



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA SOFIA COSTA ALMEIDA

***HIPERUTILIZADORES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NUM
HOSPITAL PEDIÁTRICO PORTUGUÊS NÍVEL 3***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. MARIANA DOMINGUES

PROF.^a DOUTORA FERNANDA RODRIGUES

MARÇO/2020

Aos meus pais.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

***HIPERUTILIZADORES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO PORTUGUÊS NÍVEL 3***

Ana Sofia Costa Almeida ¹

Marta Oliveira Martins ²

Francisca Tavares Cunha ³

Mariana Santos de Oliveira Domingues ^{4,5}

Fernanda Maria Pereira Rodrigues ^{4,5}

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

2 – Interna de Formação Específica de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

3 – Interna de Formação Específica em ImunoAlergologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Pediátrico de Coimbra, Portugal

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

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

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

Endereço de Correio Eletrónico: ana.sofia.almeida.94@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO.....	5
ABSTRACT	7
ACRÓNIMOS/ ACRONYMS	9
INTRODUÇÃO.....	10
MATERIAIS E MÉTODOS	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	23
AGRADECIMENTOS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela I - Área de residência dos hiperutilizadores.....	16
Tabela II - Doenças crónicas nos hiperutilizadores	16
Tabela III - Triagem, exames complementares de diagnóstico e referenciação dos doentes com doença crónica	17
Tabela IV - Motivos dos episódios de urgência dos hiperutilizadores.....	18
Tabela V - Diagnósticos à data de alta mais frequentes, segundo a classificação ICD-10	20
Tabela VI - Referenciação dos hiperutilizadores após observação no SU	21
Figura 1 - Distribuição das consultas por idade.....	15
Figura 2 – Análise da relação do episódio anterior com a realização de exames complementares de diagnóstico	19
Figura 3 - Comparação em termos percentuais da referenciação quando se trata do primeiro episódio ou de um episódio relacionado com o anterior	22
Figura 4 - Comparação em termos percentuais da prescrição antibiótica quando se trata do primeiro episódio ou de um episódio relacionado com o anterior	22

RESUMO

Introdução e Objetivos: O recurso aos serviços de urgência pediátrica tem aumentado ao longo dos anos e à escala global, com potenciais repercussões, como aumento do tempo de espera, elevada carga assistencial para os profissionais e deterioração do atendimento a quem realmente necessita. As crianças e os adolescentes com recurso excessivo ao serviço de urgência podem designar-se de hiperutilizadores, não sendo a definição deste termo ainda consensual. O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar os hiperutilizadores do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Métodos: Procedemos à realização de um estudo retrospectivo unicêntrico, descritivo e analítico das observações no serviço de urgência durante o ano de 2018, através dos registos clínicos no S-Clínico. Definimos hiperutilizador como o doente com dez ou mais observações nesse ano.

Resultados: Identificámos 185 hiperutilizadores de um total de 33.189 doentes observados (0,6%), responsáveis por 2.268 (3,6%) dos 63.650 episódios de urgência. A mediana da idade foi de 13 meses (0-17 anos), tendo 79,5% dos doentes idade igual ou inferior a dois anos. A maioria era primeiro filho (63,8%) e 78,9% pertenciam ao distrito de Coimbra. Todos tinham médico de família atribuído. Os episódios de urgência distribuíram-se ao longo de todo o ano, com predomínio no turno das 16 às 24 horas, das prioridades urgente (46,1%) e pouco urgente (44,0%) e do recurso à urgência sem referenciação (85,8%). Tinham doença crónica 40,5% dos doentes (73,3% asma), porém 61,0% dos episódios não se relacionaram com a doença de base. As patologias infecciosa, respiratória e gastrointestinal justificaram 67,0% das observações (rinofaringite aguda 15,4%, bronquiolite aguda 11,0%, vómitos/diarreia 9,7%). Em 73,7% não se realizaram exames complementares de diagnóstico e 91,0% tiveram alta sem referenciação. Apenas 21,3% das observações estavam relacionadas com o episódio prévio, tendo-se verificado maior realização de exames complementares ($p=0,014$), prescrição antibiótica, internamento e referenciação à data da alta nesses episódios ($p=0,00$).

Discussão e Conclusão: Os hiperutilizadores foram crianças de baixa idade, primeiro filho, com médico de família, maioritariamente com patologia infecciosa. Cerca de um terço tem patologia crónica, não sendo, contudo, esse o motivo do recurso à urgência. Embora a grande maioria não tenha feito exames complementares e tenha tido alta sem referenciação, o perfil alterou-se quando as observações foram relacionadas com o episódio de urgência prévio. O conhecimento das características clínicas, familiares e

sociais dos hiperutilizadores poderá ajudar a delinear estratégias para reduzir a afluência recorrente e inapropriada ao Serviço de Urgência.

Palavras-chave: Crianças; Serviço de Urgência; Urgência Pediátrica; Hiperutilizadores; Utilizadores frequentes

ABSTRACT

Introduction and Objectives: The use of pediatric emergency services has increased over the years and on a global scale, with potential consequences, such as increased waiting times, high assistance burden for professionals and deterioration of care to those who really need it. Children and adolescents with excessive use of the emergency service can be called high-users, and the definition of this term is not yet consensual. The aim of our study was to identify and characterize the high-users of the Emergency Department of the Pediatric Hospital of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Material and Methods: We carried out a single-center, descriptive and analytical retrospective study of the observations in the emergency service during 2018, through clinical records in the S-Clinico. We defined high-user as the patient with ten or more observations in this year.

Results: 185 high-users were identified from a total of 33,189 observed patients (0.6%), responsible for 2,268 (3.6%) of the 63,650 emergency visits. The median age was 13 months (0-17 years), with 79.5% of the patients aged two years or less. Most were the first child (63.8%) and 78.9% belonged to the district of Coimbra. All had an assigned family doctor. Urgent episodes were distributed throughout the year, with a predominance in the shift from 4 pm to midnight, of the urgent (46.1%) and non-urgent (44.0%) priorities and of the use of urgency without referral (85.8%). 40.5% of the patients had chronic disease (73.3% asthma), but 61.0% of the episodes were not related to the underlying disease. Infectious, respiratory and gastrointestinal diseases accounted for 67.0% of the observations (acute rhinopharyngitis 15.4%, acute bronchiolitis 11.0%, vomiting / diarrhea 9.7%). In 73.7% there were no diagnostic tests performed and 91.0% were discharged without referral. Only 21.3% of the visits were related to the previous episode, with a higher number of diagnostic tests ($p=0.014$), antibiotic prescription, hospitalization and referral at the date of discharge in these episodes ($p=0.00$).

Discussion and Conclusion: In our study, the high-users were young children, first child, with a family doctor, mostly with infectious disease. About a third has a chronic condition, but this is not the reason for resorting to the emergency service. Although the vast majority did not have diagnostic test performed and were discharged without referral, the profile changed when the observations were related to the previous emergency episode. Knowledge of the clinical, family and social characteristics of the high-users may help to devise strategies to reduce recurrent and inappropriate affluence to the Emergency Department.

Keywords: Children; Emergency Department; Pediatric Urgency; High-users; Frequent users

ACRÓNIMOS/ ACRONYMS

SU – Serviço de Urgência

HU – Hiperutilizadores

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

HP – Hospital Pediátrico

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ORL – Otorrinolaringologia

GEA – Gastroenterite Aguda

OMA – Otite Média Aguda

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

ITU – Infecção do Trato Urinário

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

INTRODUÇÃO

O recurso aos serviços de urgência (SU), incluindo a pediátrica, tem aumentado ao longo dos anos e à escala global.^{1,2} Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal é um dos países com maior número de urgências *per capita*, com mais de 70 episódios de urgência por cada 100 habitantes.³ Na maioria das vezes, constatam-se situações pouco ou não urgentes.^{4,5} Como se pode constatar em estudos nacionais levados a cabo nos Centros Hospitalares de Vila Nova de Gaia (2006), Barreiro-Montijo (2012) e São João (2016), pelo menos 50% das observações de crianças e adolescentes no SU foram consideradas inapropriadas.^{4,6,7} Em 2018, tendo em conta a prioridade da triagem, 55,6% dos episódios de urgência no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HP-CHUC) também foram inapropriados, tendo sido triados como pouco ou não urgentes.

O recurso inapropriado à urgência pode ter várias explicações, nomeadamente a proximidade ao hospital, o acesso mais fácil e rápido à realização de exames complementares de diagnóstico (ECD) e/ou a um especialista numa determinada área médica ou cirúrgica, a perceção sobrevalorizada da gravidade da doença e o acesso restrito aos cuidados de saúde primários.^{8,9} A utilização excessiva do serviço de urgência pode produzir efeitos negativos sobre a qualidade dos serviços prestados, como o aumento no tempo de espera, com conseqüente descontentamento da população e desgaste dos profissionais, e aumento dos custos globais em saúde.
1,3,8,10,11

Existe a conceção mais ou menos generalizada de que em cada serviço de urgência há um pequeno grupo de doentes responsável por um grande número de episódios, com importante consumo de recursos e sobrecarga assistencial.^{2,7,12-15} Esses doentes, que recorrem à urgência de forma superior ao normal, podem designar-se de hiperutilizadores (HU).¹² No entanto, a definição de HU não é consensual: alguns autores definem HU com base num número fixo de episódios de urgência por ano (embora variável consoante o autor) e outros tendo em conta a superação de um determinado percentil de utilização.^{12,13} Estudos realizados em populações pediátricas consideraram como critério quatro a dez episódios de urgência de um doente por ano,^{3,4,8,9} sendo dez o valor de referência utilizado em populações semelhantes à do presente estudo.^{8,12}

Apesar dos episódios de urgência recorrentes, a população de HU não está bem avaliada e conhecer melhor as suas características poderá permitir intervenções dirigidas, com redução do recurso ao SU e melhoria da qualidade dos cuidados

prestados aos HU e à população geral. ^{1,12, 14,16} O objetivo deste estudo foi avaliar os HU do SU do HP-CHUC durante o ano de 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo observacional, retrospectivo, unicêntrico, descritivo e analítico, de todos os episódios do SU do HP-CHUC de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Seleção da Amostra

Foram incluídas todas as crianças e adolescentes entre os zero e os dezoito anos que recorreram ao SU do HP-CHUC dez ou mais vezes. Optámos por este critério tendo em consideração que a idade pediátrica é muito propensa à ocorrência de intercorrências infecciosas e que, portanto, o valor “normal” de recurso ao SU é habitualmente elevado. Foram excluídos episódios para realização de administração endovenosa de antibioterapia, reavaliações programadas, abandono/não resposta à chamada, ou aqueles em que o registo não permitiu a colheita dos dados.

Variáveis analisadas

A colheita dos dados ocorreu através da consulta dos registos clínicos no serviço informático para registo eletrónico, S-Clínico e através do registo de saúde eletrónico (RSE).

Relativamente aos HU, foram analisadas as seguintes variáveis:

1. Número de visitas ao SU (≥ 10);
2. Idade (em anos);
3. Idade dos pais (em anos);
4. Género (masculino/ feminino);
5. Área de residência (concelho de Coimbra, distrito de Coimbra, Aveiro, Leiria, Viseu, Castelo Branco);
6. Doença crónica (sem doença crónica, com doença crónica, com doença crónica complexa);
7. Diagnóstico específico da doença crónica;
8. Primeiro filho (sim, não);
9. Médico de família atribuído (sim, não).

Relativamente aos episódios de urgência, foram analisados:

1. Mês do ano em que recorreram ao SU;
2. Turno do SU (manhã das 8h às 16h, tarde das 16h às 00h, noite das 00h às 8h);
3. Triagem atribuída no SU-HPC: baseada no sistema canadiano (CPTAS - *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*), onde se estabelece uma prioridade de atendimento (cor) conforme a gravidade (vermelho - atendimento emergente; laranja - atendimento muito urgente; amarelo - atendimento urgente; verde - atendimento pouco urgente; azul - atendimento não urgente);
4. Proveniência (exterior, cuidados de saúde primários, SNS 24, outro hospital, INEM, consulta externa, clínica privada);
5. Motivo de vinda ao SU: febre/infecioso, respiratório, oftalmológico, osteoarticular, psiquiátrico, gastrointestinal, ORL, dermatológico, neurológico, genitourinário, cirúrgico/trauma, outros, desconhecido;
6. Exames complementares de diagnóstico (ECD's) no SU (não realizou, exames laboratoriais, exames imagiológicos, ambos);
7. Terapêutica instituída no SU (não realizou, farmacológica), excluídos paracetamol e ibuprofeno;
8. Diagnóstico à data de alta: diagnósticos classificados pelo médico que observou a criança, de acordo com *International Classification of Diseases 10th Revision* (ICD-10);
9. Referenciação após alta (exterior não referenciado, internamento, consulta externa, consulta de agudos, reavaliação programada no SU);
10. Prescrição antibiótica (não, sim);
11. Relação com doença crónica (não, sim);
12. Relação com episódio anterior (não, sim).

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19. A análise das variáveis contínuas incluiu a média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas, foram analisadas as frequências absolutas e relativas. Foi ainda utilizado o teste do coeficiente de correlação ordinal de Spearman para estudar a relação entre o número de episódios de urgência e a idade das crianças, para o qual o nível de significância considerado foi de 5%.

Comissão de Ética

Este trabalho foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética do CHUC no dia 1 de Agosto de 2019, tendo sido aprovado no dia 23 de Janeiro de 2020.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, houve 63.650 episódios de urgência, correspondentes a 33.189 crianças e adolescentes. Desses, 185 tiveram dez ou mais observações no SU-HP (0,6%), definindo-se como HU, responsáveis por 2.268 de todos os episódios de urgência (3,6%).

- **Caracterização dos hiperutilizadores**

Os HU apresentaram uma mediana de onze episódios de urgência, com um máximo de 33. Em 21,3% dos casos (482/2.268) o episódio relacionou-se com o anterior.

A mediana de idades foi de 13 meses (0-17 anos) e a média foi de 31,6 meses (2,2 anos), com um desvio-padrão de 45,4 meses (3,8 anos). Em 79,5% dos episódios de urgência a idade foi igual ou inferior a dois anos. No entanto, não se verificou correlação entre o número médio de episódios de urgência e a idade ($p=0,831$) (Figura 1).

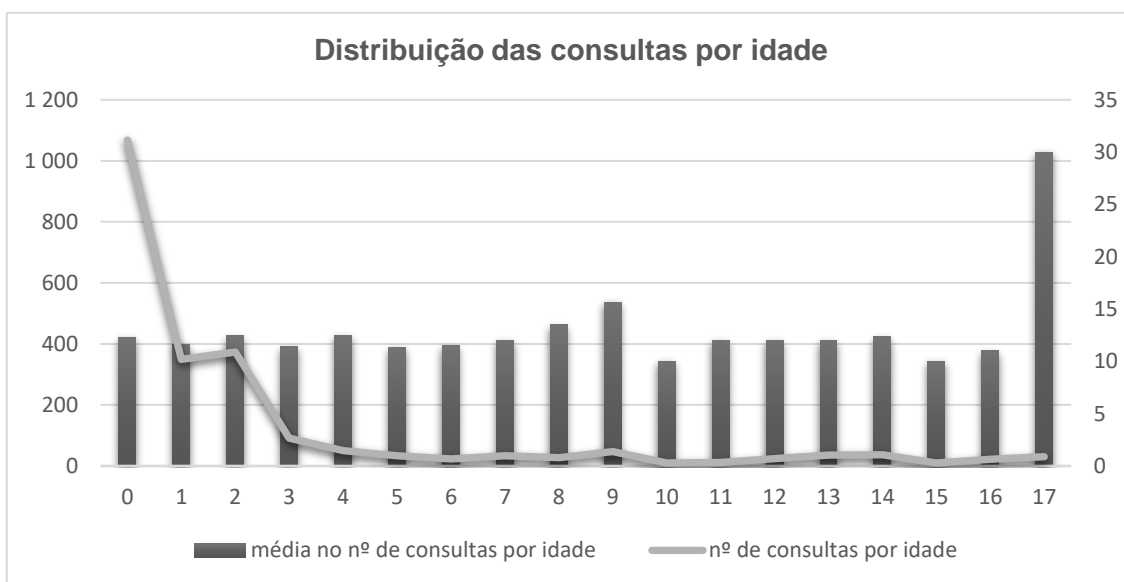


Figura 1 - Distribuição das consultas por idade. O nº absoluto de episódios de urgência por idade está descrito pela linha e deve ser lido no eixo vertical esquerdo. A média de episódios por idade está descrita pelas barras e deve ser lida no eixo vertical direito.

A idade mediana da mãe foi de 34 anos (17-51) e a do pai de 36 anos (21-63). Verificou-se que 63,8% (119/185) eram primeiro filho.

Não se verificou predomínio de género (masculino 93 vs feminino 92).

A maioria residia no distrito de Coimbra (Tabela I).

Tabela I - Área de residência dos hiperutilizadores

Área de residência (distrito)	N	%
Coimbra	146	78,9
Aveiro	21	11,4
Leiria	12	6,5
Viseu	3	1,6
Castelo Branco	3	1,6
Total	185	100

Através da consulta do RSE, verificámos que todos tinham médico de família atribuído.

Constatámos a presença de doença crónica em 40,5% dos HU (75/185), na maioria dos casos asma, como apresentado na tabela II. Apesar disto, 61,0% dos episódios não se relacionaram com a doença de base.

Tabela II - Doenças crónicas nos hiperutilizadores

Doença crónica	N	%
Asma	55	73,3
Malformação/ anomalia nefro-urológica	6	8
Epilepsia	4	5,6
Perturbação do espectro de autismo	2	2,7
Neurofibromatose	1	1,3
Encefalopatia hipoxico-isquémica	1	1,3
Angioedema hereditário	1	1,3
Síndrome de Wolf-Hirschhorn	1	1,3
Displasia fibrótica polioestótica	1	1,3
Enxaqueca abdominal	1	1,3
Espondilolistese adquirida	1	1,3
Várias	1	1,3
Total	75	100

No que diz respeito à prioridade de triagem dos doentes com doença crónica, receberam prioridade urgente 48,7% dos casos, tal como se observa na tabela III. A maioria não realizou ECD's (70,6%) e teve alta sem referência (90,0%) (Tabela III).

Tabela III - Triagem, exames complementares de diagnóstico e referência dos doentes com doença crónica

Triagem, exames complementares de diagnóstico e referência	N	%
Triagem		
• Não urgente	3	0,3
• Pouco urgente	356	37,0
• Urgente	469	48,7
• Muito urgente	135	14,0
Total	963	100,0
Exames complementares de diagnóstico		
• Não realizou	680	70,6
• Realizou	283	29,4
○ Laboratoriais	188	19,5
○ Imagiológicos	64	6,7
○ Ambos	31	3,2
Total	963	100,0
Referência		
• Exterior não referenciado	867	90,0
• Internamento	54	5,6
• Consulta externa	23	2,4
• Consulta de Agudos	9	0,9
• Reavaliação programada SU	10	1,1
Total	963	100,0

- **Caracterização dos episódios**

Os episódios de urgência dos HU distribuíram-se uniformemente ao longo de todo o ano, com discreto predomínio no mês de março e menor número no mês de agosto. O turno preferencial foi o da tarde (16-00h), com 49% das vindas, seguido dos turnos da manhã (08-16h) em 38% e da noite (00-08h) em 13% (p=0,00).

Relativamente à proveniência, a maioria foi do exterior (86%), seguida da referência pela linha telefónica do SNS 24 (7,0%) e pelos cuidados de saúde primários (4,0%).

A prioridade de triagem foi sobretudo urgente (46,1%), seguida de não urgente (44,0%). Não houve casos triados como emergentes.

Os motivos dos episódios de urgência estão distribuídos por grupos/ sistemas na tabela IV, tendo o principal sido o infeccioso e/ou febre, com quase um terço dos casos (27,7%). Seguiu-se o grupo respiratório (24,9%) e o das queixas gastrointestinais (13,6%).

Tabela IV - Motivos dos episódios de urgência dos hiperutilizadores

Motivos dos episódios de urgência	N	%
Febre/Infeccioso	628	27,7
Respiratório	564	24,9
Gastrointestinal	309	13,6
Dermatológico	222	9,8
ORL	154	6,7
Osteoarticular	94	4,1
Cirúrgica/Trauma	90	4,0
Genitourinário	57	2,5
Oftalmológico	47	2,1
Outros	47	2,1
Neurológico	46	2,0
Psiquiátrico	6	0,3
Desconhecido	4	0,2
Total	2.268	100

Não houve necessidade de realizar ECD's na maioria dos episódios (73,7%). Quando realizados, em 26,3% dos casos, a maioria foi exames laboratoriais (67,5%), seguidos de imagiológicos (23,1%); em 9,4% dos episódios, foram realizados ambos (laboratoriais e imagiológicos).

A existência de um episódio de urgência anterior relacionado com a mesma doença determinou a realização de mais ECD's ($p=0,014$), como se pode observar na figura 2.

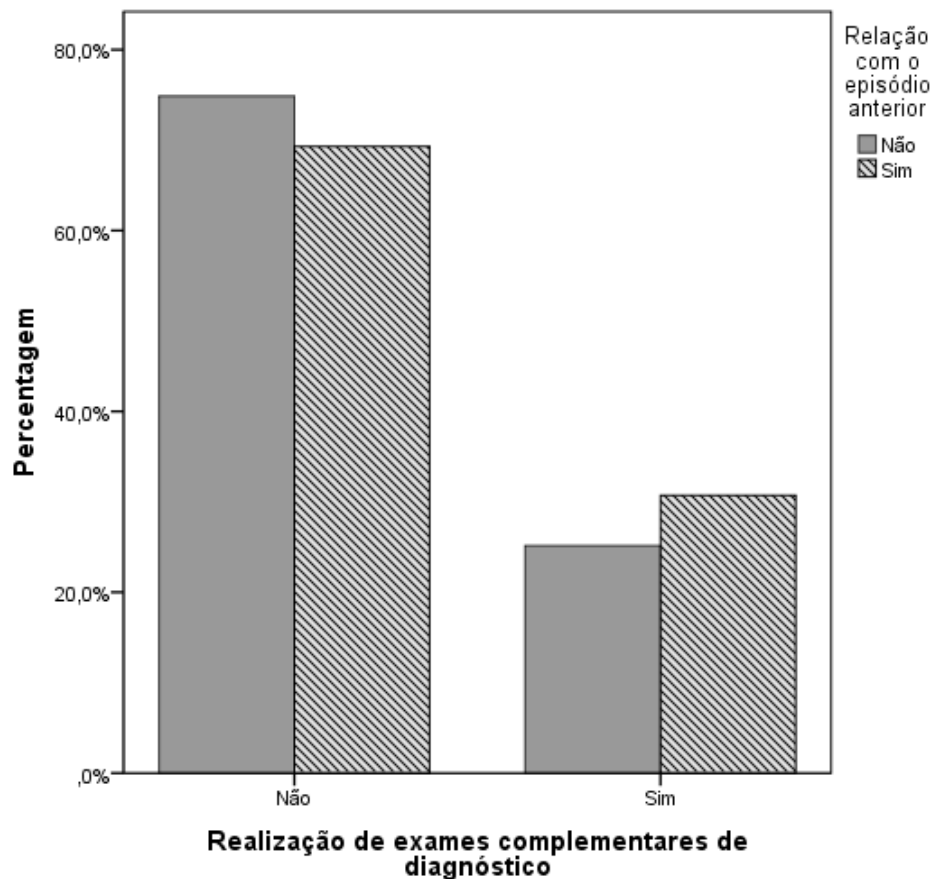


Figura 2 – Análise da relação do episódio anterior com a realização de exames complementares de diagnóstico

Foi administrada terapêutica farmacológica no SU em cerca de um quinto dos casos (22,8%), incluindo terapêutica inalatória, anti-eméticos, anti-convulsivantes, entre outros.

Os diagnósticos à data de alta são apresentados na tabela V. A nasofaringite aguda foi o diagnóstico mais comum (15,4%), seguido da bronquiolite/crise de dispneia (11,0%). O grupo de doenças mais frequente foi o respiratório/infeccioso (42,9%), o que está de acordo com os motivos que levaram os HU à urgência.

Tabela V - Diagnósticos à data de alta mais frequentes, segundo a classificação ICD-10.

Diagnósticos à data de alta	N	%
Doenças do sistema respiratório/ Infeciosas	973	42,9
• Nasofaringite aguda	349	15,4
• Bronquiolite/Dispneia	250	11,0
• Crise de asma	173	7,6
• Amigdalite aguda	83	3,7
• Pneumonia	61	2,7
• Laringite/Traqueobronquite	50	2,2
• Gripe	4	0,2
• Apneia/ Síndrome da apneia obstrutiva do sono	3	0,1
Sintomas e sinais que envolvem o sistema digestivo e o abdómen	297	13,2
• Vômitos/Diarreia/Gastreenterite aguda	219	9,7
• Dor abdominal	49	2,2
• Obstipação	29	1,3
Sintomas e sinais gerais	146	6,4
• Síndrome Febril	103	4,5
• Cefaleia	9	0,4
• Convulsão	23	1,0
• Estado de ansiedade	11	0,5
Sintomas e sinais que envolvem a pele e tecido subcutâneo	286	12,6
• Exantema Infecioso	157	6,9
• Exantema não infeccioso	79	3,5
• Crise de angioedema hereditário	30	1,3
• Infecção da pele/ Celulite	20	0,9
Doenças do ouvido	193	8,5
• Otite externa/Otite média aguda	193	8,5
Lesão e outras consequências de causas externas	108	4,8
• Fratura/Entorse/Contusão	75	3,3

• Traumatismo crânio-encefálico	33	1,5
Doenças do aparelho urinário e genitais	72	3,2
• Infecção do trato urinário	48	2,1
• Vaginite/ Vulvovaginite	15	0,7
• Balanite/ Balanopostite	9	0,4
Doenças oftalmológicas	36	1,6
• Conjuntivite	36	1,6
Doenças da cavidade oral	21	0,9
• Gengivoestomatite	21	0,9
Adenite reativa/ Linfadenite aguda	12	0,5
Dor lombar	12	0,5
Dor torácica	10	0,4
Outros	102	4,5
Total	2268	100,0

Os HU tiveram alta para o domicílio, sem qualquer referenciação, em 91,0% dos episódios (Tabela VI).

Tabela VI - Referenciação dos hiperutilizadores após observação no SU

Referenciação	N	%
Exterior não referenciado	2065	91,0
Internamento	98	4,3
Consulta externa	64	2,8
Consulta de Agudos	24	1,1
Reavaliação programada SU	17	0,8
Total	2.268	100,0

Quando o episódio de urgência se relacionou com o anterior, ou seja, quando o motivo de urgência foi o mesmo em dois episódios consecutivos, confirmou-se maior tendência para internar ou referenciar para consulta à data da alta ($p=0,00$) (Figura 3). O mesmo se constatou quando analisada a prescrição antibiótica. Embora a maior parte dos doentes tenha tido alta sem prescrição antibiótica (87,0%), a tendência à prescrição foi maior ($p=0,00$) quando o episódio se relacionou com o anterior (Figura 4).

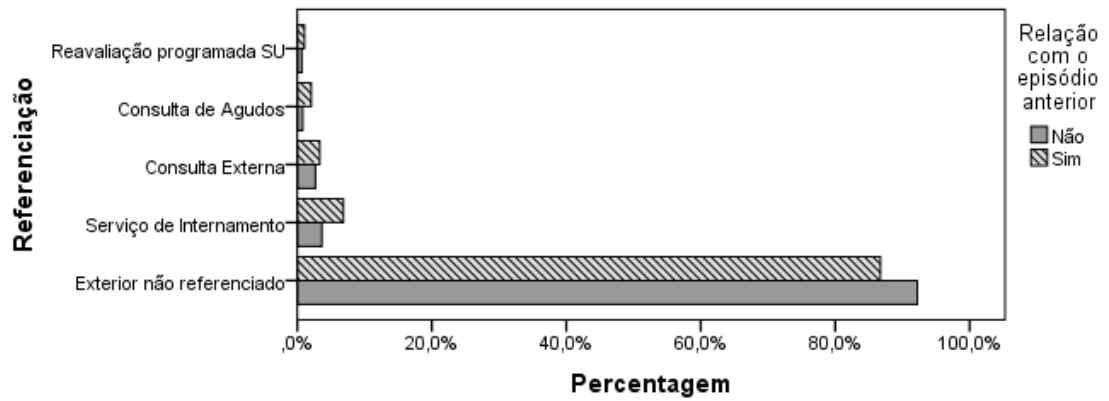


Figura 3 - Comparação, em termos percentuais, da referenciação quando se trata do primeiro episódio ou de um episódio relacionado com o anterior

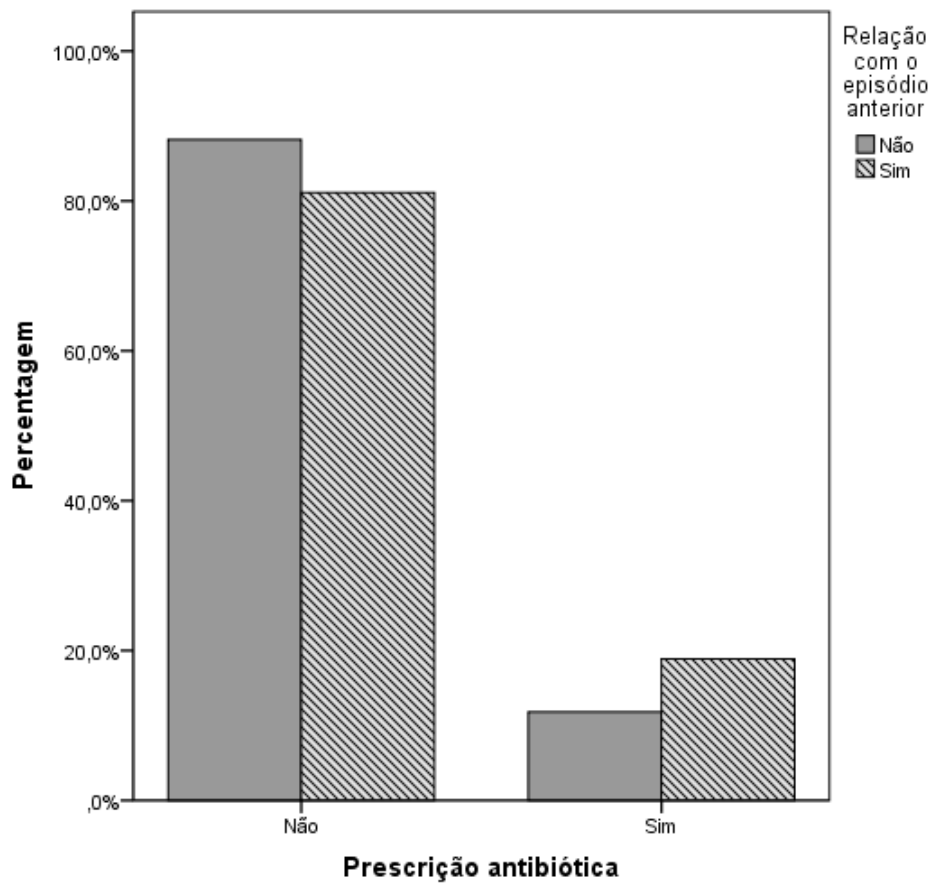


Figura 4 - Comparação, em termos percentuais, da prescrição antibiótica quando se trata do primeiro episódio ou de um episódio relacionado com o anterior.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo identificar e caracterizar os HU do SU do HP-CHUC.

A monitorização dos HU com vista à potencial redução da utilização inapropriada do SU é uma recomendação que já constava do relatório de atividades da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde em 2013.¹⁷ Dada a escassez de estudos sobre este assunto em idade pediátrica e tendo em conta a definição pouco consensual de HU, torna-se difícil a análise e comparação corretas, tendo que se recorrer a literatura baseada na população adulta ou em amostras não exclusivamente pediátricas.

À semelhança de outros autores,^{1,2,8,12,16} identificámos um pequeno grupo de doentes responsável por número elevado de episódios de urgência. Comparando com outros trabalhos que usaram o mesmo critério para definir HU (≥ 10 episódios num ano), nacionais (Botelho *et al*, 2019)⁸ e internacionais (Garcia *et al*, 2017)¹², verificámos incidências semelhantes.

Não se verificou predomínio de género na nossa amostra. Apesar de alguns estudos o terem identificado¹¹, outros provaram que o género não é um fator de risco independente para a utilização recorrente do SU.¹⁸

Kim BS *et al*, no seu estudo conduzido num hospital terciário da Coreia do Sul em 2012, descreveram uma relação inversamente proporcional entre a idade e o número de episódios de urgência, também verificada na nossa amostra, em que 79,5% dos HU tinham idade igual ou inferior a dois anos.¹ A suscetibilidade da baixa idade às intercorrências infecciosas febris pode justificar o recurso ao SU.^{1,19}

Outros fatores apontados, como a inexperiência e ansiedade dos pais, podem acentuar-se quando se trata de um primeiro filho (o que se verificou na maior parte dos nossos HU) ou no caso de pais jovens (não verificado neste estudo).^{12,13,16} Caldeira T *et al*, ao verificarem a adequação do recurso à urgência pediátrica num hospital do grande Porto em 2003, consideraram como possível fator de risco a inacessibilidade aos cuidados de saúde primários, mais concretamente a inexistência de médico de família, aspeto não constatado nos nossos HU.⁷

Como seria de esperar, a maioria dos HU é proveniente do distrito de Coimbra, o que apoia a influência da área de residência e a distância ao hospital como um fator importante, já descrito por outros autores.^{5,16} Contudo, 21,1% pertenciam a outros distritos, e tinham outros hospitais próximos da área de residência. Poder-se-á

especular que também poderão ter episódios de urgência recorrentes nesses mesmos hospitais.

A maioria das crianças dirigiu-se diretamente ao SU por iniciativa dos pais, sem qualquer referência prévia. Este dado é concordante com outros estudos nacionais^{6,7,15,20}. De facto, num estudo levado a cabo em 2008, numa população adulta da urgência hospitalar de Espinho, concluiu-se que não foi a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde primários que determinou a utilização do SU mas sim a perceção de que o seu estado de saúde exigia tratamento urgente.²¹ Por outro lado, o acesso à plataforma SNS 24, cujo principal objetivo é o de evitar deslocações desnecessárias ao SU, tem aumentado nos últimos anos (Fonte: SNS 24, Lisboa). Seria interessante perceber se no mesmo episódio de doença os HU recorreram a outras instituições de saúde. Krieg *et al*, em 2016, ao procurarem identificar os preditores individuais para recurso ao SU, consideraram que os usuários frequentes tendem a utilizar de forma excessiva todos os serviços médicos, desde cuidados de saúde primários, a linhas telefónicas, consultas hospitalares e idas a clínicas privadas, entre outros.¹⁸

Não se verificou sazonalidade no recurso ao SU, embora se tenha constatado mais episódios de urgência entre as 16 e as 24 horas, que corresponde ao período pós-laboral e em que muitas das instituições de cuidados de saúde primários já se encontram encerradas.¹⁷

Se considerarmos a prioridade de triagem como critério para adequação do episódio de urgência, apenas 46,1% dos mesmos se justificaram, ou seja, os triados com nível urgente. Em 2001, Pereira *et al* sugeriram outros critérios para definir “verdadeiras urgências”, como a transferência de outro hospital, a necessidade de internamento hospitalar, a realização de estudos de imagem, o recurso ao tratamento endovenoso ou oxigenoterapia, a administração de medicamentos no SU, e a realização de tratamentos ortopédicos, limpeza de feridas ou remoção de corpos estranhos.⁹ Preencheram pelo menos um destes critérios, 61 episódios de urgência, triados como não urgentes, subindo para 48,8% o número de casos considerados adequados. Assim, verificou-se que mais de 50% da nossa amostra correspondeu a situações de baixa gravidade, números sobreponíveis aos publicados na literatura.^{6,12,20}

Identificámos doença crónica, particularmente asma, em 40,5% dos HU, contudo a maioria dos episódios de urgência não se relacionou com a doença de base, tendo a febre sido o principal motivo. Este dado é controverso, tendo sido corroborado por alguns autores, onde a doença crónica não se mostrou significativa,^{1,12} e contrariado por outros, em que a doença crónica foi fator preponderante e a asma agudizada um dos

principais diagnósticos dos episódios de urgência.^{8,14} Em 2014, Neuman *et al*, no seu estudo sobre as características da utilização recorrente dos SU pediátricos americanos, referiram que os HU com doença crónica serão mais frequentes nos hospitais terciários, onde fazem o seu seguimento habitual.¹⁶ Tratando-se o HP de um hospital de referência para muitas áreas da pediatria médica, esperar-se-ia então um número mais significativo de HU com doença crónica. É possível que, alguns destes doentes, antes de se dirigir ao SU, tivessem contactado o seu médico assistente, tendo-se evitado alguns episódios de urgência.

De qualquer forma, algumas doenças crónicas predispoem à ocorrência de infeções potencialmente graves, com indicação médica para observação hospitalar para baixos limiares, e outras poderão descompensar ou agravar aquando das intercorrências infecciosas, podendo justificar os episódios de urgência, apesar de diagnósticos definitivos comuns como a nasofaringite aguda, também encontrados em outros trabalhos.^{12,16}

Neste estudo verificámos que 21,3% dos episódios de urgência eram relacionados com o anterior, tratando-se possivelmente da mesma doença. Alguns autores¹⁴, ao analisarem os HU, optaram por considerar como apenas um episódio de urgência quando as várias observações ocorriam num intervalo de três dias.¹⁴ Identificámos ainda uma maior tendência à realização de ECD's, ao internamento, à referenciação para consulta à data da alta e à prescrição antibiótica quando as observações se relacionavam com o episódio prévio, à semelhança de outros estudos.^{1,12,14}

Como limitações deste estudo apontamos o facto de ser retrospectivo, sem grupo-controlo e de não se ter analisado variáveis como as habilitações literárias, o nível socioeconómico e o grau de ansiedade dos pais, todos fatores descritos como de risco para um maior número de visitas ao SU. Para além disso, a ausência de uma definição consensual nacional e internacional limita a comparação com outros grupos de HU.

Em suma, o perfil dos nossos HU é o de uma criança com menos de dois anos, primeiro filho de pais em torno dos 35 anos, que reside perto do hospital e tem médico de família atribuído, mas que se dirige diretamente ao SU entre as 16 e as 24h essencialmente por um motivos infecciosos e não relacionados com potenciais doenças crónicas. Quando o HU é observado no SU de forma recorrente no mesmo episódio de doença, tem maior probabilidade de realizar ECD's, ser internado ou ter alta com antibioterapia e ser referenciado a alguma consulta.

Para reduzir a afluência recorrente e inapropriada dos HU ao SU é preciso conhecer as suas características clínicas, familiares e sociais, melhorar a comunicação com esses doentes e melhorar as estratégias de educação e de literacia em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, irmã, família, Pedro e amigos por me apoiarem quer a nível pessoal quer a nível profissional, estando sempre presentes no meu percurso.

Obrigada pela preocupação, por todo o tempo que despenderam a ouvir e a aconselhar, por terem acompanhado o meu crescimento pessoal e profissional, sendo imprescindíveis.

O meu agradecimento à Dr.^a Mariana Domingues, à Professora Doutora Fernanda Rodrigues, à Dr.^a Marta Martins e à Dr.^a Francisca Cunha por toda a orientação e disponibilidade para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kim B, Kim J, Choi S, and Yoon Y. Understanding the Characteristics of Recurrent Visits to the Emergency Department by Paediatric Patients: A Retrospective Observational Study Conducted at Three Tertiary Hospitals in Korea. *BMJ Open* 8, no. 2. 2018.
2. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42–8.
3. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Publishing. 2015. Report No.: 83.
4. Ferreira I. Procura numa Urgência Pediátrica: fatores que mais contribuem para a afluência de casos não urgentes. [Dissertation]. Porto: Universidade de Porto. 2017.
5. Nagree Y, Cameron P, Gosbell A, Mountain D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding: Telephone triage: not the answer to ED overcrowding. *Emerg Med Australas*. 2012;24:123–6.
6. Rafael MS, Portela S, Sousa P, Fernandes AC. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Sci Med*. 2017;27:24919.
7. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediatr Port*. 2006; 37:1-4
8. Botelho G, Gonçalves C, Bela N, Gomes S. High-users of Pediatric Emergency Room: Who, How and Why. *Port. J. Pediatr*. 2019; 50:88-92
9. Pereira S, e Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University hospital. *Ann Emerg Med*. 2001;37:580–6.
10. Seguin J, Osmanlliu E, Zhang X, Clavel V, Eisman H, Rodrigues R, et al. Frequent users of the pediatric emergency department. *CJEM*. 2018;20:401–8.

11. Davis JW. Identifying Characteristics of Patients With Low Urgency Emergency Department Visits In a Managed Care Setting. *Manag Care*. 2010;19:38-44.
12. García AR, Martín GM, Laiseca LB, García SM, Segura AC, Iglesia VF, et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *An. Pediatr*. 2017;86:67–75.
13. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*. 2011;18:128–34.
14. Alpern ER, Clark AE, Alessandrini EA, Gorelick MH, Kittick M, Stanley RM, et al. Recurrent and High-frequency Use of the Emergency Department by Pediatric Patients. Stevenson MD, editor. *Acad Emerg Med*. 2014;21:365–73.
15. Freitas AC, Moreira AR, Soraia T, Cardoso R. “Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica”. *Nascer e Crescer, revista de pediatria do centro hospitalar do porto* ano 2016, vol XXV, nº3; 25:136-40
16. Neuman M, Alpern E, Hall M, Kharbanda A, Shah S, Freedman S, Aronson P, Florin T, Mistry R, Berry J. Characteristics of Recurrent Utilization in Pediatric Emergency Departments. *AAP*. 2014.
17. Nascimento C. Utilizadores frequentes do Serviço de Urgência Pediátrico: realidade ou mito?. [Dissertation] Porto: Universidade do Porto; 2017
18. Krieg C, Hudon C, Chouinard M-C, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:594.
19. LeDuc K, Rosebrook H, Rannie M, Gao D. Pediatric Emergency Department Recidivism: Demographic Characteristics and Diagnostic Predictors. *J. Emerg. Nurs*. 2006;32:131–8.
20. Pinheiro M. Saúde 24: o que chega a um Serviço de Urgência de Pediatria. [Dissertation]. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2014.

21. Oliveira A. Hiperutilizadores e Urgência. Acta Med Port. 2008; 21:553-558