



Análise da referenciação ao Serviço de Urgência Pediátrico

Isabel Carvalho, Graça Ferreira, António Vilarinho

Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Resumo

Contexto. Nos Serviços de Urgência Pediátricos, os doentes referenciados por outros profissionais de saúde representam uma proporção importante dos atendimentos diários. A actuação coordenada entre os cuidados de saúde primários e secundários permitiria uma melhor assistência à população e racionalização dos recursos de saúde.

Objectivos. Identificar os motivos e a adequação da referenciação de crianças ao Serviço de Urgência, quais as atitudes em meio hospitalar após a sua observação clínica.

Metodologia. Estudo descritivo transversal, com componente analítico, das crianças referenciadas à Urgência de Pediatria, nos dias úteis das 08:00 às 24:00, no período de Fevereiro a Julho de 2003. A referenciação foi considerada adequada caso se verificasse algum dos seguintes critérios: necessidade de realização de exames, necessidade de observação por outra especialidade, terapêutica no Serviço de Urgência ou necessidade de internamento.

Resultados. A amostra obtida foi de 132 crianças, das quais 25% foram referenciadas por falta de capacidade de atendimento no Centro de Saúde. A referenciação pelos Centros de Saúde (65%) ocorreu principalmente no período das 12:00 às 20:00 (60%). O principal motivo de envio foi a sintomatologia respiratória (28,3%). No Serviço de Urgência, em 58,6% dos doentes foram realizados exames complementares de diagnóstico e foi necessária a observação por outra especialidade em 18,2% dos casos. Em 53,5% das crianças o diagnóstico definitivo foi infecção respiratória. A maioria (53%) necessitou de terapêutica no Serviço de Urgência e a necessidade de internamento verificou-se em 15% dos casos. A referenciação foi considerada adequada em 82% da amostra.

Conclusões. É fundamental o reforço de médicos nos Centros de Saúde, nomeadamente a existência do Pediatra Comunitário, a realização de alguns exames complementares, bem como alguns tipos de terapêutica. A melhoria da ligação comunidade/serviços de saúde e a adequação do recurso às urgências hospitalares reduziria o número de crianças observadas no Serviço de Urgência Pediátrico.

Palavras-chave: Urgência pediátrica, referenciação, adequação.

Acta Pediatr Port 2006;3(37):95-100

Analysis of Pediatric emergency department's referral

Abstract

Background. In Paediatric Emergency Departments, the patient's referral by other health professionals represents an important proportion of the daily attendance. Coordinated action between primary and secondary health care systems would allow a better assistance to the population and the rationalization of health resources.

Objective. To identify the causes and adequacy of referral of children to the Paediatric Emergency Department and the attitudes taken at the hospital after their clinical observation.

Methods. A cross-sectional study with analytic component was performed during workdays from 08:00 to 24:00, from February to July 2003, focussing infants referred to the Paediatric Emergency Department by other health care units. The referral was considered as adequate if some of the following was verified: need for complementary exams, observation by another specialty, therapy in the Emergency Department or admission required.

Results. A sample of 132 children was obtained. 25% were referred due to the absence of attending capacity at Primary Care Centres. The majority was referred by Primary Care Centres (65%), in the period of 12:00 to 20:00 (60%). The main motive for referral was related to respiratory symptoms (28.3%). In the Emergency Department, complementary exams were carried out in 58.6% of the patients and the observation by another specialty was necessary in 18.2% of the cases. The majority (53%) needed therapy in the Emergency Department. Respiratory infection was the definite diagnosis in 53.5% of the children. Admission was required in 15% of the cases. Referral was considered as adequate in 82% of the sample.

Conclusions. Increasing the number of Primary Care Health physicians and the existence of Community Paediatricians, as well as the possibility of performing some complementary exams and therapies, should contribute for the reduction of the number of infants referred to Emergency's departments and to a better adequacy of referral, resulting in an improvement in health care services.

Recebido: 20.12.2005
Aceite: 07.06.2006

Correspondência:

Isabel Carvalho
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Unidade 2
Rua Dr. Francisco Sá Carneiro
4400 Vila Nova de Gaia
E-mail: carvalho.isabel@gmail.com

Key-words: Paediatric emergency, referral, adequacy.

Acta Pediatr Port 2006;3(37):95-100

Introdução

A população residente na Região Norte era em 2001 de 3.727.300 residentes, dos quais 255.680 com idades compreendidas entre os 0-14 anos. Vila Nova de Gaia (VNG) é o Concelho mais populoso da Região Norte, com 287.749 indivíduos (Censos 2001), sendo aquele com maior ganho na população residente entre 1991 e 2001 (mais 39.000 habitantes)¹.

Em VNG existem seis Centros de Saúde (CS): Arcozelo, Barão do Corvo, Boa Nova, Oliveira do Douro, Carvalhos e Soares dos Reis, e dois Serviços de Atendimento de Situações Urgentes (SASU): Soares dos Reis e Carvalhos. O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia é a única entidade prestadora de cuidados de saúde secundários.

De acordo com um protocolo de actuação estabelecido com os vários centros de saúde em Julho de 1998, as crianças devem, em situação de doença aguda, dirigir-se ao centro de saúde em que estão inscritos. Caso este não disponha de capacidade de atendimento, devem ser encaminhados para o SASU, que funciona nos dias úteis das 20:00 às 24:00 e aos fins-de-semana e feriados das 08:00 às 24:00. Nos dias úteis, no período das 08:00 às 20:00, o doente é referenciado ao Serviço de Urgência de Pediatria (SU) sempre que o profissional do centro de saúde considere necessário. Outros locais que referenciam crianças para o SU de Pediatria são as clínicas, consultórios privados e hospitais.

Os objectivos deste estudo foram identificar os motivos de referenciação ao SU de Pediatria, quais as atitudes seguidas em meio hospitalar e determinar qual a proporção de adequação da referida referenciação.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal com componente analítico no período de Fevereiro a Julho de 2003. Seleccionou-se uma amostra por etapas sucessivas. Do total de dias de urgência foram aleatoriamente seleccionados quinze dias úteis (segunda e terça feiras) das 08:00 às 24:00, nos quais se recolheram os dados das crianças referenciadas ao SU.

Consideraram-se como critérios de inclusão: crianças enviadas pelos centros de saúde, pediatra assistente, clínicas privadas e outros hospitais e crianças enviadas do seu centro de saúde pela incapacidade de capacidade de atendimento do mesmo.

A recolha de dados foi efectuada através do preenchimento de um formulário pelo médico do SU após a observação da criança (Anexo).

A referenciação foi considerada adequada quando cumpria algum dos seguintes critérios: realização de exames complementares de diagnóstico, necessidade de internamento, necessidade de observação por outra especialidade (que não a Pediatria), necessidade de tratamento em meio hospitalar.

As respostas obtidas foram codificadas e registadas em suporte informático (Microsoft Excel®). Para a análise dos dados utilizou-se o programa informático SPSS for Windows 13.0. Na análise estatística utilizaram-se os testes de qui-quadrado e exacto de Fisher. Considerou-se estatisticamente significativo um $p < 0,05$.

Resultados

A amostra obtida foi de 132 crianças. Destas, 25% foram enviadas pelo administrativo do CS referindo incapacidade de atendimento do mesmo, reduzindo a amostra total para 99 crianças. A proporção de crianças referenciadas variou entre 7-16% do total de crianças observadas no SU nos dias analisados.

A mediana da idade foi de 2,5 anos, com uma idade mínima de 5 dias e máxima de 14 anos. Quarenta e um por cento tinham idades compreendidas entre 1 e 5 anos.

O período de tempo de maior referenciação ao SU de Pediatria foi entre as 12:00 e as 20:00 (60%), sendo apenas 17% da amostra referenciada no período da manhã (08:00 às 12:00).

Os locais de referenciação foram: CS (65%), SASU (12%), hospitais (9%), pediatra assistente (2%) e outros (12%). A referenciação pelo CS ocorreu maioritariamente no período da tarde (72%) e pela consulta de reforço (53%). Apenas 30% foram observadas pelo seu próprio médico assistente. A referenciação por hospitais correspondeu na maioria (66%) a crianças observadas no nosso próprio hospital e que necessitaram de reavaliação 24 a 48 horas após o primeiro recurso ao SU.

Analisando as crianças referenciadas por um médico no centro de saúde, num hospital, no SASU ou clínica privada, verificamos que o principal motivo de envio foi a sintomatologia respiratória (28,3%). Doze por cento foram enviadas unicamente pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico (EAD) e 12% pela necessidade de observação por outra especialidade que não a Pediatria (Figura 1). Relacionando o motivo com o local de envio verificou-se que o principal motivo de envio de todos eles foi a sintomatologia respiratória. O CS referenciou também crianças com sintomatologia gastrointestinal (19%) e pela necessidade de realização de EAD (17%), enquanto que do SASU,

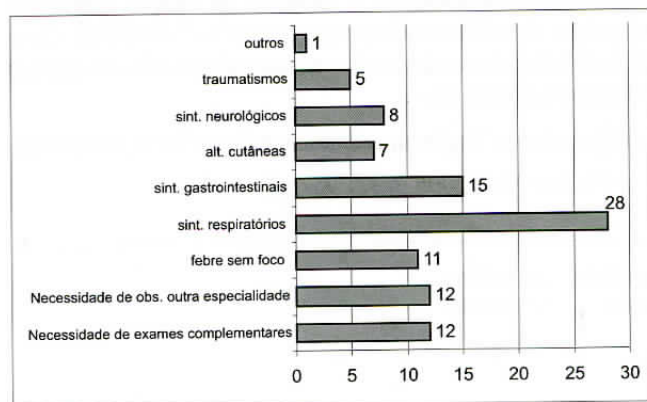


Figura 1 – Motivo de referenciação ao Serviço de Urgência de Pediatria. (alt. – alterações; obs. – observação; sint. – sintomas).

outros motivos importantes de referenciação foram a febre sem foco (17%) e sintomatologia neurológica (17%), nomeadamente convulsões e meningismo.

No grupo etário de um a cinco anos a referenciação ocorreu principalmente por sintomas respiratórios (34%) e febre sem foco (19,5%). A maior proporção de referenciação pela necessidade de realização de EAD ocorreu nas crianças com menos de 1 ano de idade (Quadro I).

A atitude no SU dividiu-se em simples observação clínica (40,4%) e observação com realização de exames complementares (58,6%). Em todas as referenciações ocorridas unicamente pela necessidade de realização de algum exame complementar, este foi necessário, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p = 0,03$). Cerca de metade (54,5%) das referenciações por febre sem foco não necessitaram de exames complementares (Quadro II).

Os exames complementares foram agrupados em cinco categorias: analíticos (hemograma, bioquímica, PCR), fita teste urinária, microbiológicos (hemocultura, Uricult., coprocultura, cultura de liquor), imagiológicos (radiografia, tomografia computadorizada, ecografia, ressonância nuclear) e outros (serologias e estudo imunológico).

Os exames complementares realizados corresponderam em 72% a exames imagiológicos, sendo a radiografia pulmonar o

exame de eleição, efectuada em 94% das crianças enviadas por sintomatologia respiratória. Em 18 referenciações (31%) efectuou-se mais do que um tipo de exame complementar. O “rastreo séptico” foi realizado em 22% das crianças, sendo mais frequente em crianças com menos de um ano de idade (41%) e nas referenciadas pela necessidade de EAD (27%). Menos de metade das crianças com febre sem foco (40%) realizaram “rastreo séptico”.

No SU, a maioria das crianças referenciadas foi observada apenas pelo pediatra (80,8%). As outras especialidades mais solicitadas foram otorrinolaringologia (61%) e cirurgia pediátrica (33%). Cinquenta e oito por cento das referenciações pela “necessidade de observação por outra especialidade” necessitaram de facto dessa observação, sendo também esta relação estatisticamente significativa ($p = 0,02$).

Em 53% das crianças referenciadas foi necessária a realização de alguma terapêutica no SU. A aerossolterapia foi a mais frequente (27%), tendo sido prescrita em 78,6% das referenciações por sintomatologia respiratória.

O diagnóstico de saída foi patologia respiratória em 53,5% dos casos, sendo este o principal diagnóstico entre as referenciações por febre sem foco (73%).

Analisando o total de crianças enviadas nas quais foi diagnosticada patologia respiratória verificamos que a maioria (55%)

Quadro I – Distribuição do motivo de referenciação por idade.

Motivo de Referenciação	Idade (anos)				Total
	< 1	≥ 1 < 5	≥ 5 < 10	≥ 10 < 14	
Patologia respiratória	6	14	8	0	28
Patologia gastrointestinal	5	6	3	1	15
Febre sem foco	3	8	0	0	11
Patologia neurológica	0	3	4	1	8
Doença dermatológica	1	3	3	0	7
Traumatismos	2	3	0	0	5
Realização de exames complementares	6	2	2	2	12
Observação por outra especialidade	1	2	6	3	12
Outros	0	0	0	1	1
Total	24	41	26	8	99

Quadro II – Distribuição do motivo de referenciação por atitude no Serviço de Urgência.

Motivo de Referenciação	Atitude no SU			Total
	Observação clínica	Realização de exames complementares	Desconhecida	
Patologia respiratória	12	16	0	28
Patologia gastrointestinal	9	6	0	15
Febre sem foco	6	5	0	11
Patologia neurológica	4	3	1	8
Doença dermatológica	3	4	0	7
Traumatismos	0	5	0	5
Realização de exames complementares	0	12	0	12
Observação por outra especialidade	6	6	0	12
Outros	0	1	0	1
Total	48	58	1	99

correspondeu a bronquiolite / infecção das vias aéreas inferiores. Outras patologias respiratórias foram a otite média aguda (17%), infecção das vias aéreas superiores (amigdalite, laringite aguda, rinfaringite aguda) (23%), crise de asma (9%) e suspeita de aspiração de corpo estranho (2%).

As restantes tiveram como diagnósticos de saída: doença gastrointestinal (gastroenterite aguda, vômitos) (16%), infecção urinária (1%), patologia cirúrgica (6%), exantemas (6%), síndrome viral (2%), traumatismos (5%) e doença neurológica (4%).

Sessenta e oito por cento das crianças referenciadas foram orientadas para o seu médico assistente e 16% para a consulta externa. O internamento verificou-se em 15% e predominou nos casos de patologia respiratória (26,7%) e gastrointestinal (20%).

Das crianças com necessidade de terapêutica para o domicílio (84%), 36% foram medicadas com antibiótico e destas, 97% corresponderam a patologia respiratória ($p = 0,00$). Outras

terapêuticas prescritas foram: hidratação oral fraccionada (11%) e broncodilatadores / desobstrução nasal com soro fisiológico (19%).

A maioria (41%) das crianças referenciadas permaneceu no SU 1 a 3 horas. O período de tempo relacionou-se principalmente com a necessidade de realização de EAD, uma vez que a maioria das crianças que não os necessitaram (51%) permaneceu no SU menos de 1 horas e que as que necessitaram permaneceram 1 a 3 horas (54,5%).

De acordo com os critérios estabelecidos, a referenciação foi considerada inadequada em 18% dos casos, correspondendo em 28% a crianças enviadas por febre sem foco (Quadro III). A referenciação foi adequada em 100% dos casos referenciados pela necessidade de realização de EAD e por traumatismos. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a adequação da referenciação e a idade da criança, a proximidade do Centro de Saúde e a hora de envio.

Quadro III – Distribuição do motivo de envio e adequação da referenciação.

Motivo de Referenciação	Referenciação		Total
	Adequada	Inadequada	
Patologia respiratória	25	3	28
Patologia gastrointestinal	13	2	15
Febre sem foco	6	5	11
Patologia neurológica	5	3	8
Doença dermatológica	5	2	7
Traumatismos	5	0	5
Realização de exames complementares	12	0	12
Observação por outra especialidade	9	3	12
Outros	1	0	1
Total	81	18	99

Discussão

O recurso a um Serviço de Urgência Pediátrico relaciona-se com vários factores: a falha na capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, a residência a menos de 10 quilómetros do hospital da área, idade da criança inferior a 7 anos e o tempo de evolução da doença (1 a 4 dias)²⁻⁵. Estes factores conduzem à designação de “hiperfrequentadores” de urgências: crianças trazidas repetidamente ao SU, na sua maioria por situações clínicas não urgentes³. Verifica-se que os pais destas crianças correspondem também a “hiperfrequentadores”⁶.

Este conceito justifica provavelmente o facto das crianças analisadas neste estudo corresponderem a uma proporção pequena do número total de crianças observadas no SU. Ou seja, as crianças que recorrem repetidamente ao SU sem serem observadas inicialmente por outro médico, logo, sem serem referenciadas, são as que contribuem para o elevado número de atendimentos diários nos serviços de Urgência Pediátricos.

No estudo apresentado, e de acordo com a época em que foi realizado (Fevereiro a Julho), a maior percentagem de refe-

renciações ocorreu por patologia respiratória, nomeadamente por bronquiolites / infecções respiratórias. No entanto, questionamo-nos acerca da elevada percentagem de crianças que realizaram exames radiológicos e que foram medicadas com antibiótico. Tal poderá ser justificado pela incapacidade em reavaliar a grande maioria das crianças observadas no SU, quer pela ausência de pediatras nos centros de saúde, quer pelo número insuficiente de clínicos gerais, uma vez que a reavaliação clínica da criança às 24 a 48h permitiria uma melhor adequação da terapêutica prescrita.

É de salientar a existência de uma proporção significativa de crianças (25%) referenciada pelo administrativo do CS, não sendo correctamente avaliados o tipo de patologia e a sua gravidade. A diminuição do número de médicos no período da tarde, assim como o número insuficiente dos mesmos impedindo o funcionamento regular da consulta de reforço, poderá justificar a maior proporção de referenciação no período das 12:00 às 20:00 horas.

Quando comparamos os resultados obtidos com outros estudos, nomeadamente em Espanha, verificamos que a proporção de inadequação do nosso estudo é bastante inferior

(18% vs. 65%-69%)^{5,7,8}. No entanto, a variabilidade percentual relaciona-se com os critérios de adequação utilizados, muitas vezes subjectivos, e com o tipo de amostra estudada. Em Portugal existem poucos estudos publicados relativamente a este tema. Num estudo realizado na área de Lisboa, em que se pretendeu determinar os principais motivos de recurso à urgência de Pediatria, verificou-se que 48% das crianças referenciadas necessitaram de cuidados hospitalares, o que se aproxima da proporção obtida no nosso estudo ⁹.

A elevada proporção de adequação na referenciação de crianças ao SU resulta dos critérios estabelecidos na metodologia deste estudo e, consequentemente, do facto de uma proporção significativa da amostra ter necessitado de algum tipo de terapêutica em meio hospitalar. Ou seja, os doentes são, na sua maioria, correctamente referenciados uma vez que os CS não dispõem de EAD, alguns tipos de terapêutica, nomeadamente aerossolterapia, e de pediatra.

Conclusões

O reforço dos Cuidados de Saúde Primários é prioritário, uma vez que 25% dos doentes desta amostra foram referenciados sem observação médica. Deste modo, a existência de mais médicos nos CS, assim como a criação do Pediatra Comunitário, permitirá aumentar a sua capacidade de resposta, assim como o grau de confiança da população nos Cuidados de Saúde Primários. Tal reduziria o afluxo de crianças ao SU de Pediatria e contribuiria para a criação de normas de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e as urgências hospitalares de Pediatria.

A possibilidade de realizar algumas terapêuticas nestas unidades, em particular aerossolterapia e exames comple-

mentares de diagnóstico (radiografia de tórax, análises) poderá também ser relevante para a melhoria da ligação comunidade/hospital e adequação do recurso às urgências hospitalares.

Referências

1. Censos 2001 – Instituto Nacional de Estatística. Acessível em <http://www.ine.pt>
2. Armentina SLL, Celada SR, Rabanal MG, Fernández MG, Abdallah I, Aparicio HG. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996;44:121-5.
3. Fuente DO, Moreno SP. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *An Pediatr* 2003;58:23-8.
4. Marco GMT, Rodríguez FM, Gobierno HJ, Gonzalez GT, Cabrera LA, Perez ML. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Aten Primaria* 1994;14:873-6.
5. Antón MD, Pena JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Perula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992;99:743-6.
6. Mistry RD, Hoffmann RG, Yauck JS, Brousseau DC. Association between parental and childhood emergency department utilization. *Pediatrics* 2005;115:147-51.
7. Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abdallah I, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996;44:121-5.
8. Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Aten Primaria* 1994;7:873-6.
9. Barroso MJ, Ferreira GC, Machado MC, Lemos PS. Referenciação Pediátrica – Que relidade? *Acta Pediatr Port* 2003;34(2):89-93

Anexo – Questionário utilizado.

1. Sexo:	1) Masculino / 2) Feminino
2. Idade:	1) ≤ 1 ano / 2) $> 1 \leq 5$ anos / 3) $> 5 \leq 10$ anos / 4) $> 10 \leq 14$ anos
3. Período de chegada ao SU:	1) 8 - 11.59 H / 2) 12 - 19.59 H / 3) 20 - 24 H
4. Local de envio:	1) Centro de Saúde / 2) SASU / 3) Hospital / 4) Pediatra assistente / 5) Outros
5. CS de envio:	1) Soares do Reis / 2) Carvalhos / 3) Boa Nova / 4) Arcozelo / 5) Barão do Corvo / 6) Oliveira do Douro / 7) Outros
6. Profissional do CS:	1) Médico assistente / 2) Consulta de reforço
7. Qual o SASU:	1) Soares do Reis / 2) Carvalhos
8. Qual o Hospital:	_____
9. Motivo de envio:	1) Sem capacidade de atendimento / 2) Necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico / 3) Necessidade de observação por outra especialidade (que não a Pediatria) / 4) Febre sem foco / 5) Sintomas respiratórios / 6) Sintomas gastrointestinais / 7) Alterações cutâneas / 8) Sintomas neurológicos / 9) Traumatismos / 10) Outros
10. Atitude no SU:	1) Apenas observação clínica / 2) Observação clínica e realização de exames complementares
11. Qual ou quais os exames realizados?	1) Estudo analítico (Hemograma, Bioquímica, PCR) / 2) Fita teste urinária / 3) Estudos microbiológicos (Uricult, Hemocultura,...) / 4) Imagiológicos (Radiografia, TAC, Ecografia, RMN) / 5) Outros (serologias, imunologia,...)
12. Qual ou quais as especialidades?	1) ORL / 2) Cirurgia / 3) Ortopedia / 4) Outras
13. Terapêutica no SU:	1) Nenhuma / 2) Aerossoloterapia / 3) Antipirético, analgésico / 4) Hidratação oral fraccionada / 5) Outra
14. Diagnóstico definitivo:	1) Doença respiratória (passa a 16) / 2) Doença gastrointestinal / 3) Patologia genitourinária / 4) Patologia cirúrgica / 5) Doença dermatológica / 6) Febre de provável etiologia vírica / 7) Traumatismos / 8) Doença neurológica / 9) Outros
15. Qual a doença respiratória?	1) Otite / 2) Bronquiolite / Infecção das Vias Aéreas Inferiores / 3) Infecção das Vias Aéreas Superiores / 4) Crise de asma / 5) Outra
16. Orientação:	1) Médico Assistente / 2) Consulta externa / 3) Internamento
17. Terapêutica para o domicílio:	1) Nenhuma / 2) Antipirético / 3) Broncodilatador / 4) Antibiótico / 5) Reforço hídrico oral / 6) Outra
18. Tempo de permanência no SU:	1) ≤ 1 H / 2) $> 1 \leq 3$ H / 3) $> 3 \geq 6$ H / 4) > 6 H