

Casuística do Internamento Pediátrico de Curta Duração de um Hospital Terciário: Uma Nova Realidade?

Case Series from a Paediatric Short Stay Unit in a Tertiary Hospital: A New Picture?

Rosa Martins, Catarina Salgado, Rita Espírito Santo, Cátia Pereira, Gabriela Araújo e Sá, Maria do Céu Machado
Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Acta Pediatr Port 2017;48:137-46

Resumo

Introdução: A sala de observação pediátrica e a unidade de internamento de curta duração têm como finalidade o internamento de doentes instáveis ou cujo internamento se espera breve. A análise dos resultados é importante para aferir a qualidade. Pretendeu-se caracterizar os internamentos na sala de observação pediátrica / unidade de internamento de curta duração do serviço de urgência pediátrica de um hospital terciário.

Métodos: Estudo retrospectivo dos internamentos na sala de observação pediátrica / unidade de internamento de curta duração durante um período de um ano, com base na revisão dos processos clínicos.

Resultados: Registaram-se 1557 internamentos, 3,9 % das admissões no serviço de urgência pediátrica. A mediana da idade foi de 5 anos e 55,9% eram do género masculino. A patologia aguda foi responsável por 71% dos internamentos, a agudização de doença crónica por 19,9% e o recobro de cirurgias / técnicas por 8,7%. A mediana da duração do internamento foi de 13 horas, superior nos meses de inverno ($p = 0,004$). Os motivos mais frequentes de internamento foram os acidentes / comportamentos de risco ($n = 391$), seguido de patologias gastrointestinais ($n = 352$) e respiratórias ($n = 191$). No grupo dos acidentes, a traumatologia foi o principal motivo de admissão ($n = 281$), seguido de ingestão / aspiração de corpo estranho ($n = 46$), ingestão medicamentosa ($n = 35$), ingestão de cáustico ($n = 11$) e intoxicação alcoólica ($n = 9$). Os doentes crónicos são maiores consumidores de serviços de saúde, tendo um maior tempo de internamento ($p < 0,001$) e mais internamentos em enfermaria ($p < 0,001$).

Discussão: Os resultados surpreenderam pelo elevado número de internamentos por acidentes / comportamentos de risco, sendo o principal motivo de internamento. Tratando-se de causas preveníveis é emergente definir estratégias mais eficazes de intervenção junto da comunidade.

Palavras-Chave: Adolescente; Criança; Hospital Pediátrico; Hospitalização/estatística & dados numéricos; Serviço Urgência Hospitalar/estatística & dados numéricos; Unidades Hospitalares

Abstract

Introduction: The purpose of a paediatric observation/short stay unit is to observe unstable patients and for short-term admissions. Analysing the activity of these units is important to assess their quality. The study aim was to characterise admissions to the paediatric observation/short stay unit of the paediatric emergency department of a tertiary hospital.

Methods: We performed a retrospective study of admissions to the paediatric observation/short stay unit over a one-year period, based on review of medical records.

Results: During this period, there were 1557 admissions in the paediatric observation/short stay unit, representing 3.9% of total admissions. Median age at admission was five years and 55.9% of patients were male. Acute diseases were responsible for 71% of admissions, exacerbation of chronic illnesses represented 19.9% and recovery from surgery or invasive procedures accounted for 8.7%. Median length of stay was 13 hours, higher during the winter months ($p=0.004$). Accidents

were the most frequent reason for admission ($n=391$), followed by gastrointestinal ($n=352$) and respiratory ($n=191$) disorders. Among accidents, trauma was the main reason for admission ($n=281$), followed by foreign body ingestion or aspiration ($n=46$), ingestion of medications ($n=35$) or of caustic agents ($n=11$), and alcohol intoxication ($n=9$). Chronically ill children are higher consumers of health services, have longer hospital stay ($p<0.001$) and are more often admitted to regular wards ($p<0.001$).

Conclusion: The high number of admissions for accidents or risk behaviours was the main novelty of this study. Considering these are preventable events, it is crucial to develop more effective strategies for community-based prevention.

Keywords: Adolescent; Child; Emergency Service, Hospital/statistics & numerical data; Hospital Units; Hospitalization /statistics & numerical data; Hospitals, Paediatric

Introdução

O trabalho desenvolvido no serviço de urgência pediátrica (SUPed) do hospital em estudo é assegurado por uma equipa médica dedicada nos dias úteis entre as nove e as 14 horas e 30 minutos e por equipas rotativas no restante horário. Em complementaridade com a equipa em permanência, o SUPed conta ainda com a colaboração de outras especialidades em regime de presença física ou prevenção.

A urgência dispõe de seis camas de internamento, das quais quatro constituem a sala de observação pediátrica (SOPed), que se destina a internamentos inferiores a 24 horas, e duas camas constituem a unidade de internamento de curta duração (UICD) para doentes instáveis que necessitam de observação permanente durante um período superior a 24 horas. A SOPed / UICD permite a prestação de cuidados a crianças e adolescentes com patologia aguda ou crónica agudizada, que necessitam de vigilância temporária por não apresentarem estabilidade clínica para alta ou transferência para a enfermaria e ainda em situações de recobro de pós-operatório ou técnica realizada sob anestesia.

Vários estudos têm demonstrado os benefícios deste tipo de internamento,¹⁻³ nomeadamente monitorização de doentes instáveis com risco iminente de agravamento e, por outro lado, vigilância de doentes com doença aguda passível de recuperação em poucas horas. Este tipo de cuidados evita internamentos desnecessários, permite o regresso mais rápido a casa, contribui para o bem-estar da criança e da família, que pode envolver-se mais no processo de recuperação da criança, contribuindo assim para uma melhoria dos cuidados prestados e uma melhor gestão de recursos.⁴⁻⁶ À luz destes resultados a Carta Hospitalar de Pediatria privilegia o atendimento em ambulatório sempre que possível, bem como o internamento de curta duração em contexto de urgência.⁷

O objetivo deste trabalho foi analisar e caracterizar os internamentos na SOPed / UICD de um hospital terciário e comparar os resultados com outros estudos nacionais sobre esta temática. Pretendeu-se ainda refletir sobre os resultados para aferir a qualidade e identificar possíveis metas de intervenção.

Métodos

Estudo retrospectivo com base na análise dos processos clínicos dos doentes internados na SOPed / UICD de um SUPed de um hospital terciário, num período de 12 meses (1 de janeiro a 31 de dezembro de 2013). A recolha de dados foi efetuada com base na revisão dos processos clínicos no sistema informático ALERT®.

Foram analisadas as variáveis demográficas (género e idade), logísticas [mês de internamento (consideraram-se meses de inverno os meses de outubro a março), duração do internamento, proveniência e destino pós-alta] e clínicas (motivo de internamento / diagnóstico). Os motivos de internamento / diagnósticos foram codificados de acordo com o sistema de classificação internacional de doenças (ICD10)⁸ e agrupados por patologia em função do sistema / grupo envolvido. Foram incluídas no grupo infeccioso as patologias em que a febre se apresentou isoladamente ou associada a outros sintomas não contemplados nos restantes grupos. Foi ainda criado o grupo acidentes / comportamentos de risco que incluiu os seguintes subgrupos:

- Traumatologia - traumatismos com ou sem fratura;
- Intoxicações - intoxicações medicamentosas voluntárias ou acidentais e alcoólicas;
- Corpo estranho - casos de ingestão ou aspiração de corpo estranho;
- Ingestão de cáustico.

Os motivos de internamento foram ainda categorizados num dos seguintes grupos:

- Patologia - aguda ou crónica agudizada;
- Recobro - de cirurgia ou técnica;
- Social - internamento por motivo de causa social.

Foi realizada análise estatística com recurso a SPSS 20®. Utilizaram-se os testes qui-quadrado e t de Student e um nível de significância de 0,05.

Resultados

No ano de 2013 foram observadas 39 923 crianças no SUPed do hospital em estudo. Destas, 3,9% (n = 1557) foram internadas na SOPed / UICD, sendo maioritariamente do género masculino (n = 871; 55,9%). A mediana de idade das crianças internadas foi de 5 anos (mínimo três dias, máximo de 20 anos). O grupo etário mais prevalente foi o grupo com idade igual ou inferior a 5 anos (n = 840; 54%), sendo que o número de internamentos

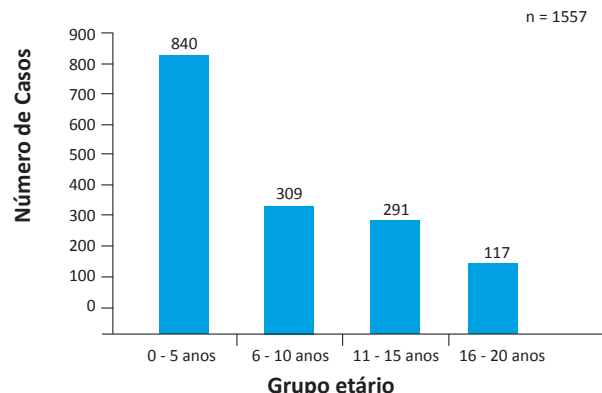


Figura 1. Distribuição do número de casos por grupo etário.

diminuiu com a idade do doente. A distribuição por grupos etários está representada na Fig. 1.

Quanto à proveniência dos doentes internados, a maioria (n = 1226; 78,7%) foi admitida no SUPed diretamente do exterior, 14% (n = 218) foram transferidos de outro hospital e 7,3% (n = 113) admitidos a partir de outro serviço do mesmo hospital.

Mai foi o mês com maior número de internamentos (n = 156), seguido dos meses de novembro (n = 147) e dezembro (n = 140) (Fig. 2). A mediana da duração do internamento ao longo do ano foi de 13 horas (mínimo uma hora, máximo 83 horas), sendo dezembro o mês com maior média de tempo de internamento (17 horas) e agosto o mês com menor média (12 horas). A duração do internamento foi superior nos meses de inverno ($p = 0,004$).

2,4%). Os principais diagnósticos identificados, para além do grupo anterior, foram a gastroenterite aguda (n = 218; 14%), bronquiolite (n = 73; 4,7%), apendicite (n = 54; 3,5%), pneumonia (n = 44; 2,8%) e convulsão (n = 34; 2,2%).

Uma vez que os acidentes / comportamentos de risco foram o principal motivo de internamento (24,5%), são apresentados com maior detalhe os resultados referentes a este grupo. A traumatologia foi o subgrupo responsável pelo maior número de internamentos por acidentes (n = 281). Verificou-se um predomínio do género masculino (n = 184; 65,5%; $p < 0,001$), e uma mediana de idade de 7 anos (mínimo 12 dias, máximo 17 anos). Observou-se uma maior incidência no mês de novembro (n = 34), seguido de outubro e agosto (n = 29); os meses com menor número de internamentos foram janeiro (n = 14) e dezembro (n = 15). Dentro do

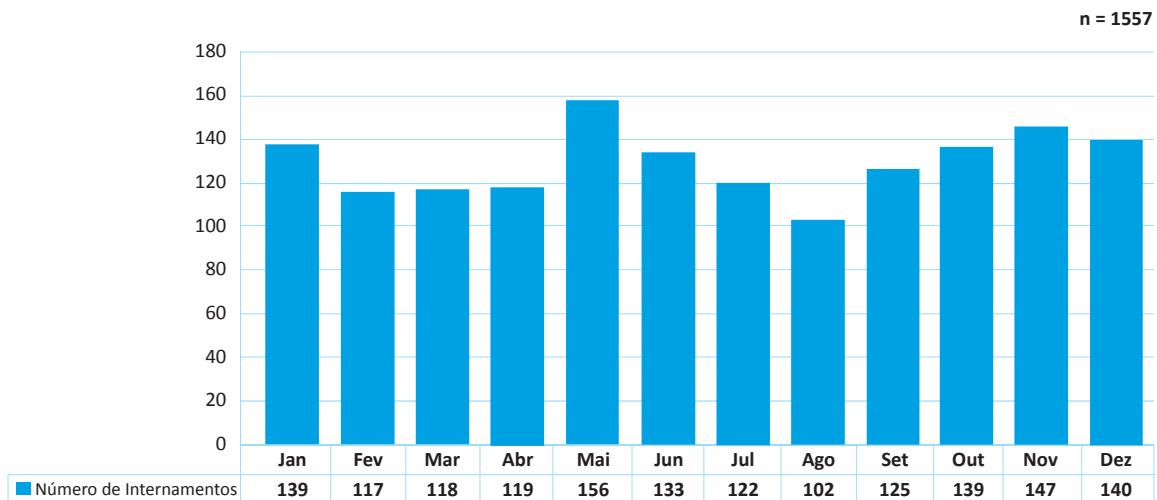


Figura 2. Distribuição mensal dos internamentos.

Os internamentos foram devidos maioritariamente a doença aguda (n = 1106; 71%) ou crónica agudizada (n = 309; 19,9%). Os restantes internamentos foram devidos a recobro (n = 136; 8,7%) de cirurgia (n = 102; 6,5%) ou técnica (n = 34; 2,2%), como por exemplo realização de endoscopia digestiva, e ainda por motivo social (n = 6; 0,4%), nomeadamente suspeita de maus tratos.

Os principais motivos de internamento foram os acidentes / comportamentos de risco, grupo responsável por 24,5% dos internamentos (n = 382), seguido do grupo gastrointestinal (n = 352; 22,6%) e respiratório (n = 191; 12,3%) (Fig. 3). Quando estratificado o grupo dos acidentes / comportamentos de risco, verificou-se que os principais motivos de internamento foram traumatologia (n = 281; 73,6%), ingestão / aspiração de corpo estranho (n = 46; 12%), ingestão de cáustico (n = 11; 2,8%), intoxicação medicamentosa (n = 35; 9,2%) - accidental (n = 14; 3,7%) e voluntária (n = 21; 5,5%) - e intoxicação alcoólica (n = 9;

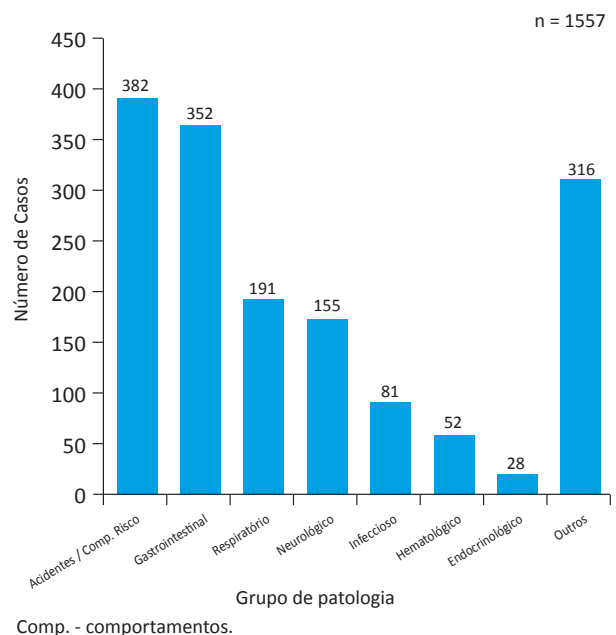


Figura 3. Distribuição do número de casos por grupo de patologia.

grupo dos traumatismos, o mais frequente foi o traumatismo crânio-encefálico (TCE), responsável por 44,1% (n = 124) dos internamentos. Destes, 10 apresentaram fratura e seis hemorragia subdural. O segundo motivo de admissão no grupo da traumatologia foram os traumatismos / contusões / feridas (n = 92; 32,7%), dos quais 38 apresentavam fraturas (membros n = 31, ossos próprios do nariz n = 5, amputação de dedos n = 3). Outros motivos de internamento foram o traumatismo abdominal / visceral (n = 9), queimaduras (n = 2) e pré-afogamento (n = 1). Foram internados na enfermaria 31,3% (n = 88) destes doentes.

Foram internadas 11 crianças por ingestão de cáustico e 46 por ingestão ou aspiração de corpo estranho. A informação referente a este motivo de internamento resume-se na Tabela 1. As crianças internadas por ingestão de cáustico ou ingestão / aspiração de corpo estranho eram mais novas do que as crianças internadas por outros motivos ($p = 0,02$).

No período do estudo foram internados nove adolescentes por intoxicação alcoólica e ocorreram 35 internamentos por ingestão medicamentosa - acidental (n = 14) e voluntária (n = 21). Das intoxicações acidentais, 50% das crianças (n = 7) eram do género masculino, com uma

Tabela 1. Caracterização da ingestão de cáustico e ingestão / aspiração de corpo estranho

	Cáustico		Corpo estranho
	Ingestão de cáustico (n = 11)	Ingestão de corpo estranho (n = 40)	Aspiração de corpo estranho (n = 6)
Género masculino n (%)	9 (81,8)	21 (52,5)	6 (100)
Idade mediana (mínimo, máximo)	3 anos (13 meses, 5 anos)	4 anos (9 meses, 17 anos)	3 anos (14 meses, 9 anos)
Produto / objeto (n)	Soda cáustica: 3 Lixívia: 2 Detergente ácido: 2 Detergente alcalino: 1 Petróleo: 1 Produto cloretado de piscina: 1 Desconhecido: 1	Espinha: 11 Moeda: 7 Gancho de cabelo: 3 Peça de Lego®: 3 Pilha: 2 Outros: 14 (seis metálicos)	Vias respiratórias: - Superiores: 3 (botão, feijão, missanga) - Inferiores: 3 (pistachio, prego, brinquedo metálico)
Sinais / sintomas (n)	Vómito: 5 Dor, ardor ou edema dos lábios ou língua: 4 Sialorreia: 3 Odinofagia: 2 Sonolência / prostração: 1 Assintomático: 1	Assintomático: 24 Sialorreia: 7 Sensação de corpo estranho: 4 Disfagia: 4 Odinofagia: 3 Dispneia: 2 Dor: 2 Vómito: 1 Tosse: 1	Assintomático: 2 Dor: 2 Sensação de corpo estranho: 1 Tosse: 1
Exames complementares de diagnóstico (n)	EDA: - Alterações ligeiras*: 4 - Lesões com placas de substância nacarada: 1	Radiografia tórax: 40 (visualizado em 20) Esofagoscopia rígida: 13 (visualizado - amígdalas: 5, esófago superior: 3) EDA: 20 (visualizado - esófago inferior: 4, estômago: 4)	Radiografia tórax: 3 (visualizado em 2) Broncofibroscopia: - Brônquio direito: 2 - Brônquio esquerdo: 1
Tratamento (n)	Farmacológico: - Omeprazol: 7 - Prednisolona: 5 - Antibiótico: 2 Alimentação por sonda nasogástrica: 1	Remoção do CE: - Esofagoscopia rígida: 8 - EDA: 8	Farmacológico - Antibiótico: 2 Remoção do CE: - Rinoscopia: 3 - Broncofibroscopia: 3
Internamento (n)	3	0	2
Outros (n)	Contexto da ingestão: - Cáustico guardado em recipiente diferente do original: 3 - Produto em utilização por adultos, acessível às crianças: 3	Ingestão voluntária: 1	

CE - corpo estranho; EDA - endoscopia digestiva alta; TCE - traumatismo crânio-encefálico.

* Hiperemia, friabilidade, edema da mucosa ou erosão superficial.

mediana de idade de 3 anos, enquanto nas intoxicações voluntárias encontrou-se um predomínio do género feminino (n = 19; 90%; $p < 0,001$) e uma mediana de idade de 15 anos. Em 62% (n = 13) dos casos de intoxicação medicamentosa voluntária os adolescentes já tinham acompanhamento psicológico / psiquiátrico prévio e 19% (n = 4) tinham tido um episódio de ingestão medicamentosa prévio. Esta informação é complementada na Tabela 2. No período do estudo ocorreram 309 internamentos por doença crónica agudizada, correspondente a 257 doentes. A maioria dos doentes foi internada apenas

uma vez ao longo do ano (n = 221; 86%), até ao máximo de cinco vezes. Em 24 internamentos tratou-se do episódio inaugural da doença crónica em causa. Encontrou-se um predomínio do género masculino (n = 180; 58,3%) e a mediana da idade foi de 7 anos (mínimo 10 dias, máximo 20 anos), superior à idade dos doentes internados por doença aguda ($p < 0,001$). Os meses com maior número de internamentos foram novembro (n = 36), dezembro (n = 33) e abril (n = 31) e o mês com menor número de internamentos foi agosto (n = 16), sendo maior o número de internamentos nos meses de inverno

Tabela 2. Caracterização da intoxicação medicamentosa e alcoólica

	Intoxicação medicamentosa (n = 35)	
	Acidental	Voluntária
Número casos (n)	14	21
Género masculino (n)	7	2
Idade mediana (mínimo, máximo)	3 anos (13 meses, 9 anos)	15 anos (13 anos, 17 anos)
Fármacos (n)	Sedativos: 4 Antipsicóticos: 3 Antidepressivos: 3 Analgésicos: 2 Antihistaminicos: 2	Analgésicos: 9 Sedativos: 4 Antipsicóticos: 3 Antidepressivos: 3 Em 10 casos foi consumida mais do que uma classe de fármacos
Sintomas (n)	Assintomáticos: 16 Sonolentos / confusos: 18	
Tratamento (n)	Contactado o CIAV: 35 Carvão ativado: 21 Lavagem gástrica: 17 Antídoto: 4	
Exames complementares de diagnóstico (n)	Pesquisa de fármacos / tóxicos na urina: 21 (positivo em 3)	
Destino (n)	Alta para domicílio: 14	Internamento: 7 Alta para consulta de pedopsiquiatria / adolescentes: 13
	Intoxicação alcoólica (n = 9)	
Género masculino (n)	9 (100%)	
Consumo (n)	Fim-de-semana: - Sexta-feira: 2 - Sábado: 4 - Domingo: 3 Mediana da hora de consumo 21 horas (mínimo 21 horas, máximo 3 horas) Contexto: - Festa com amigos - bar: 4 - Via pública: 4 - Escola: 1	
Sinais / sintomas (n)	Alteração do estado de consciência: 9 Traumatismo crânio-encefálico: 3 Vómitos: 3 Convulsão: 1	
Alcoolemia	Determinada: 3 (0,06, 2 e 2,4 g/dL)	

CIAV - Centro de Informação Antivenenos.

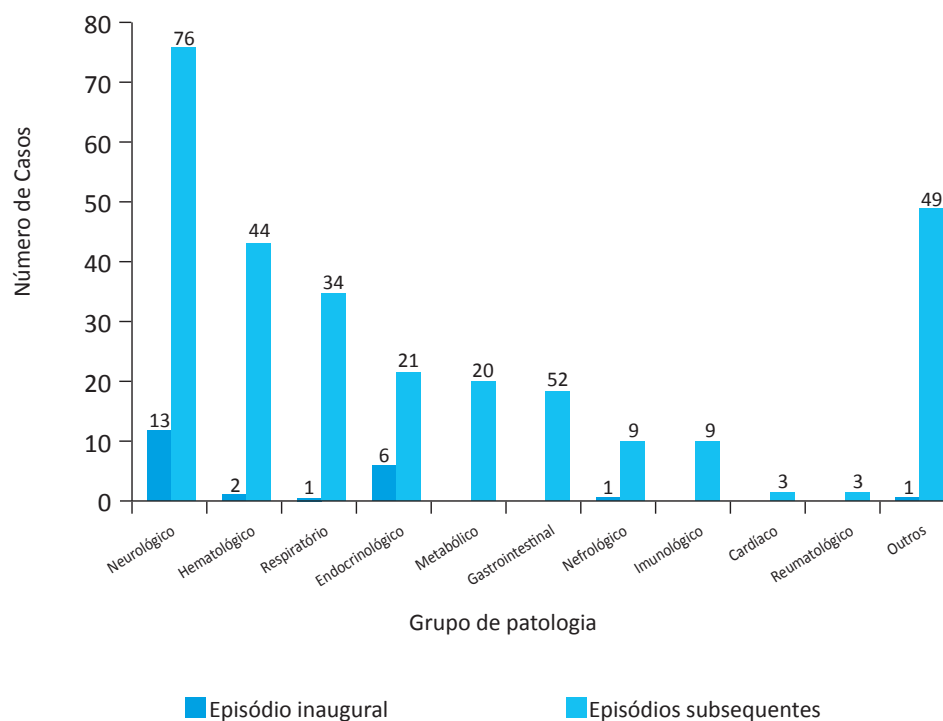


Figura 4. Distribuição do número de casos por grupo de patologia e tipo de episódio nos doentes com doença crónica.

($p = 0,048$). A mediana do tempo de internamento foi de 16 horas (mínimo uma hora, máximo 71 horas), três horas superior à mediana do tempo de internamento geral ($p < 0,001$). As doenças crónicas mais frequentes foram a epilepsia ($n = 34$), diabetes *mellitus* tipo 1 ($n = 26$), drepanocitose ($n = 25$) e tumor cerebral ($n = 25$), seguidas de asma ($n = 18$), hemofilia ($n = 14$) e paralisia cerebral ($n = 11$). Os motivos mais frequentes de agudização da doença crónica foram a doença neurológica ($n = 89$; 28,8%), seguida da hematológica ($n = 46$; 14,9%) e respiratória ($n = 35$; 11,3%) (Fig. 4).

Relativamente ao destino das crianças internadas, 49,4% ($n = 769$) tiveram alta para o domicílio, orientadas para o médico assistente ou para consulta hospitalar, 46,3% ($n = 721$) foram transferidas para a enfermaria (432 por doença aguda, 190 por agudização de doença crónica e 99 por acidentes) e 4,3% ($n = 67$) foram transferidas para os seus hospitais de origem após estabilização clínica. Os doentes internados por doença crónica agudizada foram mais frequentemente internados comparativamente aos doentes com doença aguda ($p < 0,001$).

Discussão

O número de crianças admitidas no SUPed (39 923), bem como o número das que necessitaram de internamento na SOPed / UICD (3,9%) foi semelhante ao apresentado por outros autores,⁹ contudo superior a algumas casuís-

ticas^{2,10,11} e inferior a outras.^{4,12} As diferenças encontradas podem dever-se ao facto das casuísticas terem sido realizadas em períodos diferentes e por se tratarem de hospitais com níveis de diferenciação e áreas de abrangência diferentes. A faixa etária mais frequente - inferior aos 5 anos de idade - é sobreponível aos outros estudos nacionais.^{2,9,11} A mediana da duração de internamento foi de 13 horas, como pretendido numa unidade de curta duração, sendo por vezes superior ao esperado (superior a 24 horas). Admite-se como possível explicação o reduzido número de vagas na enfermaria em alturas de maior afluência aos serviços de saúde, ao aumento do tempo necessário até obter a estabilidade clínica para transferir o doente ou ainda a possibilidade de vigilância mais adequada durante os períodos da tarde e da noite. Também noutros estudos nacionais há uma percentagem significativa de doentes que teve necessidade de internamento superior a 24 horas.^{2,9} A percentagem de crianças internadas na enfermaria (46,3%) foi sobreponível,² inferior,⁹ ou superior^{1,4,11} à obtida em outros trabalhos e casuísticas nacionais.

A presente casuística difere de todos os outros estudos publicados sobretudo no principal motivo de internamento. Nas outras séries nacionais, as principais patologias responsáveis pelos internamentos foram a patologia respiratória^{1,3,9} ou gastrointestinal.^{2,11,12} Nesta série, os acidentes / comportamentos de risco foram o principal motivo de internamento, seguido da patologia gastrointestinal e respiratória. Nos restantes estudos nacionais

e internacionais a percentagem de internamentos por acidentes é significativamente inferior, variando entre 4,4-17,6%.^{2,9-12} Apenas um estudo espanhol¹³ publicou uma taxa de admissões por acidentes superior (32,4%), mas incluiu todas as admissões no serviço de urgência e não apenas os internamentos em sala de observação / unidade de internamento de curta duração. Apesar de se tratar de um hospital terciário e centro de trauma infantil da região da área de influência, é surpreendente o número de internamentos por acidentes. Se o número de acidentes está efetivamente a aumentar, estamos perante uma realidade alarmante, que deve levar a sociedade a refletir sobre os dados encontrados.

Os acidentes estão na origem de taxas de morbilidade e mortalidade infantil significativas, pelo que constituem um importante problema de saúde pública. Os traumatismos acidentais são a principal causa de morte de crianças e adolescentes em Portugal. Em 2009, 152 crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos morreram por este motivo.¹⁴ Os acidentes de viação são a principal causa de acidente envolvendo crianças, seguido dos afogamentos, quedas, intoxicações, queimaduras e asfixia.¹⁵⁻¹⁸ Em Portugal, segundo o relatório da Autoridade Nacional da Segurança Rodoviária de 2014, registaram-se 31 vítimas mortais de acidentes de viação em idade pediátrica, por cada milhão de habitantes.¹⁹ Os acidentes domésticos são a segunda causa de acidentes em idade pediátrica com um registo de 29 945 casos entre 2006 e 2008,¹⁸ com um predomínio da faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade e do género masculino. A traumatologia foi a principal causa de acidentes no trabalho apresentado, também com um predomínio do género masculino. Na casuística apresentada, o número de internamentos por intoxicações agudas foi significativo (9,2%). No relatório do Centro de Informação Antivenenos (CIAV) de 2010 constam 28 281 chamadas por intoxicações, sendo as crianças entre os 12 meses e os 4 anos de idade o grupo mais vulnerável (42%) e os medicamentos os responsáveis por mais de metade das intoxicações.²⁰ Segundo os dados do Instituto Nacional de Emergência Médica tem-se assistido a um aumento do número de chamadas para o CIAV desde 2010.²¹ Na série apresentada constatou-se um número de intoxicações medicamentosas intencionais muito superior ao encontrado num estudo português prévio,²² que por sua vez já apresentava números superiores em relação a estudos anteriores realizados no mesmo hospital. As intoxicações medicamentosas voluntárias ocorrem tipicamente em adolescentes do género feminino e a presente amostra não foi exceção ($p < 0,001$). Os autores especulam que o aumento das intoxicações medicamentosas nesta faixa etária particular possa ser reflexo de uma sociedade em

crise, com uma conseqüente repercussão negativa sobre a saúde mental. Torna-se assim importante o reforço desta área da saúde em idade pediátrica, à semelhança do investimento que tem sido feito nos adultos. Constatou-se também um número semelhante de intoxicações medicamentosas acidentais em relação ao mesmo estudo realizado previamente,²² havendo neste caso um predomínio do género masculino ($p < 0,001$).

O número de jovens portugueses com 15 a 17 anos que consome bebidas alcoólicas tem aumentado nos últimos 10 anos. Segundo o Instituto da Droga e Toxicod dependência, em 2007, 40% dos jovens nesta faixa etária consumiam bebidas alcoólicas.²³ A casuística apresentada revelou um número inferior de casos de intoxicação alcoólica em relação a outros estudos.^{24,25} Porém, é de salientar que os dados apresentados neste trabalho dizem respeito apenas aos jovens internados e não ao total de admissões no SUPed por este motivo. Por outro lado, o número de internamentos por intoxicação alcoólica foi superior²⁶ ou semelhante²² ao apresentado noutras casuísticas. É importante reforçar a promoção de hábitos saudáveis, nomeadamente evicção de consumo de álcool e drogas junto desta faixa etária tão vulnerável para comportamentos de risco. O aumento das intoxicações voluntárias por medicamentos e álcool pode ser também reflexo do alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria.

Segundo o mesmo relatório do CIAV²⁰ a ingestão de cáusticos representa a segunda causa de intoxicações e parece estar a aumentar. O Hospital Pediátrico de Coimbra tem vindo a publicar a sua casuística e nas décadas de 70 e 80 foram registados cerca de seis a sete casos por ano, enquanto no período de 1999 a 2008, foram reportados em média 11 casos por ano,²⁷ à semelhança do número apresentado na presente casuística. Contudo, neste trabalho estão apenas referidos os casos que necessitaram de internamento, sendo provavelmente superior o número total de casos de ingestão de cáusticos.

Os dados encontrados no que diz respeito à aspiração de corpos estranhos, nomeadamente dados epidemiológicos e tipo de corpo estranho, foram semelhantes aos encontrados noutros estudos.^{28,29}

Os acidentes continuam a ser frequentes, fruto da industrialização e motorização e também podem estar relacionados com fatores sociais e económicos, nomeadamente o aumento de famílias monoparentais e mães no mercado de trabalho. Portugal, junto com o Brasil está entre os países com taxas mais altas de mortes por acidentes em menores de 15 anos.³⁰ Várias instituições desenvolveram estratégias de intervenção para prevenção de acidentes domésticos e rodoviários.³¹⁻³⁴ Contudo, apesar da divulgação destas recomendações, muitos

cuidadores ainda não utilizam medidas adequadas de prevenção de acidentes.³⁵ Informar para prevenir deve ser o objetivo de todos os profissionais que trabalham pela saúde das crianças. Está comprovado o benefício do aconselhamento nas consultas médicas na mudança de comportamentos,³⁶ contudo esta temática nem sempre é abordada nas consultas de vigilância infantil.³⁷ O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários é fundamental. No entanto, toda a sociedade deve ser implicada neste processo de intervenção, sendo necessárias medidas políticas, adequando a legislação, comunidade educativa, indústria, construção / engenharia civil e rodoviária e meios de comunicação social.

A melhoria da prestação de cuidados permitiu a diminuição da mortalidade em todos os grupos etários pediátricos, bem como o aumento da esperança média de vida dos doentes crónicos e consequentemente da morbilidade que lhes está associada. Assim, é expectável o aumento do número de crianças e jovens com doença crónica na procura de serviços médicos. Em Portugal estima-se que existam cerca de 6000 crianças e jovens com doença crónica e necessidade de cuidados paliativos.³⁸ Assiste-se inclusivamente a uma procura dos serviços pediátricos por adultos com doença crónica,³⁹ pela dificuldade inerente à transição dos cuidados para a medicina de adultos. É preciso que os serviços de saúde estejam preparados para este aumento de crianças portadoras de doença crónica. Na casuística apresentada, os doentes crónicos são, em média, mais velhos do que os doentes internados com patologia aguda. Embora representem menos de 25% dos doentes internados, o tempo de internamento é superior e a maioria dos doentes foi internada na enfermaria, à semelhança de outros trabalhos publicados,^{40,41} implicando maiores gastos em saúde. No que diz respeito à doença crónica mais prevalente, a presente casuística difere dos outros estudos internacionais. Nas séries nacionais publicadas não há referência a internamentos por agudização de doença crónica. Este trabalho vem reforçar o impacto da doença crónica em idade pediátrica nos sistemas de saúde, suportando a necessidade de programas estruturados de prestação de cuidados a estes doentes.

O recobro de técnicas / cirurgias representa 8,7% dos internamentos, motivo não referido noutras séries nacionais. O SUPed onde decorreu este trabalho defende que o recobro tenha lugar junto de técnicos de saúde especialistas em pediatria em prol de melhores cuidados prestados à criança. A comparação dos resultados com outras casuísticas publicadas pode estar comprometida por se tratarem de hospitais com níveis de diferenciação diferentes e estudos realizados em períodos e com metodologias

diferentes. Os autores consideram pertinente a publicação de mais casuísticas nacionais para uma melhor avaliação dos serviços médicos prestados.

Os resultados surpreendem pelos acidentes / comportamentos de risco serem o principal motivo de internamento. Sendo a maioria dos acidentes preveníveis é fundamental investir em estratégias mais eficazes de intervenção. Cabe a todos os profissionais de saúde o ensino da população, sendo importante o incentivo à prevenção de oportunidade. É também importante o papel da comunidade, pelo que toda a sociedade deve ser envolvida. Estes trabalhos de casuística permitem conhecer a realidade dos acidentes em idade pediátrica, relevante para a implementação de estratégias específicas de prevenção. Este trabalho permitiu ainda confirmar o impacto que a doença crónica pode ter nos cuidados de saúde, uma realidade que se espera crescente.

O QUE ESTE ESTUDO TRAZ DE NOVO

- O internamento de curta duração está de acordo com as recomendações da Carta da Criança Hospitalizada (Leiden 1986).
- Esta casuística difere de outros estudos pelo elevado número de internamentos por acidente / comportamento de risco, seguido da doença crónica.
- Sendo o principal motivo de internamento as causas preveníveis, é emergente definir estratégias eficazes de intervenção dos profissionais de saúde, mas também na comunidade.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Rosa Martins

rmmartins16@gmail.com

Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria. Avenida Professor Egas Moniz 1649-035 Lisboa, Portugal

Recebido: 17/01/2016

Aceite: 29/12/2016

Referências

1. Rosa J, Silva P, Maio J. Análise do internamento de curta duração no serviço de pediatria do Hospital Distrital de Faro. *Saúde Infant* 1993;15:51-7.
2. Guedes R, Lopes A, Martins C, Vilarinho A. Unidade de internamento de curta duração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia: Sua utilidade junto de um serviço de urgência. *Saúde Infant* 2006;28:25-32.
3. Lemos L, Zanith D, Ramalho R, Estêvão H. Urgência pediátrica num hospital central: Dificuldades, adaptações, perspectivas. *Rev Port Ped* 1988;19:381-8.
4. Martineau O, Martinot A, Hue V, Chartier A, Dorkenoo A, Guimber D. Utilité d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. *Arch Pediatr* 2003;10:410-6.
5. Browne GJ. A short stay or 23h ward in a general and academic children's hospital: Are they effective? *Pediatr Emerg Care* 2000;16:223-9.
6. Scribiano PV, Wiley JF, Platt K. Use of an observation unit by a pediatric emergency department for common pediatric illness. *Pediatr Emerg Care* 2001;17:321-3.
7. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Carta hospitalar de pediatria [consultado em 5 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/8/86/Cartahospitalarpediatria-rev.pdf>
8. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision [consultado em 27 de Agosto de 2015]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
9. Pereira A, Gama G, Calado C, Maio J. Análise dos internamentos na unidade de curta duração (UICD) do serviço de pediatria do Hospital Distrital de Faro. *Saúde Infant* 2007;29:43-52.
10. Coelho M. Urgências pediátricas e casuística do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa: Laboratórios Bial; 1996.
11. Pereira S, Alagoa C, Neto AS. Casuística da unidade de pediatria do Hospital Cuf-Descobertas. *Acta Pediatr Port* 2009;40:203-7.
12. Oliveira A, Guerra MP, Cunha FI, Peralta L, Almeida S, Bicho A. Serviço de urgência pediátrico: Casuística de um hospital com serviço de pediatria geral. *Saúde Infant* 2010;32:53-8.
13. Dieguez JK, Candela RC, Velásquez SH, Prieto AG, Fernández LG, Liano JM. Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital general de segundo nivel. *Bol Pediatr* 2004;44:20-5.
14. European Child Safety Alliance. How safety conscious are European countries towards children? Birmingham: ECSA; 2012.
15. Prazeres V, Laranjeira AR, Oliveira V. Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2005.
16. Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Afogamentos de crianças – relatório 2002/2010 [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.apsi.org.pt/>
17. Nascimento S, Anjos S. Quedas em crianças e jovens: Um estudo retrospectivo 2000-2009 [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: www.apsi.org.pt
18. Contreiras T, Rodrigues E. Adelia 2006-2008: Acidentes domésticos e de lazer: Informação adequada. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2011.
29. Observatório da Segurança Rodoviária. Sinistralidade rodoviária - 2014. Lisboa: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária; 2015.
20. Instituto Nacional de Emergência Médica. Intoxicações por medicamentos foram o principal motivo das chamadas para o CIAV em 2010 [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.inem.pt>
21. Centro de Informação Antivenenos. Estatísticas [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.inem.pt>
22. Gomes S, Diamantino C, Pinheiro A, Amaral L, Ferreira A, Gonçalves H. Internamentos por intoxicações agudas em Pediatria. *Saúde Infant* 2006;28:31-7.
23. Instituto da Droga e Toxicoddependência. Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012. Lisboa: IDT; 2011.
24. Aires S, Neves S, Cáliz MJ, Figueiredo C, Silveira A. Alcoolismo na adolescência: A realidade de um serviço de pediatria. *Nascer Crescer* 2014;23:8-11.
25. Silva AV, Leite AL, Guedes R, Tavares HB. Intoxicação alcoólica aguda num serviço de urgência pediátrico: Revisão de três anos. *Arquiv Med* 2012;26:59-62.
26. Barros AR, Pinto MT, Laranjeira CA, Macedo LD. Ingestão medicamentosa voluntária em um serviço de pediatria. *Adolesc Saúde* 2011;8:6-9.
27. Soares R, Luz A, Almeida S, Ferreira R. Ingestão de cáusticos – casuística dos últimos dez anos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Acta Pediatr Port* 2010;41:171-5.
28. Roda J, Nobre SN, Pires J, Estêvão MH, Félix M. Corpos estranhos na via aérea: Experiência de um quarto de século. *Rev Port Pneumol* 2008;14:787-802.
29. Cheng W, Tam PK. Foreign-body ingestion in children: Experience with 1265 cases. *J Pediatr Surg* 1999;34:1472-6.
30. Martins C. Acidentes na infância e adolescência: Uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm* 2006;59:344-8.
31. Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Plano de ação de segurança infantil [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.apsi.org>
32. Portal da Saúde. Prevenir acidentes domésticos com crianças. [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt>
33. World Health Organization. Ten strategies for keeping children safe on the road. [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int>
34. World Health Organization. Preventing children accidents and improving home safety in the European region. Identifying means to make dwellings safer [consultado em 27 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.euro.who.int>
35. Forte S, Agostinho M. Acidentes domésticos em pediatria. *Saude Infant* 2002;24:47-56.
36. Chen J, Kresnow M, Simon T, Dellinger A. Injury-prevention counseling and behavior among US children: Results from the second injury control and risk survey. *Pediatrics* 2007;119:e958-68.
37. Dias J, Costa S, Martins S. Prevenção de acidentes em idade pediátrica: O que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediatr Port* 2013;44:277-82.

38. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Cuidados paliativos pediátricos: Uma reflexão. Que futuro em Portugal [consultado em 5 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/relatoriocpp6_2013.pdf

39. McDonnell WM, Kocolas I, Roosevelt GE, Yetman AT. Pediatric emergency department use by adults with chronic pediatric disorders. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164:572-6.

40. Reynolds S, Desguin B, Uyeda A, Davis AT. Children with chronic conditions in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care 1996;12:166-8.

41. Massin MM, Montesanti J, Gérard P, Lepage P. Children with chronic conditions in a pediatric emergency department. Acta Paediatr 2006;95:208-13.