátrica desde o nascimento da criança/adolescente. *

- Menos de 3 admissões/ano
- Entre 3 e 6 admissões/ano
- Entre 6 e 12 admissões/ano
- Mais de 12 admissões/ano

6. Quando foi a última vez que recorreu a este Serviço de Urgência Pediátrica?

(Nota: nesta questão, excluimos o episódio de doença que motivou a admissão atual.) *

Há menos de 24h

Entre 24h e 48h

Entre 48h e 1 semana

Entre 1 semana e 1 mês

Entre 1 mês e 1 ano

Há mais de um ano

Outra

Questões relativas à pessoa que trouxe a criança/adolescente ao Serviço de Urgência.

7. Idade da pessoa que trouxe a criança/adolescente ao Serviço de Urgência (em anos). *

8. Relação de parentesco com a criança/adolescente. *

Mãe

Pai

Avô/Avó

Outra

10. Situação Profissional da pessoa que acompanhou a criança ao Serviço de Urgência. *

- Contrato de trabalho sem termo
- Contrato de trabalho de termo
- Contrato de prestação de serviços (recibos verdes ou semelhante)
- Não tem contrato de trabalho (trabalha por conta própria (trabalho independente))
- Não tem contrato de trabalho (trabalha por conta própria (empresário (a)))
- Desempregado (a)
- Outra

11. Autoavaliação da literacia em saúde.

(Qual o nível de conhecimento que considera ter na área da saúde e de doenças em geral?) *

- 1 - Muito pouco conhecimento
- 2 - Pouco conhecimento
- 3 - Conhecimento moderado
- 4 - Bom conhecimento
- 5 - Muito bom conhecimento

12. A criança que acompanhou a Serviço de Urgência tem alguma doença crónica diagnosticada? *

Sim

Não

13. Qual a doença crónica da criança/adolescente que referiu na questão questão anterior? *

14. Como é feito o seguimento da doença acima mencionada? *

Pediatra do SNS

Pediatra privado

Médico de família

Outra

17. No caso se ter respondido que sim na questão anterior, foi a entidade a que se dirigiu que realizou o encaminhamento para o Serviço de Urgência? *

- Sim
- Não
- Não, mas continuei com dúvidas e vim por iniciativa própria
- Não, mas a situação agravou e vim por iniciativa própria

18. Quanto tempo decorreu desde o início dos sintomas na criança/adolescente até à sua admissão no Serviço de Urgência? *

- Menos de 6h
- Entre 6h e 12h
- Entre 12 e 24h
- Entre 1 a 3 dias
- Entre 3 e 7 dias
- Mais de 7 dias

19. A criança/adolescente tem seguimento de rotina no médico de família? *

Sim

Não

Outra

20. Numa escala de 1 a 5, considera a saúde global da criança/adolescente: *

1-Muito má

2-Má

3-Normal

4-Boa

5-Muito boa

24. Pergunta *

	Discordo totalmente	Discordo	Não se aplica	Concordo	Concordo totalmente
1. Queria um diagnóstico rápido.	<input type="radio"/>				
2. Os sintomas eram demasiado graves para esperar pela manhã.	<input type="radio"/>				
3. A medicação que costuma ser eficaz, não estava a resultar.	<input type="radio"/>				
4. Considerei que o meu filho precisava de exames complementares de diagnóstico só disponíveis no Serviço de Urgência.	<input type="radio"/>				
5. A afluência durante a noite é menor e os cuidados têm a mesma qualidade.	<input type="radio"/>				
6. Foi-me dada indicação para ir ao Serviço de Urgência.	<input type="radio"/>				

7. Tive receio de que se tratasse de uma doença grave por conhecer outros casos semelhantes

8. Não sou o cuidador habitual não quis adiar a observação médica.

9. Quis tranquilizar o outro progenitor ou familiares.

10. Senti que não tinha conhecimento suficiente para avaliar a gravidade dos sintomas.

11. Sei que teria dificuldade em conseguir consulta de MFG no dia seguinte.