



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CAROLINA PATARRA ANJO

***Fatores que influenciam a ida desadequada de
crianças à urgência: revisão sistemática***

ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO
DOUTORA ANA RAFAELA ESPERANÇA

MAIO/2020

Fatores que influenciam a ida desadequada de crianças à urgência

Carolina Patarra Anjo

carolpanjo@hotmail.com

Professora Doutora Inês Rosendo

USF Coimbra Centro. Faculdade de Medicina, Universidade Coimbra, Portugal.

Doutora Ana Rafaela Esperança

USF Beira Ria.

Maio/ 2020

ÍNDICE

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	7
RESULTADOS	10
Seleção de estudos.....	10
Estudos incluídos	10
Vantagens do SU	18
Perceção de gravidade	18
Limitações dos Cuidados de Saúde Primários	18
Necessidade de garantia sobre as suas preocupações	18
Necessidade de 2ª opinião.....	19
Referenciação por outros profissionais de saúde	19
Horário	19
Características das crianças	19
Sintomas	20
Qualidade dos estudos incluídos	20
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	26
AGRADECIMENTOS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS	31

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECDs – Exames Complementares de Diagnóstico

MF – Médico de Família

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SU – Serviço de Urgência

RESUMO

O aumento do número de visitas ao Serviço de Urgência Pediátrico constitui uma preocupação na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. O recurso a este por situações não urgentes integra uma grande percentagem destas visitas o que comporta duas consequências imediatas: recursos humanos insuficientes e custos económicos acrescidos.

O objetivo deste estudo é a revisão sistemática com finalidade de identificação dos principais fatores que influenciam a procura desadequada dos cuidados do Serviço de Urgência Pediátrica.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura existente na Pubmed, Embase e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, em Fevereiro de 2020, com data de publicação de 2011 a 2020. Foram selecionados, primeiro por título e resumo e, posteriormente, por leitura integral, 13 trabalhos. O processo de seleção foi realizado por duas pessoas, independentemente.

Após análise dos artigos selecionados, 10 fatores principais foram identificados: vantagens do Serviço de Urgência, perceção de gravidade da condição da criança, limitações dos Cuidados de Saúde Primários, necessidade de garantia sobre as preocupações dos pais, necessidade de 2ª opinião, referenciação por parte de outros profissionais de saúde, horário, sintomas que as crianças apresentam e características dos pais e das crianças. A qualidade dos estudos foi muito heterogénea.

Esta revisão mostrou que o problema da ida desadequada de crianças ao Serviço de Urgência Pediátrica é multifatorial. A identificação e compreensão destes fatores é relevante no sentido de reduzir as visitas não urgentes e evitar a sobrelotação do Serviço de Urgência com as consequências já acima mencionadas.

PALAVRAS CHAVE: Pais; Cuidadores; Serviço de Urgência Pediátrico; Uso inapropriado dos serviços de urgência; Fatores.

ABSTRACT

The increasing number of Pediatric Emergency Department visits' is a concern when it comes to the sustainability of the National Health Service. The use of the pediatric emergency department for non-urgent situations integrate a large percentage of these visits, which leads to two immediate consequences: the lack of human resources and increased economic costs.

This study aimed at the systematic review with the finality of identify the main factors to present to the pediatric emergency department for a non-urgent condition.

A systematic review of the literature was performed on Pubmed, Embase and Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, in February 2020, published between 2011 and 2020. Firstly, by reading the title and the resume and, posteriorly, by integral reading, 13 studies were selected. The selection process was performed by two people, independently.

After analysis of the selected studies , 10 main factors were identified: the advantages of the emergency department, the perception of urgency of the child's condition, limitations of the Primary Health Services, the need of reassurance about parents' concerns, the need of a second opinion, the referral by other health professionals, the schedule, the symptoms of the child and the parents' and child's characteristics. The quality of the included studies was really heterogeneous.

This review showed that the issue of the inadequate use of the pediatric emergency department is multifactorial. The identification and, consequently, understanding of these factors are relevant to help reduce the non-urgent visits and to avoid overcrowding at the Pediatric Emergency Department with the consequences already mentioned above.

KEY WORDS: Parents; Caregivers; Pediatric Emergency Department; inappropriate use of health services; Factors.

INTRODUÇÃO

Os episódios clínicos podem ser divididos em três classes: urgências hospitalares, urgências não hospitalares e episódios não urgentes.¹ Episódios não urgentes são definidos como condições para as quais a probabilidade de efeitos adversos não aumenta em algumas horas e, como tal, é possível aguardar por avaliação pelo médico assistente em consulta programada.^{1,2} No entanto, um estudo conclui que a percentagem de casos não urgentes que se apresentam nas urgências hospitalares pediátricas em Portugal é de 70%.³ Isto acarreta várias consequências como custos económicos acrescidos, insuficiência de recursos humanos e materiais, tempos de espera mais longos e insatisfação por parte dos utentes assim como uma redução na qualidade do atendimento.^{2,4,5}

Para perceber as causas, algumas revisões foram feitas, tanto para a população pediátrica como para adultos. Quanto à população adulta, uma revisão de 2013, relata a dificuldade em entender a motivação por trás das idas desadequadas ao Serviço de Urgência (SU) e falhas, como os diversos critérios usados na definição de situações não urgentes e a falta de uso de estatística multivariada de modo a identificar fatores que influenciam estas situações, controlando outros fatores, em vários dos estudos publicados.² Na comunidade pediátrica, um revisão qualitativa de 2018 e uma revisão sistemática de métodos mistos de 2019, identificaram vários fatores como insatisfação com os serviços de saúde primários, dificuldades em conseguir uma marcação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), horário e vantagens do SU.^{6,7} Reforçaram ainda que a compreensão da motivação dos pais ao recorrerem ao SU é importante para reduzir a quantidade de visitas desnecessárias ao mesmo e evitar a sua sobrelotação e, como tal, mais estudos devem ser feitos.^{2,6,7} A revisão de 2018, incluiu apenas estudos qualitativos, anteriores a 2015 e em língua inglesa. Quanto à revisão de 2019, incluiu artigos quantitativos e qualitativos, publicados até Junho de 2018 e apenas em língua inglesa e turca.

O objetivo desta revisão foi fazer uma revisão sistemática mais atualizada e abrangente dos fatores identificados na literatura que estão na base de idas desadequadas de crianças ao serviço de urgência pediátrica, incluindo os estudos qualitativos e quantitativos mais atuais, sem limitações na origem e língua dos mesmos.

METODOLOGIA

Esta revisão foi realizada de acordo com as Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Guidelines (PRISMA) (Anexo I). O número de registo da revisão na plataforma PROSPERO é CRD42020128475.

A pesquisa bibliográfica para a realização da presente revisão foi feita em Fevereiro de 2020, com base na leitura e compilação de informação presente em artigos científicos. Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, Embase e RCAAP. A estratégia usada nos dois primeiros encontra-se apresentada na Tabela I.

Bases de dados	Estratégia de pesquisa
Pubmed	((Parent* OR Caregiver) AND (“Inadequate emergencies” OR “False urgencies” OR “Inappropriate hospital use” OR “inappropriate use” OR “appropriate use” OR “Health services misuse” OR “Emergency department use” OR “Inadequate use of pediatric emergency” OR “Non-urgent attendance” OR “Non-urgent emergency department use” OR Overcrowding OR “Appropriate use of pediatric emergency department” OR “Nonurgent illness” OR “Minor illness” OR “Attitude to health” OR “Avoidable admissions”)) e ((Parents [Mesh] OR Caregivers [Mesh]) AND (“Inadequate emergencies” OR “False urgencies” OR “Inappropriate hospital use” OR “inappropriate use” OR “appropriate use” OR “Health services misuse” OR “Emergency department use” OR “Inadequate use of pediatric emergency” OR “Non-urgent attendance” OR “Non-urgent emergency department use” OR Overcrowding OR “Appropriate use of pediatric emergency department” OR “Nonurgent illness” OR “Minor illness” OR “Attitude to health” OR “Avoidable admissions”))
Embase	('avoidable admissions' OR 'inadequate emergencies' OR 'false urgencies' OR 'inappropriate hospital use' OR 'inappropriate use' OR 'appropriate use' OR 'health services misuse' OR 'emergency department use' OR 'inadequate use of pediatric emergency' OR 'non-urgent attendance' OR 'non-urgent emergency department use' OR overcrowding OR 'appropriate use of pediatric emergency department' OR 'nonurgent illness' OR 'minor illness' OR 'attitude to health') AND (parent* OR caregiver)

Tabela I - Estratégia de pesquisa nas bases de dados Pubmed e Embase

Em relação ao RCAAP, foram feitas 4 pesquisas com os termos ‘*emergency*’, ‘*overutilization of health services*’, ‘*avoidable admissions*’ e ‘*non-urgent emergency department use*’, tendo sido obtidos um total de 104 artigos.

Para cada pesquisa foram definidos filtros com restrição para artigos com data de publicação de 2011 a 2020.

A seleção dos artigos a incluir foi feita por duas pessoas, de forma independente, através da plataforma Rayyan,²⁰ primeiramente com base na leitura do título e resumo dos mesmos, através dos quais foi inferida a sua pertinência para o estudo. Numa segunda volta, foi lido o texto integral com o objetivo de confirmar a presença dos critérios de inclusão/exclusão no estudo (Tabela II).

Posteriormente, foi revista a bibliografia desses artigos e identificados 2 artigos de interesse que, após serem lidos integralmente, foram também incluídos no estudo.

A avaliação da qualidade dos estudos foi feita por duas pessoas, de forma independente. A qualidade dos estudos quantitativos foi avaliada da Escala Newcastle-Ottawa.^{24,25} A pontuação máxima que cada artigo pode ter é, para os estudos de coorte, 9 e, para os estudos descritivos, 10. Quanto aos estudos qualitativos, foi usada a JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research.²³ A pontuação máxima, neste caso, é também 10.

Área	Definição
População	Pais/ cuidadores de crianças menores de 18 anos
Exposição	Fatores que influenciam a presença nos serviços de urgência pediátricos
Contexto	Serviços de emergência pediátrica incluindo hospitais centrais e periféricos e serviços incluídos em cuidados secundários (exclui centros de emergência de cuidados primários)
Resultado	Procura adequada dos serviços de emergência, definida por opinião de especialistas, percepção parental, <i>checklist</i> oficial ou regulamentos ou <i>checklist</i> personalizada por investigadores
Estudos	Observacionais

Tabela II - Critérios de inclusão

RESULTADOS

Seleção de estudos

A pesquisa inicial identificou 13232 artigos que foram, seguidamente, importados para a plataforma Rayyan. Destes, os duplicados foram removidos e 44 foram lidos integralmente, dos quais 13 satisfizeram todos os critérios de inclusão pré-definidos (Figura 1).

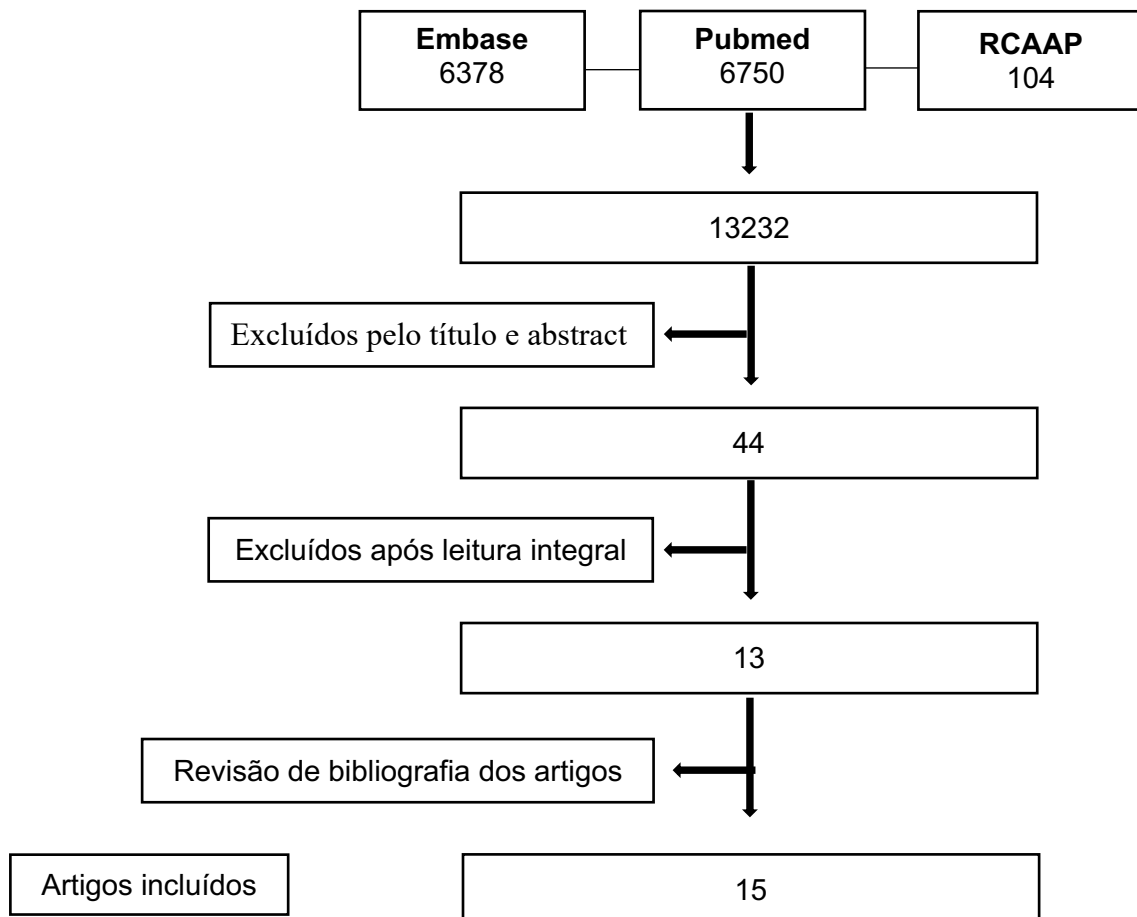


Figura 1 - Estratégia de pesquisa

Estudos incluídos

Foram incluídos nesta revisão 15 artigos publicados entre 2011 e 2018. Destes, 12 eram em inglês, 1 em português, 1 em espanhol e 1 em francês. 6 estudos eram qualitativos^{9,10,12,13,16,22} e 9 estudos eram transversais.^{4,5,8,11,14,15,17,18,21} Os países onde foram realizados estes estudos encontra-se na Tabela III.

País	Número de artigos	País	Número de artigos	País	Número de artigos
EUA	6	Bélgica	1	Lituânia	1
Canadá	2	Brasil	1	Reino Unido	1
Argentina	1	França	1	Singapura	1

Tabela III - Países onde foram realizados os estudos

O tamanho da amostra variou de 17¹⁰ a 3117⁸ participantes. 7 estudos recolheram a informação após a triagem e enquanto os pacientes esperavam para ser observados.^{9,11,14,16,17,21} Num dos estudos os pacientes foram triados como não urgentes mas não há informação em relação a quando foram abordados.⁴ Existem 4 estudos em que a informação foi recolhida após a consulta,^{5,10,18,22} 1 em que o contacto foi feito posteriormente à visita¹³ e 2 estudos em que não há informação relativamente a quando a informação foi recolhida.^{8,12} Os dados foram recolhidos através de questionários ou entrevistas.

Na Tabela IV, encontram-se mais detalhes acerca dos estudos incluídos.

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
Benahmed, N., Laokri, S., Zhang, W. H., Verhaeghe, N., Trybou, J., Cohen, L., De Wever, A., & Alexander, S. (2012). Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. ⁸ (Bélgica)	Estudo observacional prospetivo (dividido por 5 seções, durante 2 semanas em Outubro e Novembro de 2010) Questionário (foi pré testado durante 1 semana em 2 hospitais)	3117 pais / cuidadores (1244 visitas não urgentes) de crianças <15 anos		Idade da criança < 2 anos (p<0,001) Crianças com acesso a médico de família (MF) (p<0,001) Distância ao SU pediátrico (p<0,001) Horário Família desfavorecida (p=0,036)
Brousseau, D. C., Nimmer, M. R., Yunk, N. L., Nattinger, A. B., & Greer, A. (2011). Nonurgent emergency-department care: Analysis of parent	Estudo qualitativo Entrevista	26 pais 20 médicos de família de crianças > 7 meses e < 11 anos	Sexo feminino Seguro público	Necessidade de garantia sobre as suas preocupações Falta de exames específicos e tratamentos nos CSP

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>and primary physician perspectives.⁹ (Estados Unidos da América)</p>				
<p>Burokienė, S., Raistenskis, J., Burokaitė, E., Čerkaskienė, R., & Usonis, V. (2017). Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness.⁵ (Lituânia)</p>	<p>Estudo observacional prospectivo (durante 11 meses) Inquérito baseado no modelo comportamental de Andersen</p>	<p>381 pais/ cuidadores (298 não urgentes) de crianças de 1 mês a 17 anos</p>	<p>Idade > 35 anos Frequência universitária Salário mensal médio</p>	<p>Percepção de necessidade de cuidados urgentes e agravamento do estado de saúde da criança (38,8%) Percepção de gravidade Horário (depois das 19h e fins de semana) (p< 0,001) Menor distância para o SU pediátrico (p<0,01)</p>
<p>Canévet, J. P., Bourgogne, C., Querbès, B., Jourdain, M., Vrignaud, B., & Gras-Leguen, C. (2018). Inappropriate use of Paediatric Emergency Services by the parents: A qualitative approach of a multidimensional behaviour.¹⁰ (França)</p>	<p>Estudo qualitativo Entrevista semiestruturada</p>	<p>Pais de 17 menores de 15 anos e 3 meses</p>		<p>Percepção de gravidade Experiência traumática prévia Necessidade de aliviar as suas preocupações Confiança nos profissionais de saúde Acessibilidade Pioria dos sintomas</p>

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>Farion, K. J., Wright, M., Zemek, R., Neto, G., Karwowska, A., Tse, S., Reid, S., Jabbour, M., Poirier, S., Moreau, K. A., & Barrowman, N. (2015). Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department.¹¹ (Canadá)</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo (24 horas/ dia, durante 2 semanas, 4 vezes, ao longo de 1 ano) Questionário</p>	<p>2443 questionários preenchidos 2146 pais de crianças menores de 17 anos</p>		<p>Confiança nos profissionais de saúde e no SU Necessidade de segunda opinião Perceção de gravidade (~15%) Falta de alternativas (~15%) Perceção da necessidade de Exames Complementares de Diagnóstico (ECDs) (~18%)</p>
<p>Fieldston, E. S., Alpern, E. R., Nadel, F. M., Shea, J. A., & Alessandrini, E. A. (2012). A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: Parent and Health professional opinions.¹² (Estados Unidos da América)</p>	<p>Estudo qualitativo <i>Focus groups</i></p>	<p>25 pais / avós 42 profissionais de saúde</p>		<p>Perceção de gravidade Falta de acessibilidade e disponibilidade dos CSPs Necessidade de garantia sobre as suas preocupações Maior facilidade na realização de ECDs e intervenções terapêuticas</p>
<p>Grigg, A., Shetgiri, R., Michel, E., Rafton, S., & Ebel, B. E. (2013). Factors associated with nonurgent use of pediatric</p>	<p>Estudo qualitativo <i>Focus groups</i></p>	<p>20 pais / cuidadores de crianças com cuidados primários pediátricos</p>	<p>Idade 26-35 anos Sexo feminino</p>	<p>Perceção de gravidade Experiências passadas</p>

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>emergency care among Latino families.¹³ (Estados Unidos da América)</p>			<p>Habilitações literárias: 7^o-9^o ano</p>	<p>Evitar dois tempos de espera</p> <p>Falta de acessibilidade aos CSP</p>
<p>Hummel, K., Mohler, M. J., Clemens, C. J., & Duncan, B. (2014). Why parents use the emergency department during evening hours for nonemergent pediatric care.¹⁴ (Estados Unidos da América)</p>	<p>Estudo descritivo transversal</p> <p>Questionário baseado nas <i>guidelines</i> do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças</p>	<p>102 pais de crianças menores de 18 anos</p>		<p>Falta de acessibilidade e disponibilidade dos CSP (43,9%)</p> <p>Recomendação por parte do MF</p> <p>Necessidade de segunda opinião</p>
<p>Kua, P. H. J., Wu, L., Ong, E. L. T., Lim, Z. Y., Yiew, J. L., Thia, X. H. M., & Sung, S. C. (2016). Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: Caregivers' perspectives.²² (Singapura)</p>	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Entrevista semi-estruturada</p>	<p>49 cuidadores de crianças com febre, epistáxis ou lesão na cabeça</p>		<p>Perceção de gravidade</p> <p>Horário</p> <p>Falta de confiança nos CSPs</p> <p>Perceção do SU como sendo o local mais adequado</p> <p>Necessidade de garantia sobre as suas preocupações</p>
<p>Kubicek, K., Liu, D., Beaudin, C., Supan, J., Weiss, G., Lu, Y., & Kipke, M. D. (2012). A profile of nonurgent emergency</p>	<p>Estudo descritivo transversal</p> <p>Inquérito em formato digital em inglês e espanhol</p>	<p>106 pais / cuidadores de crianças <17 anos</p>	<p>Sexo feminino</p> <p>Idade 26-35 anos</p> <p>Etnia hispânica</p>	<p>'A criança terá melhores cuidados aqui'</p> <p>'Os médicos aqui são melhores'</p>

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>department use in an Urban pediatric hospital.⁴ (Estados Unidos da América)</p>			<p>Casado/ União de facto</p> <p>Salário mensal baixo</p> <p>Habilitações literárias: menos que o ensino secundário</p> <p>Com seguro</p>	<p>‘Está sempre aberto’</p> <p>‘Já estive aqui antes’</p> <p>‘Confio nos médicos daqui’</p> <p>‘O meu seguro é aceite aqui’</p> <p>‘É conveniente vir aqui’</p> <p>‘Queria uma segunda opinião’</p>
<p>Ogilvie, S., Hopgood, K., Higginson, I., Ives, A., & Smith, J. E. (2016). Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire.¹⁵ (Reino Unido)</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Questionário</p>	<p>373 pais / cuidadores de menores de 18 anos</p>	<p>Sexo feminino</p> <p>Idade 35-44 anos</p> <p>Casado/ união de facto</p> <p>Raça caucasiana</p> <p>2 filhos</p>	<p>Perceção de urgência (30,9%)</p> <p>Necessidade de garantia sobre as suas preocupações</p> <p>Recomendação de alguém que não o MF (28,5%)</p> <p>Perceção de que o SU era o destino mais apropriado (35%)</p>
<p>Rati, R. M. S., Goulart, L. M. H. de F., Alvim, C. G., & Mota, J. A. C. (2013). “Criança não pode esperar”: A busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em</p>	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Entrevista semiestruturada</p>	<p>27 mães de crianças entre os 5 meses e os 10 anos</p>	<p>Idade 20-30 anos</p> <p>1 filho</p> <p>Habilitações literárias: menos que o secundário</p> <p>A viver com o pai da criança</p>	<p>Localização geográfica</p> <p>Qualidade, resolubilidade, garantia e agilidade no acesso</p> <p>Experiência positiva no passado</p>

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>condições não urgentes.¹⁶ (Brasil)</p>			<p>Salário mensal baixo</p>	<p>Percepção de necessidade de ECDs</p> <p>Falta de confiança nos CSP</p> <p>Percepção de gravidade</p>
<p>Salami, O., Salvador, J., & Vega, R. (2012). Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits: Perceptions of health care providers and caregivers.²¹ (Estados Unidos da América)</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Questionário</p>	<p>53 cuidadores</p>	<p>Sexo feminino (78,8%)</p> <p>Etnia hispânica (55%)</p>	<p>Horário (62,5%)</p> <p>Falta de seguro de saúde (52,9%)</p> <p>Melhor hospitalidade no SU (51,1%)</p> <p>Disponibilidade de meios complementares de diagnóstico (49%)</p> <p>Necessidade de garantia sobre as suas preocupações (46,9%)</p> <p>Dificuldade em marcar uma consulta nos CSPs (43,2%)</p> <p>Menor tempo de espera (40%)</p> <p>Proximidade ao SU (38,5%)</p> <p>Insatisfação com os CSPs (36,7%)</p>
<p>Smith, V., Mustafa, M., Grafstein, E., &</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>300 pais / cuidadores</p>		<p>Percepção de gravidade (20%)</p>

Autor, ano, título e país	Design e métodos	População	Características dos participantes	Principais fatores identificados
<p>Doan, Q. (2015). Factors Influencing the Decision to Attend a Pediatric Emergency Department for Nonemergent Complaints.¹⁷ (Canadá)</p>	<p>Questionário (<i>Supplemental Digital Content 1</i>, http://links.lww.com/PEC/A87)</p>			<p>Dificuldade na marcação de consulta (41%)</p> <p>Horário (20%)</p> <p>Falta de confiança noutros profissionais de saúde (45%)</p> <p>Preferência pelo SU pediátrico</p> <p>Percepção de necessidades de ECD e tratamento especializado</p>
<p>Vinelli, N. F., Mannucci, C., Laba, N. I., Del Vecchio, L., Valerio, A., Lago, M. I., & Nietoa, M. M. (2011). Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico.¹⁸ (Argentina)</p>	<p>Estudo transversal e descritivo Questionário</p>	<p>249 pais / cuidadores (147 visitas não urgentes e 102 urgentes) de crianças entre 1 mês e 18 anos</p>		<p>Dificuldade na marcação de consulta com o pediatra habitual ou o MF (42,9%)</p> <p>Percepção de emergência (24,5%)</p> <p>Necessidade de confirmação de diagnóstico prévio (21,1%)</p> <p>Experiências anteriores (p=0,005)</p> <p>Menor distância (p=0,003)</p>

Tabela IV - Detalhes dos estudos incluídos

Vantagens do SU

Este aspeto foi o mais citado, tendo sido mencionado em 13 estudos de várias formas.^{4,5,8,9,10,11,12,13,16,17,18,21,22} Alguns pais/ cuidadores referiram que o horário mais alargado do SU é mais conveniente (Benahmed *et al*^β- $p < 0,001$; Burokienè *et al*^β- $p < 0,001$),^{4,8,11,12,13} outros priorizaram estes cuidados de saúde devido à sua localização (Benahmed *et al*^β- $p < 0,001$; Burokienè *et al*^β- $p < 0,01$; Vinelli *et al*¹⁸- $p = 0,003$).^{4,5,8,16,17,18,21} Há pais que referiram que têm mais confiança nos profissionais de saúde do SU pediátrico^{4,10, 11,16,22} ou que as instalações do SU são melhores.¹⁶ Alguns estudos mencionam que uma das vantagens é o menor tempo de espera^{13,16,17,21} e ainda que a preferência se deve à rapidez e facilidade em obter um exame complementar de diagnóstico ou terapêutica específica.^{9,11,12,21,22}

Perceção de gravidade

A perceção de gravidade como fator para a deslocação ao serviço de urgência pediátrico foi mencionada em 11 dos artigos.^{5,8,10,11,12,14,15,16,17,18,22} A percentagem de pais/cuidadores que apontou este fator variou de 16%¹¹ a 63%.⁴ Alguns pais referiram que não conseguiam controlar a condição/sintomas da criança em casa.^{5,10,22} Pais mencionaram que a condição da criança estava a agravar.⁵ Em alguns estudos, os pais consideraram que há necessidade urgente de cuidados^{4,5,10,11,12,15,16,18} e ainda medo que os sintomas da criança se agravem com a espera.^{10,12,16,17}

Limitações dos Cuidados de Saúde Primários

Ao longo de 11 artigos foram descritas algumas limitações dos CSP.^{9,10,11,12,13,14,16,17,18,21,22} A principal limitação referida pelos pais é a dificuldade em conseguir marcar uma consulta^{9,10, 12,13,14,17,18,21} sendo que, no estudo Salami *et al*²¹, 43,2% dos pais mencionaram este fator. O horário limitado constitui também um entrave na escolha deste serviço.^{10,11,12,14,16,17,21,22} Alguns pais referiram falta de confiança nos profissionais^{14,16,22} e, ainda, experiências negativas anteriores.^{13,16} Um artigo refere que a estrutura dos CSP é precária.¹⁶ Há, ainda, alguns pais que admitiram não ter acesso a estes.^{11,14,18}

Necessidade de garantia sobre as suas preocupações

A necessidade de garantia de que a criança se encontrava bem foi outro dos aspetos mencionados em vários artigos.^{9,10,12,15,16,21,22} Esta necessidade verificou-se mais em recém nascidos e em pais com apenas um filho.¹² Os pais revelaram que a dificuldade em realmente perceber aquilo pelo que a criança estava a passar era angustiante^{10,16} e que preferiam

partilhar a responsabilidade no cuidado da criança.^{10,16} Alguns pais procuravam respostas que fizessem sentido para eles e para as suas preocupações.^{9,12}

Necessidade de 2ª opinião

Alguns pais admitiram ter recorrido a outro profissional de saúde previamente à visita do SU, mas recorreram a este de modo a obter uma segunda opinião.^{4,11,13,14,18} Pais/cuidadores revelaram recorrer ao SU quando não concordam com a abordagem feita à doença da criança¹³ ou quando continuam preocupados após terem falado com o seu MF.¹⁴ Em 1 estudo, os pais/cuidadores revelaram que sentiam necessidade de ficar mais tranquilos após diagnóstico previamente dado.¹⁸ No estudo Kubicek et al, 31% dos participantes admitiram ter recorrido a outro profissional de saúde na mesma semana pelo mesmo problema.

Referenciação por outros profissionais de saúde

Alguns estudos revelaram que algumas crianças foram referenciadas por outro profissional de saúde para o SU por situações não urgentes.^{4,14,15,17} 47% dos participantes no estudo Kubicek et al,⁴ 12,5% no estudo Ogilvie et al¹⁵ e 58,9% no estudo Smith et al¹⁷, recorreram ao SU após referenciação.

Horário

Vários pais admitiram recorrer ao SU por situações não urgentes devido ao horário limitado dos CSP.^{8,10,11,12,13,14,16,17,21,22} No estudo Farion et al,¹¹ mais de 15% dos participantes revelaram ter recorrido ao SU porque não havia alternativas abertas e, no estudo Smith et al,¹⁷ esta percentagem foi de 33%. Pais/ cuidadores referiram que os seus próprios horários não são compatíveis com os horários dos CSP.^{12,21,22} Estudos indicam que pais procuram o SU por condições não urgentes quando estas acontecem após a hora de fecho dos CSP e preferem não esperar até à manhã seguinte.¹³ No estudo Hummel et al,¹⁴ 27,5% dos pais com acesso aos CSP admitiram não ter ligado por estes estarem encerrados e, 77,8% destes, revelaram que preferiam ter recorrido aos CSP.

Características das crianças

Alguns estudos apontam as características mais comuns das crianças que são trazidas pelos pais ao SU por situações não urgentes (Tabela V).

Estudo	Crianças	Estudo	Crianças
Benahmed et al ⁸	Idade < 2 anos (p<0.001) Oriunda de família desfavorecida (p=0.036) Com acesso a MF (p<0001)	Hummel et al ¹⁴	Etnia hispânica Idade < 4 anos Sexo feminino
Brousseau et al ⁹	Idade < 2 anos Raça negra	Kubicek et al ⁴	Idade < 2 anos Etnia hispânica
Burokienè et al ⁵	Idade 3-7 anos (p=0.24) Sexo feminino (p=0.498)	Ogilvie et al ¹⁵	Idade 10-14 anos Sexo masculino Raça caucasiana
Farion et al ¹¹	Idade 3-6 anos	Smith et al ¹⁷	Idade 1-5 anos

Tabela V - Características das crianças em cada estudo

Sintomas

Os sintomas são um dos fatores que influenciam a ida desadequada das crianças ao SU e este aspeto é abordado em 9 artigos.^{4,5,8,9,10,11,16,17,22} Febre e sintomas/ doenças do foro respiratório aparecem em todos os artigos como sendo das causas mais comuns de ida desadequada ao SU. Dor abdominal e outras queixas digestivas (como vômitos e diarreia) também são das causas mais comuns.^{4,5,8,10,11,16,17} Sintomas e sinais do foro de otorrinolaringologia são referidas por vários autores^{4,8,9,10,11,17} e, ainda, queixas dermatológicas.^{4,5,8,9,11,17}

Qualidade dos estudos incluídos

A qualidade dos estudos qualitativos foi avaliada usando a JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research²³. Os resultados variaram de 2/10 a 8/10. Os resultados encontram-se na Tabela VI. Para os estudos quantitativos, foi usada a escala Newcastle-Ottawa^{24,25}. Os resultados dos estudos transversais encontram-se na Tabela VII e os dos estudos de coorte na Tabela VIII.

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research						
	Brosseau et al ⁹	Canevét et al ¹⁰	Fieldston et al ¹²	Grigg et al ¹³	Kua et al ²²	Rati et al ¹⁶
Há congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de investigação?	★	★	★	★	★	★
Há congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou objetivos da investigação?	★	★	★	★	★	★
Há congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para a recolha de dados?	★	★	★	Pouco claro	★	★
Há congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análises dos dados?	★	Pouco claro	Pouco claro	Pouco claro	★	★
Há congruência entre a metodologia de pesquisa e a interpretação de resultados?	★	Pouco claro	★	Pouco claro	★	★
Há alguma declaração que posiciona o investigador cultural ou teoricamente?	-	-	-	Pouco claro	Pouco claro	Pouco claro
A influência do investigador na pesquisa, e vice-versa, é abordada?	Pouco claro	Pouco claro	-	Pouco claro	-	Pouco claro
Os participantes e as suas vozes estão adequadamente representados?	-	Pouco claro	-	-	★	-
A pesquisa está eticamente de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por um órgão apropriado?	-	-	-	-	★	★
As conclusões tiradas estão relacionadas com a análise e interpretação dos dados?	★	★	★	Pouco claro	★	★
Pontuação Total	6	4	5	2	8	7

Tabela VI - Avaliação da qualidade dos estudos quantitativos usando a JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research.²³

Estudo	Escala Newcastle – Ottawa							
	Seleção				Comparabilidade	Resultado		Pontuação total (máximo:10)
	Representatividade da amostra (máximo:1)	Tamanho da amostra (máximo:1)	Não respondentes (máximo:1)	Determinação da exposição (máximo:2)	Comparabilidade de coortes com base no design ou análise (máximo:2)	Avaliação do resultado (máximo:2)	Teste estatístico (máximo:1)	
Hummel et al ¹⁴	-	-	-	★	-	★	-	2
Kubicek et al ⁴	-	-	-	★	-	★	-	2
Ogilvie et al ¹⁵	★	★	-	-	-	★	★	4
Salami et al ²¹	-	-	★	★ ★	★ ★	-	★	6
Smith et al ¹⁷	-	★	-	★ ★	★ ★	★	-	6
Vinelli et al ¹⁸	★	★	★	★ ★	★ ★	★ ★	★	10

Tabela VII - Avaliação da qualidade dos estudos descritivos através da Escala de Newcastle – Ottawa.²⁴

Estudo	Escala Newcastle – Ottawa (estudos de coorte)								
	Seleção				Comparabilidade	Resultado			Pontuação total (máximo:9)
	Representatividade da coorte exposta (máximo:1)	Seleção da coorte não exposta (máximo:1)	Determinação da exposição (máximo:1)	Demonstração de que o resultado de interesse não estava presente no início do estudo (máximo:1)	Comparabilidade das coortes com base no design ou análise (máximo:2)	Avaliação do resultado (máximo:1)	Duração do acompanhamento longo o suficiente (máximo:1)	Adequação do acompanhamento das coortes (máximo:1)	
Benahmed et al⁶	★	★	★	-	★ ★	-	★	★	7
Burokienè et al⁵	-	-	★	-	★	-	-	★	3
Farion et al¹¹	-	-	★	-	★ ★	-	★	-	4

Tabela VIII - Avaliação da qualidade dos estudos de coorte utilizando a escala Newcastle-Ottawa.²⁵

DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão foi identificar fatores que levam os pais/cuidadores a recorrer ao SU por situações não urgentes.

Os resultados demonstraram que estes fatores são múltiplos, incluindo vantagens do SU, a percepção da gravidade da condição da criança por parte dos pais/cuidadores, limitações dos CSP, a necessidade de garantia dos pais/cuidadores sobre as suas preocupações, a necessidade de uma segunda opinião, a referenciação por parte de outros profissionais de saúde, o horário, os sintomas que as crianças mais comumente apresentam e algumas características das crianças que recorrem ao SU por situações não urgentes.

A razão mais citada pelos pais/cuidadores relacionou-se com as vantagens do SU. Os participantes consideram o SU como sendo o melhor local onde se podem dirigir pelo seu horário alargado, a sua localização, as instalações e a acessibilidade e recursos. Os pais realçam ainda a confiança nos profissionais de saúde. O estudo Visits et al,¹⁹ conclui que as crianças que vivem mais perto de um SU, recorrem mais vezes a estes por situações não urgentes. Tendo em conta que a excessiva acessibilidade pode estar a condicionar esta questão, um reencaminhamento precoce das situações não urgentes, através de uma triagem prévia pelo meio de linhas telefónicas, ou uma maior acessibilidade dos CSP, de modo a ser possível a referenciação de situações não urgentes, seria benéfico no sentido de evitar a sobrelotação dos SU e todas as consequências que daí advêm. No entanto, medidas como o reencaminhamento só fazem sentido se houver uma alternativa como os CSP.

A percepção de gravidade é um fator muito importante pois os pais recorrem muitas vezes ao SU por entender que a criança necessitará de meios complementares de diagnóstico ou algum tipo de terapêutica que não estão disponíveis nos CSP. Para além disso, alguns pais classificam a situação como urgente e, como tal, não acham que a atitude correta seja esperar por uma consulta nos CSP.¹³ Vários participantes servem-se também do SU para aliviar as suas preocupações em relação à doença da criança, o que está muito relacionado com o impacto psicológico que esta reflete nos pais. Informar os pais sobre aquilo que serão situações urgentes e situações não urgentes, poderia ter algum impacto no recurso ao SU.

Alguns pais admitiram recorrer ao SU mesmo após consulta prévia com outro profissional de saúde, de modo a obter uma segunda opinião, o que demonstra alguma falta de confiança nestes, muitas vezes sustentada por experiências anteriores negativas, mas também pelo estigma de que médicos de família não possuem formação pediátrica suficiente,^{11,16} o que seria importante combater.

A falta de acesso aos CSP por parte de alguns participantes e a limitada disponibilidade destes, nomeadamente pelo horário restrito, a falta de recursos humanos e materiais e os longos tempos de espera, constitui outro dos fatores que leva os pais/cuidadores a deslocarem-se ao SU. Como tal, a aposta numa maior acessibilidade destes, como o alargamento do horário de modo a não coincidir com o horário de trabalho dos pais e, tendo em conta também que o seguimento da criança é mais fácil quando se recorre aos CSP, seria uma mais valia. A garantia de que todas as pessoas tenham acesso aos CSP constitui, igualmente, uma medida importante nesse sentido.

Alguns sintomas constituem um motivo de maior preocupação, nomeadamente febre e sintomas respiratórios, tendo estes sido mencionados em todos os artigos como sendo dos sintomas que mais frequentemente são identificados nas idas desadequadas ao SU. A febre é percecionada muitas vezes como um grande motivo de preocupação, que gera algum medo e ansiedade nos pais/cuidadores, embora nem sempre seja sinal de gravidade.^{12,16} Também aqui se denota alguma falta de informação por parte dos pais/cuidadores.

Crianças mais pequenas suscitam mais preocupação nos pais/cuidadores, muitas vezes por não conseguirem verbalizar corretamente aquilo que sentem.¹⁰

No entanto, medidas que atuem no sentido de evitar o recurso ao SU por situações não urgentes, podem ter o efeito contrário e levar à desvalorização de situações potencialmente urgentes.

O facto de praticamente todos os estudos terem sido realizados em apenas um hospital, constitui uma limitação, dado que os resultados obtidos podem apenas estar relacionados a esse mesmo hospital e, como tal, seriam apenas representativos da parte da população que a este recorre. Uma grande maioria dos estudos foi realizada em apenas um momento, o que não tem em conta a variedade sazonal. Apenas 3 estudos compararam visitas urgentes com visitas não urgentes,^{5,8,18} enquanto que a população dos restantes corresponde apenas a pais/cuidadores que recorreram por situações não urgentes, o que não permite inferir diferenças entre estas. Alguns estudos focaram-se nas características das crianças, o que, não sendo um fator modificável, acaba por não ter grande interesse no sentido de melhorar a qualidade do SU. Tendo em conta que há uma grande variedade nas características dos pais/cuidadores que recorreram ao SU, seria uma boa opção dividir os participantes em grupos com as mesmas características (sexo, habilitações literárias, distância ao SU, seguro) e explorar os fatores em cada um destes de modo a perceber se se justificariam intervenções diferentes para os distintos grupos. Seria também relevante um estudo mais aprofundado sobre os pais/cuidadores que admitem que a situação era não urgente, mas que, mesmo assim, recorreram ao SU, assim como situações urgentes que não recorreram a este.

A qualidade dos artigos foi muito heterogénea. Quanto aos estudos qualitativos, nota-se pouca influência dos investigadores, sendo que esta é, na maioria dos artigos, pouco clara. Em relação aos estudos quantitativos, a relação entre os participantes que respondem aos critérios para situação não urgente e os que não respondem, é poucas vezes estabelecida. Para além disso, os participantes são raramente representativos da população.

CONCLUSÃO

Esta revisão conseguiu identificar vários fatores responsáveis por visitas não urgentes ao SU. A falta de confiança nos profissionais de saúde dos CSP, a dificuldade na marcação de consultas e o horário restrito revelaram-se importantes e devem ser abordadas de modo a modificar comportamentos no que concerne à procura de cuidados. A ideia errada daquilo que constituem verdadeiras urgências é também um fator relevante no uso do SU e, como tal, seria importante informar e educar os pais de como deverão agir conforme as situações. Esta revisão é útil para compreender os motivos dos pais na procura dos cuidados do SU por situações não urgentes e em que áreas serão úteis intervenções de modo a minimizar o impacto destas. A qualidade dos estudos foi variada. Futuros estudos deveriam controlar fatores não modificáveis como o género e a idade, agrupando participantes com as mesmas características e estudando os grupos desta forma, assim como tendo o cuidado de selecionar amostras mais representativas das populações.

AGRADECIMENTOS

A quem foi esperando ao meu lado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas, A. C., Moreira, A. R., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136–140.
2. Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care*, 19(1), 47–59.
3. Botelho, G., Santiago Gonçalves, C., Belo, N., & Gomes, S. (2019). High-Users of Pediatric Emergency Room: Who, How and Why. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 50(2), 88–92.
4. Kubicek, K., Liu, D., Beaudin, C., Supan, J., Weiss, G., Lu, Y., & Kipke, M. D. (2012). A profile of nonurgent emergency department use in an Urban pediatric hospital. *Pediatric Emergency Care*, 28(10), 977–984.
5. Burokienė, S., Raistenskis, J., Burokaitė, E., Čerkauskienė, R., & Usonis, V. (2017). Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Medical Science Monitor*, 23, 4141–4148.
6. Butun, A., & Hemingway, P. (2018). A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. *International Emergency Nursing*, 36, 56–62.
7. Butun, A., Linden, M., Lynn, F., & McGaughey, J. (2019). Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: A mixed methods systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 36(1), 39–46.
8. Benahmed, N., Laokri, S., Zhang, W. H., Verhaeghe, N., Trybou, J., Cohen, L., De Wever, A., & Alexander, S. (2012). Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *European Journal of Pediatrics*, 171(12), 1829–1837.

9. Brousseau, D. C., Nimmer, M. R., Yunk, N. L., Nattinger, A. B., & Greer, A. (2011). Nonurgent emergency-department care: Analysis of parent and primary physician perspectives. *Pediatrics*, *127*(2).
10. Canévet, J. P., Bourgogne, C., Querbès, B., Jourdain, M., Vrignaud, B., & Gras-Leguen, C. (2018). Inappropriate use of Paediatric Emergency Services by the parents: A qualitative approach of a multidimensional behaviour. *Annales Francaises de Medecine d'Urgence*, *8*(5), 295–300.
11. Farion, K. J., Wright, M., Zemek, R., Neto, G., Karwowska, A., Tse, S., Reid, S., Jabbour, M., Poirier, S., Moreau, K. A., & Barrowman, N. (2015). Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department. *PLoS ONE*, *10*(6), 1–16.
12. Fieldston, E. S., Alpern, E. R., Nadel, F. M., Shea, J. A., & Alessandrini, E. A. (2012). A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: Parent and Health professional opinions. *Pediatric Emergency Care*, *28*(3), 220–225.
13. Grigg, A., Shetgiri, R., Michel, E., Rafton, S., & Ebel, B. E. (2013). Factors associated with nonurgent use of pediatric emergency care among Latino families. *Journal of the National Medical Association*, *105*(1), 77–84.
14. Hummel, K., Mohler, M. J., Clemens, C. J., & Duncan, B. (2014). Why parents use the emergency department during evening hours for nonemergent pediatric care. *Clinical Pediatrics*, *53*(11), 1055–1061.
15. Ogilvie, S., Hopgood, K., Higginson, I., Ives, A., & Smith, J. E. (2016). Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire. *JRSM Open*, *7*(3), 205427041562369.
16. Rati, R. M. S., Goulart, L. M. H. de F., Alvim, C. G., & Mota, J. A. C. (2013). “Criança não pode esperar”: A busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciencia e Saude Coletiva*, *18*(12), 3663–3672.

17. Smith, V., Mustafa, M., Grafstein, E., & Doan, Q. (2015). Factors Influencing the Decision to Attend a Pediatric Emergency Department for Nonemergent Complaints. *Pediatric Emergency Care, 31*(9), 640–644.
18. Vinelli, N. F., Mannucci, C., Laba, N. I., Del Vecchioa, L., Valerioa, A., Lago, M. I., & Nietoa, M. M. (2011). Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría, 109*(1), 8–13.
19. Visits, N., Giulia, V., Valent, F., & Busolin, A. (2016). *Distance to the Pediatric Emergency Department. 00*(00), 1–5.
20. Rayyan QCRI, the Systematic Reviews web app. Disponível em: <https://rayyan.qcri.org/welcome>
21. Salami, O., Salvador, J., & Vega, R. (2012). Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits: Perceptions of health care providers and caregivers. *Pediatric Emergency Care, 28*(1), 43–46.
22. Kua, P. H. J., Wu, L., Ong, E. L. T., Lim, Z. Y., Yiew, J. L., Thia, X. H. M., & Sung, S. C. (2016). Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: Caregivers' perspectives. *Singapore Medical Journal, 57*(6), 314–319.
23. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, Checklist for Qualitative Research. Disponível em: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf
24. Newcastle – Ottawa quality assessment scale. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=supplementary&id=info:doi/10.1371/journal.pone.0147601.s001>
25. Newcastle - Ottawa quality assessment scale, cohort studies. Disponível em http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf

ANEXOS

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	5
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	7
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	7
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	7
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	9
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	8
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	8
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	9
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	9
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	9

Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	NA
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	NA
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	NA
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	NA
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	9
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	10
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	11
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	NA
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	18
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	NA
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	NA
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	21
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	24
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	25

Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	26
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	NA

Anexo I - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA). NA – não aplicável.