Referenciação à Urgência Pediátrica do Hospital S. Teotónio – Viseu



Ana Paula Pinheiro*

RESUMO

Introdução: Os Serviços de Urgência (SU) estão pensados para proporcionar assistência médica à emergência/urgência e a prestar cuidados aos doentes a ela referenciados, ficando a cargo do médico dos Cuidados de Saúde Primários o seguimento regular da criança saudável, bem como o seu encaminhamento, orientação e resolução correcta das situações não urgentes.

Objectivos: Caracterizar a população referenciada à Urgência Pediátrica (UP) a partir dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), identificar os motivos de referenciação à UP, caracterizar a adequação da referenciação, identificar as atitudes em meio hospitalar (diagnósticas e terapêuticas), e avaliar o destino e orientação após a alta.

Tipo, Local e População de estudo: Estudo descritivo transversal. Incluiu todas as crianças referenciadas a partir dos Centros de Saúde para a Urgência Pediátrica do HST- Viseu durante o mês de Outubro de 2007, num total de 459 crianças.

Métodos: A referenciação foi considerada adequada quando cumpria pelo menos um dos seguintes critérios: realização de exames complementares na UP; necessidade de tratamento em meio hospitalar, de observação por outra especialidade que não a Pediatria ou de Internamento. Os dados foram colhidos a partir das cartas dos médicos de família, fichas de urgência e processos clínicos hospitalares.

Resultados: O sexo masculino foi mais referenciado à Urgência Pediátrica (52,51%) que o sexo feminino (47,49%). Predominam as crianças com idades compreendidas entre os um e quatro anos (29,63%). O principal motivo de envio foi o traumatismo (102), seguido da patologia gastrointestinal (GI) (69). A maioria das crianças foi admitida na UP entre as 16 e 20h (37,29%), seguido do período entre as 20 e as 24h (28,27%). Foram realizados exames imagiológicos em 175 crianças (38,13%) e foram observadas 312 (67,97%) apenas pelo pediatra. Não houve necessidade de tratamento em 66,23% das referenciações. Foram internadas nove das crianças. A referenciação foi considerada inadequada em 20,92% dos casos.

Conclusões: Sugere-se o seguimento das orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde para as patologias mais frequentes da idade pediátrica, de modo a melhorar a referenciação. É essencial a comunicação entre os dois níveis de Cuidados: Primários e Secundários, para haver uma melhor articulação entre os mesmos.

Palavras-Chave: Referenciação; Urgência Pediátrica; Cuidados de Saúde Primários

INTRODUÇÃO

ma urgência é definida, segundo a Associação Médica Americana, como «toda a situação que, em opinião do paciente, sua família ou quem tome uma decisão, requer cuidados médicos imediatos». 1.2 Segundo a Direcção-Geral da Saúde, as urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. 3 Os Serviços de Urgência (SU) estão pensados para

proporcionar assistência médica à emergência/urgência e a prestar cuidados aos doentes a ela referenciados, ficando a cargo dos Cuidados de Saúde Primários e do médico assistente o seguimento regular da criança saudável, bem como a resolução, encaminhamento e orientação correcta das situações não urgentes. Algumas urgências poderão ser resolvidas a nível dos Cuidados de Saúde Primários caso haja os recursos necessários. O artigo 18 do Regulamento de Conduta nas Relações entre Médicos determina que «O médico assistente que envie doente a hospital deve transmitir aos respectivos serviços médicos os elementos necessários à continuidade dos cuidados clínicos».5



A decisão de referenciar à urgência hospitalar está relacionada com o risco eminente para o doente, os recursos do médico de família (incluindo tempo, conhecimentos e aptidões) e a percepção das opiniões dos colegas para a situação. Pretende-se com a referenciação hospitalar obter aconselhamento quanto ao diagnóstico ou abordagem, obter um determinado procedimento quando as opções de investigação e terapêutica estão esgotadas nos Cuidados de Saúde Primários e são necessários cuidados mais especializados, e ainda para obter uma segunda opinião. Preferenciação a uma urgência hospitalar implica necessidade de celeridade na resolução de situação aguda. As restantes referenciações (não urgentes) devem idealmente ser dirigidas à consulta hospitalar.

Existe uma grande variabilidade de taxas de referenciação hospitalar entre médicos.^{6,10-12} Pode ser explicada pelas características psicológicas do médico (ex: rejeição do risco, baixa tolerância à incerteza),⁸ pela sua experiência profissional,⁸ e pelo local ou país onde o médico exerce a sua actividade profissional.^{6,8}

O recurso à urgência hospitalar pode ser sobretudo à custa de falsos motivos,¹ levando a acréscimo dos custos económicos e a recursos humanos insuficientes.

O Royal College of General Practitioners define que as boas práticas na referenciação de um doente por parte do médico de família devem incluir os cuidados normalmente fornecidos a nível da Medicina Geral e Familiar, com juízo adequado quanto à necessidade de referenciação; referenciações com a informação necessária (incluindo qual a dúvida diagnóstica ou pedido de tratamento ou e acompanhamento) para o especialista fazer uma avaliação eficiente do problema do paciente.^{13,14}

Os motivos propostos para a utilização inadequada da Urgência Pediátrica, com base em outros estudos efectuados, são: a escassa educação para a saúde da população, 15,16 resposta inadequada e insuficiente por parte dos CSP, 4,15,16 possibilidade de acesso directo e indiscriminado, 4 facilidade (facilitismo...) na realização de ECD (que motiva a vinda directa de muitos pais à urgência), 4,17 atitude mais exigente e consumista do utente face à saúde, 4,17 e a uma maior visibilidade dada pelos *media* a temas sobre a saúde, fazendo os pais temerem que o seu filho possa ter uma doença grave. 4

A Urgência Pediátrica do Hospital São Teotónio

(HST), E.P.E., Viseu admite crianças até aos 16 anos, com uma média de 90 admissões/dia.

Os objectivos deste estudo são: caracterizar a população referenciada à Urgência Pediátrica a partir dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), identificar os motivos de referenciação à Urgência Pediátrica, caracterizar a adequação da referenciação, identificar as atitudes em meio hospitalar (diagnósticas e terapêuticas), e caracterizar o destino e orientação após a alta.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo transversal, tendo incluído todas as crianças referenciadas a partir dos Centros de Saúde para a Urgência Pediátrica do HST-Viseu durante o mês de Outubro de 2007, num total de 459 crianças.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, hora de admissão, dia da semana, instituição de referenciação, motivo de referenciação, exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados na Urgência Pediátrica, tratamentos realizados na UP, observação por outras especialidades, diagnóstico, destino (alta, internamento), orientação terapêutica após a alta e adequação da referenciação.

Os ECD foram agrupados em cinco categorias:

- Analíticos (hemograma, bioquímica, PCR);
- Fita teste urinária (Combur®);
- Microbiológicos (hemocultura, Uricult[®], coprocultura);
- Imagiológicos (RX, TC, Ecografia);
- Outros (serologias, pesquisa β-Streptococcus, ...). A referenciação foi considerada adequada quando cumpria pelo menos um dos seguintes critérios:
- Realização de ECD na UP;
- Necessidade de tratamento em meio hospitalar;
- Necessidade de observação por outra especialidade que não a Pediatria;
- Necessidade de Internamento (Enfermaria ou IIICD)

Foi utilizada a classificação ICPC – 2¹⁸ para codificar os diagnósticos de entrada e de saída.

Diariamente eram recolhidas todas as fichas de urgência que haviam dado entrada, sendo seleccionadas aquelas em que as crianças haviam sido referenciadas a partir dos Cuidados de Saúde Primários. Os dados foram colhidos a partir das cartas dos médicos de famí-



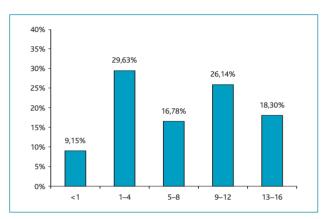


Figura 1. Distribuição etária das crianças consultadas no SU de Pediatria.

lia («via azul»), fichas de urgência e processos clínicos hospitalares. Esses dados foram codificados, registados e analisados com o programa informático Microsoft Excel¹⁹.

RESULTADOS

Durante o período considerado, foram vistas na Urgência 2.368 crianças, das quais 459 foram referenciadas a partir dos Cuidados de Saúde Primários. Todas as 459

fichas foram incluídas, sem resultados omissos em nenhum dos parâmetros avaliados.

A proporção de crianças referenciadas dos Cuidados de Saúde Primários foi de 19,38% em relação ao número total de crianças observadas na UP durante o período estudado (459/2.368).

O sexo masculino foi mais referenciado à Urgência de Pediatria (52,51%) que o sexo feminino (47,49%). Predominam as crianças com idades compreendidas entre os um e quatro anos (29,63%), seguidas do grupo entre os nove e 12 anos (26,14%), com uma idade média de 6,8 anos (Figura 1). No entanto, destaca-se o facto de 9,15% das crianças se encontrarem no 1º ano de vida, a idade pediátrica mais representada (9,15% por um ano de vida comparada com 29,63 para quatro anos de vida). A mediana da idade foi de seis anos, com uma idade mínima de 15 dias e máxima de 16 anos.

A proveniência dos Centros de Saúde está bem evidente na Figura 2.

O principal motivo de envio foi o traumatismo (102), seguido da patologia gastrointestinal (GI) (69) e patologia respiratória (53). Das crianças enviadas por patologia GI, a maioria vinha referenciada por dor abdominal (37). Dentro da patologia respiratória, predomina-

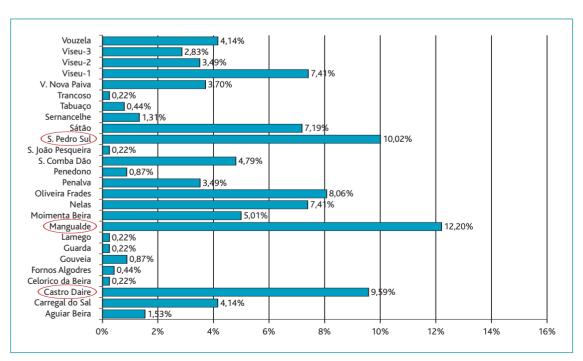


Figura 2. Centros de Saúde de Proveniência.



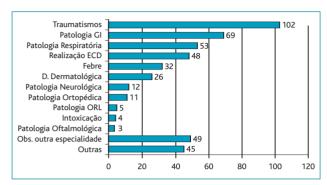


Figura 3. Motivo de Referenciação.

vam aquelas enviadas por laringite estridulosa (17). Foram enviadas pela necessidade de realização de ECD 48 crianças e 49 para serem observadas por outra especialidade que não a Pediatria (Figura 3).

A maioria das crianças foi admitida na UP entre as 16 e 20h (37,29%), seguido do período entre as 20 e as 24h (28,27%), tendo sido observadas apenas 8,20% das crianças entre a meia-noite e as 8h da manhã.

Houve uma distribuição relativamente uniforme entre o envio à Urgência de Pediatria durante os dias de semana (média = 16,52%/dia), com um decréscimo durante o fim-de-semana (média = 8,72%).

A atitude na urgência por motivo de referenciação encontra-se discriminada no Quadro I.

Não houve realização de exames complementares de diagnóstico em 195 crianças (42,48%). Foram realizados exames imagiológicos em 175 crianças (38,13%). (Figura 4) Em 52 referenciações (11,33%) houve necessidade de realização de mais do que um tipo de ECD.

A maioria das crianças foi observada apenas pelo pediatra (67,97%), tendo sido solicitada a colaboração da Ortopedia em 122 situações (26,58%) e em 10 (2,18%) da Cirurgia.

Não houve necessidade de tratamento em 304 crianças (66,23% das referenciações). O tratamento mais frequente foi a imobilização em 8,50% das crianças (39/459), seguida da aerossolterapia em 6,75% (31/459).

O diagnóstico de saída foi traumatismo em 144 (31,37%) das referenciações, seguido da patologia respiratória com 86 casos (18,74%) e patologia gastrointestinal com 74 (16,12%) (Figura 5).

A maioria das crianças referenciadas teve alta, sendo 14 encaminhadas para o médico de família. Foram internadas nove das crianças, das quais três por patologia respiratória, duas por patologia gastrointestinal e duas por patologia cirúrgica.

A referenciação foi considerada inadequada em

		Atitude na Urgência		
		Realização	Observação por	Tratamento
Motivo de Referenciação	Nº crianças	de ECD	Outro Especialista	na Urgência
D. Dermatológica	26	7	0	5
Febre	32	22	0	8
Intoxicação	4	3	0	3
Patologia GI	69	41	38	5
Patologia Neurológica	12	4	1	1
Patologia Oftalmológica	3	0	1	1
Patologia ORL	5	3	1	0
Patologia Ortopédica	11	10	10	1
Patologia Respiratória	53	8	2	30
Traumatismos	102	91	67	29
Realização ECD	48	41	15	11
Observ. Outra Especialidade	49	21	37	18
Outros	45	13	9	9
Total	459	264	181	121



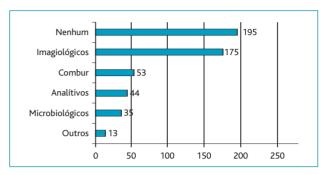


Figura 4. Exames Complementares de Diagnóstico.

20,92% dos casos (96/459), correspondendo em 17,71% (17/96) a crianças enviadas por patologia respiratória e em 14,58% (14/96) a doença dermatológica (Quadro II).

DISCUSSÃO

A proporção de crianças referenciadas dos Cuidados de Saúde Primários (19,38%) é inferior ao encontrado num estudo espanhol (52%), ¹⁶ mas superior ao encontrado noutros estudos portugueses (7-16%). ^{4,20,21}

As crianças que recorrem à UP por iniciativa própria são as que mais contribuem para o elevado número de atendimentos, como verificado noutros estudos nacionais. 4.20 São vários os factores que poderão estar implicados no uso pouco racional dos recursos disponíveis, nomeadamente a atitude consumista dos utentes em relação aos cuidados de saúde, a noção de acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, a exigência de observação por um especialista da área e o facto de haver um grande número de famílias sem médico de família.

Houve uma maior prevalência de envios de crianças com idades compreendidas entre um e quatro anos e entre os nove e 12 anos, mas a idade mais representada foi o 1º ano de vida. A idade média foi de 6,8 anos e a mediana de seis anos. Não é possível a comparação directa com outros estudos, 4.16.20,21 uma vez que abrangem idades distintas (nenhum inclui crianças até aos 16 anos) e, consequentemente, grupos etários diferentes.

Considerando as referenciações à urgência hospitalar por concelho, os que mais referenciam são: Viseu (13,73% do total), Mangualde (12,20% do total), S. Pedro do Sul (10,02% do total) e Castro Daire (9,59% do total). No entanto, não podemos esquecer que os Centros de Saúde abrangem populações distintas, o que in-

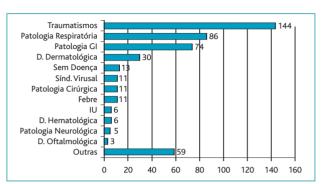


Figura 5. Diagnóstico de saída.

duz algumas alterações na sua interpretação. Não sendo possível fazê-lo com precisão por limitação dos dados estatísticos demográficos disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, 22 podemos tentar inferir alguns valores aceitando a margem de erro. Fazendo a relação entre o número de referenciações à urgência hospitalar e a população residente por concelho até aos 14 anos, constatamos que de entre os concelhos que mais referenciam, a relação é quase sobreponível (entre 18 e 20 por cada 1.000 crianças), exceptuando Viseu em que é nitidamente inferior (4 por cada 1.000 crianças). Vários outros factores poderão influenciar a referenciação à urgência hospitalar, em especial os meios técnicos e humanos existentes em cada local. Se estes forem es-

QUADRO II. Adequação vs Motivo de Referenciação						
Motivo de						
Referenciação	Adequada	Inadequada	Total			
D. Dermatológica	12	14	26			
Febre	24	8	32			
Intoxicação	4	0	4			
Observ. Outra Esp.	47	2	49			
Outras	23	22	45			
Pat. GI	58	11	69			
Pat. Neurológica	6	6	12			
Pat. Oftalmológica	2	1	3			
Pat. ORL	4	1	5			
Pat. Ortopédica	11	0	11			
Pat. Respiratória	36	17	53			
Realização ECD	40	8	48			
Traumatismos	96	6	102			
Total	363	96	459			



cassos ou deficientes, é provável que haja uma maior referenciação.

Os principais motivos de envio são os Traumatismos, representando quase ¼ do total (22,22%), Patologia Gastrointestinal (15,03%) e Patologia Respiratória (11,55%).

O período de tempo de maior referenciação foi entre as 16h00 e as 20h00 (37,29%), seguido do período das 20h00 às 24h00 (28,27%), semelhante a outros estudos.^{4,21} Entre as 24h00 e as 8h00 há um menor envio à UP (8,20%) devido ao facto da maioria dos Centros de Saúde estarem encerrados durante este período.

Há uma distribuição relativamente uniforme dos envios à Urgência durante os dias da semana (média = 16,52%), com um decréscimo para cerca de metade durante o fim-de-semana (média = 8,72%), provavelmente devido ao encerramento da maioria dos Centros de Saúde.

Não houve necessidade de realização de ECD em 42,48% das crianças, sendo os mais requisitados, quando necessário, os imagiológicos (38,13%).

Mais de metade (63,23%) dos envios não tiveram necessidade de realizar tratamento no SU. A Ortopedia foi a especialidade mais solicitada (26,58%). Nos Centros de Saúde da região de Viseu é excepcional a existência de meios de confirmação radiológica aquando de suspeita clínica de fractura. Mesmo onde estes existem, não estão disponíveis concomitantemente os meios adequados para o tratamento. Decorre daí que sempre que há suspeita ou diagnóstico de fractura, seja necessária a sua referenciação à urgência hospitalar. Das referenciações por necessidade de «observação por outra especialidade», 75,51% (37) necessitaram dessa observação, tendo sido adequada a referenciação. No entanto, das restantes 12 referenciações, apenas duas foram adequadas, uma vez que foi necessária a realização de exames complementares de diagnóstico. Mais de metade das crianças enviadas por patologia GI necessitaram de ser observados por um médico de outra especialidade e/ou de realizar exames complementares.

O principal diagnóstico de saída foi o Traumatismo (31,37%), seguido da Patologia Respiratória (18,74%) e Patologia Gastrointestinal (16,12%). A Patologia Respiratória é o principal diagnóstico (47,76%) entre as referenciações por febre.

Verifica-se uma aparente diferença entre os motivos

de referenciação e os diagnósticos de saída, que merece alguma consideração. Os motivos de referenciação não incluem apenas diagnósticos. Podem incluir, por exemplo, pedidos de realização de ECD e de observação por outra especialidade. O importante é verificar se o motivo de envio tem relação directa e adequada com o diagnóstico final. Em alguns casos é possível estabelecer esta relação de forma fácil. Aparentemente há mais 42 casos de traumatismo à saída do que à entrada. No entanto, isto é uma falácia, uma vez que destes 42, 23 foram referenciados para observação pela Ortopedia, 16 para realização de exames complementares de diagnóstico e três por dor (incluídos no grupo dos outros). Na patologia respiratória, em que foram diagnosticados mais 33 casos à saída, deram entrada 16 casos por febre, 11 para realização de exames complementares de diagnóstico (RXTórax), dois para observação por outra especialidade e quatro por patologia gastrointestinal (vómitos). Quanto à patologia GI, foram diagnosticados mais cinco casos em relação aos que deram entrada, pois haviam sido referenciados por febre e para observação por outro especialista (da cirurgia, por hipótese de apendicite). Depreende-se que se o motivo de envio incluísse obrigatoriamente uma suspeita diagnóstica, esta seria, na maioria dos casos, sobreponível ou aparentada ao diagnóstico final.

A referenciação à urgência hospitalar foi considerada inadequada quando não cumpria os critérios considerados. Foi inadequada em 20,92% dos casos, semelhante a outro estudo português (18%),²⁰ com critérios semelhantes de adequação. Contudo, foi muito inferior a um estudo realizado em Espanha (65-69%),¹⁶ mas este apresentava critérios de inadequação um pouco distintos. A referenciação foi adequada em 100% dos casos enviados por patologia ortopédica, o que indica que o envio de crianças à Urgência Pediátrica provavelmente se deve à falta de recursos para a sua resolução a nível dos Centros de Saúde da região de Viseu.

A elevada proporção de adequação na referenciação de crianças ao SU poderá dever-se, em parte, aos critérios utilizados na metodologia deste estudo. Reforço que foram considerados estes critérios de adequação para comparação com outro estudo considerado.²⁰ De facto, uma proporção significativa da amostra necessitou de algum tipo de meio complementar de diagnóstico ou terapêutica em meio hospitalar, o que justifica



pelos critérios utilizados uma imediata assumpção de adequação. Parece óbvio que nem todos os exames complementares são urgentes (ex: pesquisa rápida de *Streptococcus*), assim como os tratamentos (ex: analgésico), o que é uma limitação deste estudo. Torna-se quase impossível estabelecer listagens de exames ou de tratamentos que *per si* justifiquem de forma absoluta a adequação do envio. Um mesmo exame ou terapêutica poderiam ou não validar a referenciação para a urgência consoante o caso clínico em questão.

A observação por outra especialidade hospitalar que não a Pediatria é tida como um critério de adequação para a referenciação à urgência de Pediatria, considerando a observação pelo pediatra como o *gold standard* para a avaliação dessa necessidade. Se o pediatra considera essencial essa observação, poder-se-á considerar como adequada a referenciação, uma vez que essa observação nunca estaria acessível nos Cuidados de Saúde Primários.

A necessidade de observação clínica pelo pediatra, com o seu maior treino e experiência nesta área específica, seria teoricamente um critério válido de referenciação. De facto, fica implícito que o envio para a urgência hospitalar é para uma segunda opinião clínica, independentemente dos exames complementares de diagnóstico que possam vir a ser realizados. Na realidade, dada a organização da Urgência de Pediatria, tal seria impossível neste estudo pois todas as crianças são observadas de forma directa e não triada por um pediatra, o que levaria a uma automática e falseada adequação de 100%.

São ainda limitações deste estudo o facto de ter decorrido apenas durante um mês (Outubro), o que pode falsear os resultados dos motivos de vinda à Urgência Pediátrica pela variação sazonal. Para melhorar o estudo seria necessário seleccionar uma amostra que abrangesse meses das quatro estações do ano. São também limitações o facto de ter sido realizado apenas na região de Viseu, não permitindo extrapolar os resultados para a realidade nacional, e o facto de não ter sido utilizada uma amostra aleatória.

Sugere-se o seguimento das orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde para as patologias da criança mais frequentes, de modo a melhorar a referenciação. A possibilidade de realização de alguns tipos de exames complementares e de terapêuticas nos Centros de Saúde iria diminuir a necessidade de envio à urgência de Pediatria. É essencial a comunicação entre os dois níveis de Cuidados: Primários e Secundários, para haver uma melhor articulação entre os mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Benito Fernández J. Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada. An Esp Pediatr 1996 Abr; 44 (4): 312-6.
- Loscertales Abril M, Alonso Salas M, Cano Franco J, Charlo Molina T. Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias. Vox Paediatrica 2004 Nov; 12 (2): 7-14.
- Direcção Geral de Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência / Emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001.
- 4. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. Acta Pediatr Port 2006: 37 (1): 1-4.
- Portal oficial da Ordem do Médicos. Disponível em: http://www.ordemdosmedicos.pt/index.php [acedido em 07/06/2008].
- 6. Wilkin D, Smith A. Explaining Variation in general practitioner referrals to hospital. Fam Pract 1987 Sep; 4 (3): 160-9.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care Cochrane Database Syst Rev 2005 Jul 20; (3): CD005471.
- Roland M. The primary-secondary care interface. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al., editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York, NY: Oxford University Press; 2004. p. 273-8
- Sousa JC. Referenciação: onde muitos ralham e poucos têm razão. Rev Port Clin Geral 2006 Nov-Dez; 22 (6): 665-8.
- The European study of referrals from primary to secondary care: report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. Occas Pap R Coll Gen Pract 1992; 56: 1-75.
- Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários III: comparações internacionais. Rev Port Clin Geral 1994; 11: 115-24.
- 12. Rowlands G, Willis S, Singleton A. Referrals and relationships: in-practice referrals meetings in a general practice. Fam Pract 2001 Aug; 18 (4): 399-406.
- Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners 2002. Disponível em: http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/good_med_prac/GMP06.pdf [acedido em 08/06/2008].
- Almeida R, Braga R. Ética e relações profissionais. Rev Port Clin Geral 2008 Jan-Fev; 24 (1): 97-105.
- 15. Sansa Pérez L, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Traveria Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y caracteristicas de las urgencias pediátricas. An Esp Pediatr 1996 Feb; 44 (2): 97-104.
- Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Perula LA. Demanda inadecuada en un servicio de urgencias pediátricas hospitalares: factores implicados. Med Clin (Barc) 1992 Dec 5; 99 (19): 743-6.
- 17. Lopez de Armentia SL, Reguero Celada S, Garcia Rabanal M, Gutierrez Fernandez M, Abdallah I, González Aparício H. Estudio epidemiológico



de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. An Esp Pediatr 1996; 44: 121-5.

- 18. ICPC-2. Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª ed. Lisboa: APMCG: 1999.
- Microsoft Excel 2007 [programa de computador]. Microsoft Corporation 2007.
- Carvalho I, Ferreira G, Vilarinho A. Análise da referenciação ao Serviço de Urgência Pediátrico. Acta Pediatr Port 2006; 37 (3): 95-100.
- 21. Barroso MJ, Ferreira GC, Machado MC, Lemos P. Referenciação pediátrica: que realidade? Acta Pediatr Port 2003; 34 (2): 89-93.
- 22. Instituto Nacional de Estatística. INE, 2007. Disponível em: http://www.ine.pt [acedido em 22/12/2008].

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Paula Pinheiro Av. António José de Almeida. Centro de Saúde Viseu -1. 3514 Viseu

Telef: 232 419 900

Recebido em 02/04/2008 Aceite para publicação em 19/12/2008

ABSTRACT

Introduction: The Emergency Departments (ED) are thought to provide medical assistance to emergency and care to referred patients. The Primary Care physician is responsible for the regular attending of the healthy child, as well as the guiding, orientation and resolution of the not urgent situations.

Objectives: Characterize the population referred from the Primary Care Centers to the Pediatric Emergency Department (PED), identify the causes of referrals to the PED, characterize the adequacy of the referrals, identify the attitudes taken at the hospital (diagnostic and therapeutic), and evaluate destination and orientation after hospital discharge.

Study design, setting and population: Descriptive and cross-sectional study. Descriptive and cross-sectional study. It included all the children referred from the Primary Care Centers to the PED of São Teotónio Hospital (HST) - Viseu during October 2007, obtaining a sample of 459 children.

Methods: The referral was considered adequate when it fulfilled at least one of the following criteria: need for complementary exams, therapy in the Emergency Department, observation by another specialty or admission. The data were collected from the family doctors information, emergency and hospital clinical files.

Results: Males were more referred do PED (52.51%) that the females (47.49%). Children with ages understood between one and 4 years predominate (29.63%). The main reason of referral was trauma (102), followed by gastrointestinal pathology (69). Most children were admitted in PED between 16 p.m. and 20 p.m. (37.29%), followed by the period between the 20 p.m. and midnight (28.27%). Imagiologic studies were performed in 175 children (38.13%) and 312 (67.97%) were only observed by the Pediatrician. Therapy wasn´t needed in 66.23% of the referrals. Admission was required in nine children. Referrals were considered inadequate in 20.92% of the cases.

Conclusions: The guidelines of the Direcção-Geral da Saúde for most frequent pathologies in children are suggested to improve the referral. Communication is essential to achieve a better articulation between the two levels of Health Care: Primary and Secondary.

Keywords: Referral; Pediatric Emergency Department; Primary Care