DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.14157

Consulta não programada em saúde infantil

Mariana Bravo,[1] Catarina Tavares,[2] Helena Martins,[3] Joana Gama Jardim,[1] Sara Pinheiro,[3] Serenela Luz,[3] Rosa Costa[4]

RESUMO

Introdução: O médico de família tem um papel relevante como primeiro interveniente em situações de doença aguda. Associado à elevada procura da consulta não programada (CNP) em idade pediátrica considerou-se pertinente caracterizar a CNP numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Consideraram-se CNP aquelas sem marcação prévia, destinadas à observação de doença aguda.

Métodos: A amostra incluiu as CNP realizadas na população pediátrica (<18 anos) durante 2022 numa USF. Foi realizado um estudo retrospetivo, observacional e descritivo, com análise de variáveis demográficas, motivo de consulta, diagnóstico e orientação. Foi também avaliado o seguimento das crianças em consulta de saúde infantil e juvenil (CSIJ). Realizou-se análise estatística recorrendo ao SPSS® v. 28.

Resultados: Das 1224 consultas, numa amostra de crianças com idade mediana de 6,2 anos, 42,0% foram realizadas antes da idade escolar. A maioria das crianças apresentava seguimento regular em CSIJ, com os adolescentes a partir dos 14 anos apresentando menor frequência de seguimento. A distribuição das consultas não foi uniforme ao longo do ano, registando-se 39,4% de outubro a dezembro. A febre (40,6%) a par da tosse/rinorreia (28,5%) foram os principais motivos de consulta. O grupo diagnóstico mais frequente foi a patologia respiratória (46,5%) e, na maioria das consultas, o plano consistiu em medidas gerais e sintomáticas (52,4%). Somente 6,1% foram referenciadas ao serviço de urgência (SU) hospitalar, sendo que em 62,7% a referenciação foi considerada adequada.

Conclusão: A CNP constitui um suporte fundamental na observação de doença aguda em idade pediátrica, reduzindo significativamente a utilização do SU. A maioria da patologia correspondeu a infeções respiratórias, apenas orientadas com medidas sintomáticas. Destaca-se a necessidade de melhoria do seguimento dos adolescentes, bem como a necessidade de reforço das equipas médicas no outono/inverno. Assim, este estudo poderá constituir um ponto de partida para a melhoria de resposta em CNP, com maior planeamento e qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Cuidados de ambulatório; Lactente; Criança; Adolescente; Cuidados de saúde primários.

INTRODUÇÃO

A saúde infantil tem vindo a ser alvo de especial atenção no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP). A intervenção através das consultas regulares definidas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) traduziu-se numa evolução da prestação de cuidados de saúde adequados.[1]

Contudo, verifica-se um número importante de consultas não programadas (CNP), efetuadas pelos médicos de família (MF) no contexto de doença aguda. A estas consultas é dada a designação genérica de consulta aberta ou consulta do próprio dia e pode ser realizada pelo próprio MF ou por outro médico da unidade em sistema de intersubstituição, quando esgotada a capacidade assistencial do próprio dia pelo MF ou na sua ausência.[2]

A noção parental de doença potencialmente grave e urgente,[3] potenciada pela baixa literacia em saúde por parte dos pais, tem contribuído para o aumento do

1. Médica Interna de Pediatria. Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra, Portugal.
2. Médica Interna de Pediatria. Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões. Viseu, Portugal.
3. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar Pulsar, Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra, Portugal.
4. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar Pulsar, Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra, Portugal.

número de observações em contexto de doença aguda na faixa etária pediátrica.[4-5]

Dada a importância da observação de crianças e adolescentes que apresentam sintomatologia aguda e do papel relevante do MF como primeiro interveniente nessas situações considerou-se pertinente caracterizar a CNP realizada numa USF. Ao identificar os principais motivos de recurso, diagnósticos observados, perfil sociodemográfico dos utentes e adequação clínica dos episódios, este trabalho pretende contribuir para uma gestão mais eficiente dos recursos da CNP e para a adequação da utilização dos cuidados de saúde, através do desenvolvimento de estratégias futuras de educação para a saúde dirigidas às famílias.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospetivo, observacional e descritivo, cuja amostra foram as CNP realizadas na população pediátrica (idade inferior a 18 anos) no ano de 2022, na USF Pulsar da Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Das 1.268 consultas registadas na aplicação informática SClínico® foram excluídas 44 (32 não tinham registo/dados disponíveis e em 12 consultas os doentes não compareceram/abandonaram a consulta). Deste modo, a amostra incluiu 1.224 CNP. Foram analisadas as seguintes variáveis: grupos etários, sexo, seguimento em consulta de saúde infantil e juvenil (CSIJ), mês em que se realizou a CNP, médico que realizou a consulta, motivos, diagnósticos e plano/orientação.

Relativamente à variável «seguimento em CSIJ» consideraram-se seguidos os utentes que já tinham sido observados em CSIJ na idade atual (à data da CNP) ou na idade chave imediatamente anterior, de acordo com as CSIJ definidas no PNSIJ. Exemplificando: uma criança de 12 meses considerou-se seguida se já tinha realizado a CSIJ dos 12 meses ou a dos nove meses.

Quanto à variável «médico que realizou a consulta», as opções incluíram: médico assistente ou outro médico.

Os grupos diagnósticos foram classificados de acordo com a *International Classification of Primary Care* (ICPC-2).[6]

A sobreutilização da consulta foi definida como mais de quatro consultas por ano.

Os autores consideraram a referenciação ao serviço de urgência (SU) como adequada, sempre que o doente realizou no SU algum procedimento não disponível na USF (exames complementares de diagnóstico, terapêutica ou observação por outra especialidade para além da pediatria).

A análise estatística foi realizada através do SPSS *Statistics*®, v. 28. Verificou-se significância estatística para valores de p inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Nas 1.224 consultas realizadas não se verificou predominância significativa quanto ao sexo da amostra, sendo que 52,1% (n=638) ocorreram no sexo feminino.

A mediana de idades foi de 6,2 anos (idade mínima de 10 dias e idade máxima de 17 anos e 11 meses).

Apesar de 42,0% das consultas (n=514) terem ocorrido em crianças com menos de cinco anos de idade foi no grupo etário dos cinco aos 10 anos que se verificou o maior número de consultas, correspondente a 26,5% (n=324).

No ano de 2022 encontravam-se inscritos na USF Pulsar 1.575 utentes com idades compreendidas entre os zero e os 18 anos, dos quais 43,9% (n=691) recorreram à CNP.

Foi no grupo etário dos zero aos dois anos que se verificou a maior taxa de utilização da CNP (67,9%), seguido pelas crianças dos dois aos cinco anos (53,0%), ambos os grupos com uma taxa superior à média amostral. A partir dos cinco anos verificou-se uma redução da taxa de utilização: 43,3% entre os cinco e os 10 anos e 41,1% no grupo dos 14 aos 18 anos. Entre os 10 e os 14 anos registou-se a taxa de utilização mais baixa (29,1%).

Em 72,5% das CNP as crianças e adolescentes apresentavam seguimento regular em CSIJ. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a variável grupo etário e o seguimento em CSIJ (p<0,001), com os utentes até aos 14 anos a apresentarem maior frequência de seguimento na CSIJ (Figura 1).

Febre, presente em 40,6% (n=497) das CNP, a par de tosse e rinorreia (28,5%; n=349) foram os principais motivos de consulta. O grupo diagnóstico mais frequente foi a patologia respiratória (46,2%; n=565), com uma elevada prevalência da infeção aguda do aparelho respiratório superior e da gripe, correspondentes a 24,4% e 9,3% das CNP, respetivamente (Tabela 1).

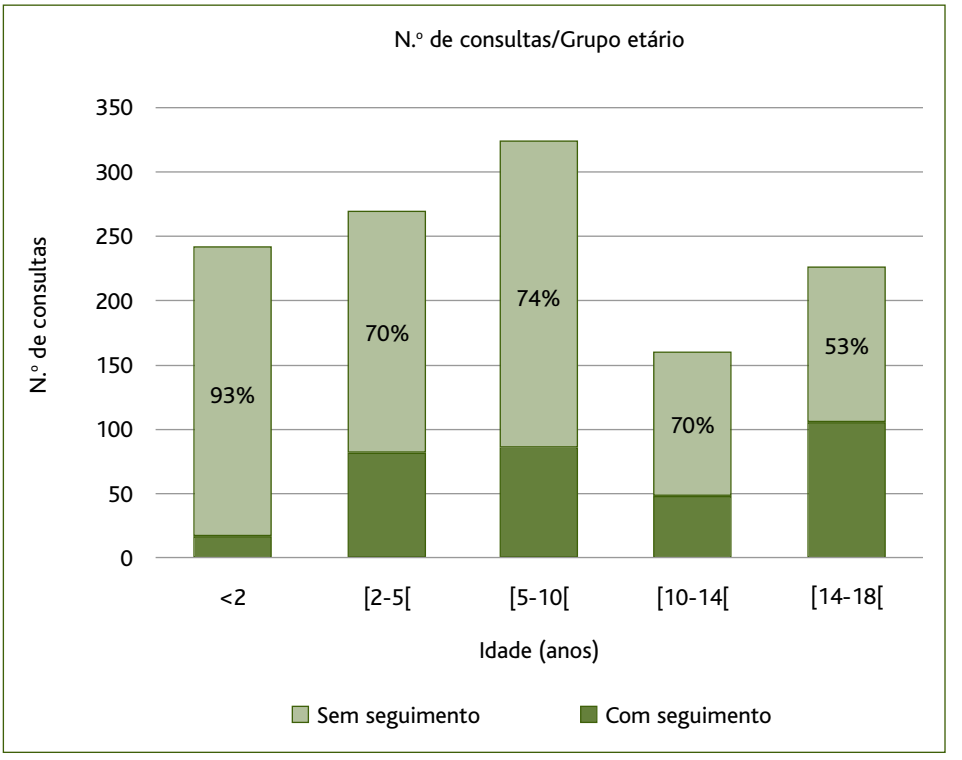

Figura 1. Distribuição de CNP e seguimento em CSIJ, por grupo etário (anos).

A distribuição de diagnósticos segue padrões distintos nos diferentes grupos etários, com a aplicação do teste qui-quadrado a demonstrar uma associação significativa entre grupo etário e grupo diagnóstico (p<0,001). As patologias do grupo A – Geral e Inespecífico concentram-se nas faixas etárias até aos cinco anos, tal como as patologias do grupo F – Olhos e do grupo H – Ouvidos. Por sua vez, as patologias do grupo L – Sistema Musculoesquelético e do grupo N – Sistema Nervoso são mais comuns a partir dos 10 anos, com uma frequência de 73,0% e 76,0%, respetivamente, a partir dessa idade e com um pico entre os 14 e os 18 anos (Tabela 2).

Quanto à distribuição temporal das CNP, esta não foi uniforme ao longo do ano, com 39,4% (n=482) a ocorrer nos meses de outubro, novembro e dezembro, e posteriormente ao fim do isolamento obrigatório por COVID-19 em outubro de 2022.

Dos 691 indivíduos que utilizaram a CNP identificaram-se 3,6% (n=25) de sobreutilizadores (mais do que quatro consultas por ano), com um máximo de 12 consultas em 2022. Destes, 52% (n=13) eram do sexo feminino, com uma mediana de idades de 4,0 anos. Os grupos etários mais representados foram o dos zero aos dois anos (36,0%; n=9) e o grupo dos 14 aos 18 anos (24,0%; n=6). A patologia respiratória foi a mais frequente, identificada em 33,8% destas consultas. Nenhum dos utentes sobreutilizadores apresentava antecedentes pessoais patológicos ou comorbilidades.

Em 73,4% das CNP os doentes não foram observados pelo seu médico assistente. Contudo, não se verificou associação da sobreutilização com o facto de a consulta não ser realizada pelo MF (p>0,05).

O plano/orientação consistiu em medidas gerais e sintomáticas em mais de metade das CNP (52,4%). Os fármacos não pertencentes à classe dos analgésicos/antipiréticos foram prescritos em 30,0% das CNP. Destes, os antibióticos foram os mais utilizados (n=230, dos quais 126 orais e 104 tópicos), seguidos dos corticoides (n=122, 3 orais e 119 tópicos) e dos broncodilatadores (n=20). Foram requisitados um total de 160 métodos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)

TABELA 1. Classificação dos diagnósticos, de acordo com a ICPC-2

Grupos de Patologia (ICPC-2)	Diagnósticos	N.º CNP	Total
A - Geral e inespecífico	A03 - Febre	14	**90 (7,4%)**
	A06 - Desmaio/Síncope	5	
	A13 - Receio ou medo de tratamento	1	
	A72 - Varicela	27	
	A76 - Outro exantema viral	23	
	A78 - Outras doenças infeciosas NE	1	
	A99 - Doença ou condição de natureza de localização NE	19	
A97 - Sem doença	A97 - Sem doença	50	**50 (4,1%)**
B - Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	B70 - Linfadentite aguda	8	**8 (0,7%)**
D - Aparelho digestivo	D01 - Dor/Cólica abdominal generalizada	19	**132 (10,8%)**
	D06 - Dor abdominal localizada, outra	3	
	D12 - Obstipação	6	
	D73 - Gastroenterite, presumível infeção	79	
	D82 - Doença dos dentes/Gengivas	19	
	D83 - Doença da boca, língua, lábios	2	
	D84 - Doença do esófago	1	
	D87 - Alteração funcional do estômago	1	
	D91 - Hérnia abdominal, outra	1	
	D96 - Lombrigas/Outros parasitas	1	
F - Olhos	F05 - Perturbação visual, outra	2	**65 (5,3%)**
	F70 - Conjuntivite infeciosa	56	
	F72 - Blefarite / Hordéolo / Calázio	5	
	F73 - Infeção / inflamação ocular, outra	2	
H - Ouvidos	H70 - Otite externa	22	**80 (6,5%)**
	H71 - Otite média água / Miringite	48	
	H76 - Corpo estranho ouvido	1	
	H81 - Cerúmen no ouvido em excesso	5	
	H82 - Síndroma vertiginoso	1	
	H86 - Surdez	3	
K - Aparelho circulatório	K80 - Arritmia cardíaca NE	1	**2 (0,2%)**
	K86 - Hipertensão sem complicações	1	
L - Sistema músculo-esquelético	L18 - Dor muscular	2	**56 (4,6%)**
	L77 - Entorse / Distensão do tornozelo	1	
	L81 - Traumatismo do aparelho músculo-esquelético NE	44	
	L85 - Deformação adquirida da coluna	9	

(continua)

TABELA 1. Classificação dos diagnósticos, de acordo com a ICPC-2 *(continuação)*

Grupos de Patologia (ICPC-2)	Diagnósticos	N.º CNP	Total
N - Sistema nervoso	N01 - Cefaleia	6	21 (1,7%)
	N07 - Convulsões/Ataques	1	
	N29 - Sinal/Sintoma do sistema nervoso, outro	1	
	N80 - Lesão craniana, outra	4	
	N89 - Enxaqueca	9	
P - Psicológico	P10 - Gaguejar, balbuciar, tiques	1	6 (0,5%)
	P74 - Distúrbio ansioso/Estado de ansiedade	2	
	P99 - Perturbação psicológica, outra	3	
Grupo Diagnósticos ICPC-2	**Diagnósticos**	**N.º CNP**	**Total**
R - Sistema respiratório	R06 - Hemorragia nasal/epistáxis	2	565 (46,2%)
	R74 - Infeção aguda do aparelho respiratório superior	299	
	R75 - Sinusite crónica/aguda	5	
	R76 - Amigdalite aguda	89	
	R77 - Laringite/Traqueíte Aguda	1	
	R78 - Bronquite/Bronquiolite aguda	22	
	R80 - Gripe	114	
	R81 - Pneumonia	14	
	R96 - Asma	19	
S - Pele	S12 - Picada ou mordedura de inseto	9	120 (9,8%)
	S17 - Abrasão/Arranhão/Bolhas	7	
	S70 - Herpes Zoster	3	
	S71 - Herpes Simplex	1	
	S74 - Dermatofitose	4	
	S84 - Impetigo	25	
	S86 - Dermatite Seborreica	12	
	S87 - Dermatite/Eczema atópico	11	
	S93 - Quisto sebáceo	2	
	S95 - Molusco contagioso	2	
	S96 - Acne	3	
	S98 - Urticária	4	
	S99 - Doença da pele, outra	37	
T - Endócrino, metabólico e nutricional	T10 - Atraso de crescimento	1	1 (0,1%)
U - Aparelho urinário	U70 - Pielonefrite	1	10 (0,8%)
	U71 - Cistite / Outra infeção urinária	9	
X - Aparelho genital feminino	X01 - Dor genital	7	15 (1,2%)
	X02 - Dor menstrual	1	
	X84 - Vaginite / Vultive NE	7	
Y - Aparelho genital masculino	Y75 - Balanite	3	3 (0,2%)

Legenda: ICPC-2 = *International Classification of Primary Care, second edition;* CNP = Consulta não programada; NE = Não especificada.

TABELA 2. Distribuição dos grupos de patologia por faixa etária (anos)

Grupo de Patologia (ICPC-2)	N.º CNP	[0-2[	%	[2-5[	%	[5-10[	%	[10-14[	%	[14-18[	%
A - Geral e inespecífico	90	29	32%	29	32%	21	23%	3	3%	8	9%
A97 - Sem doença	50	13	26%	12	24%	9	18%	6	12%	10	20%
B - Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	8	1	13%	–	–	2	25%	3	38%	2	25%
D - Aparelho digestivo	132	26	20%	26	20%	40	30%	12	9%	28	21%
F – Olhos	65	25	38%	15	23%	17	26%	3	5%	5	8%
H - Ouvidos	80	11	14%	25	31%	19	24%	19	24%	6	8%
K - Aparelho circulatório	2	–	–	–	–	1	50%	–	–	1	50%
L - Sistema músculo-esquelético	56	–	–	1	2%	14	25%	19	34%	22	39%
N - Sistema nervoso	21	–	–	2	10%	3	14%	4	19%	12	57%
P - Psicológico	6	–	–	2	33%	–	–	1	17%	3	50%
R - Sistema respiratório	565	107	19%	131	23%	152	27%	74	13%	101	18%
S - Pele	120	24	20%	24	20%	37	31%	16	13%	19	16%
T - Endócrino, metabólico e nutricional	1	1	100%	–	–	–	–	–	–	–	–
U - Aparelho urinário	10	–	–	3	30%	6	60%	–	–	1	10%
X - Aparelho genital feminino	15	4	27%	1	7%	2	13%	–	–	8	53%
Y - Aparelho genital masculino	3	1	33%	1	33%	1	33%	–	–	–	–

Legenda: ICPC-2 = *International Classification of Primary Care, second edition;* CNP = Consulta não programada; % (Percentagem) = frequência relativa de cada grupo etário no total de CNP de cada grupo diagnóstico.

TABELA 3. Descrição da referenciação ao SU hospitalar (*n*=75)

		Orientação no SU			
Motivo de referenciação ao SU[1]	N.º de doentes (*n*=75)	MCDT no SU	Terapêutica hospitalar	Observação por subespecialidade	Referenciação adequada (62,7%)
Observação por subespecialidade	13	1	0	7	8 (61,5%)
Gravidade	33	13	5	3	16 (48,5%)
Apenas para MCDTs[2]	19	16	1	4	16 (84,2%)
Terapêutica hospitalar	10	2	7	0	7 (70,0%)

Legenda: SU = Serviço de urgência; MCDT = Métodos complementares de diagnóstico e terapêutica.

em 11,8% das consultas. O teste *Polymerase Chain Reaction* (PCR) para SARS-CoV-2 (*n*=57) foi o exame mais prescrito, seguido da ecografia de tecidos e partes moles (*n*=29) e da radiografia dos membros (*n*=18).

Somente 6,1% (*n*=75) dos 1.224 casos foram referenciados ao SU hospitalar. Os motivos de referenciação foram, por ordem decrescente de frequência, a gravidade clínica (*n*=33), a realização de MCDT (*n*=19), a

observação por especialidade (*n*=13) e a necessidade de terapêutica (*n*=10) (Tabela 3).

Considerou-se referenciação adequada (62,7%) sempre que o doente realizou no SU algum procedimento não disponível na USF (MCDT, terapêutica ou observação por especialidade que não a pediatria).

Dos doentes referenciados para realização de MCDT (*n*=19), 16 realizaram efetivamente algum exame, apresentando assim uma taxa de referenciação adequada de 84,2%. Dos referenciados para terapêutica hospitalar (*n*=10), sete realizaram tratamento intra-hospitalar, com uma referenciação adequada de 70,0%. Dos 33 doentes considerados graves, apenas 16 realizaram algum procedimento ou avaliação não disponíveis nos cuidados de saúde primários, com uma taxa de referenciação adequada de 48,5%.

DISCUSSÃO

A CNP em idade pediátrica caracterizou-se por uma considerável procura, transversal a todas as faixas etárias. Contudo, verificou-se uma predominância de consultas em crianças com idades até aos 10 anos de idade (68,5%). Vários estudos referem uma maior procura do SU nestas faixas etárias,[7-8] relacionada com uma elevada prevalência de patologia infeciosa em crianças frequentadoras de infantários. Verificou-se uma menor utilização da CNP pelos adolescentes com mais de 10 anos. Este resultado está de acordo com o estudo de Vinagre *et al.*,[9] que indica que os adolescentes evitam a procura de serviços de saúde por se considerarem geralmente saudáveis e, quando procuram ajuda médica, preferem os serviços hospitalares.

Desde a introdução do PNSIJ ocorreu uma melhoria nos indicadores de saúde infantil.[1] Apesar de na maioria das CNP as crianças apresentarem seguimento regular em CSIJ reforça-se a necessidade de melhoria do acompanhamento dos adolescentes. Parece existir uma relação entre a idade da criança e o seguimento em CSIJ, sendo que quanto mais velha a criança maior a probabilidade de não comparecer à CSIJ.[10] Os adolescentes, ao apresentarem menor dependência dos seus cuidadores, faltam com maior frequência a esta consulta.[10] Dado que as atitudes e perceções dos adolescentes em relação à importância das consultas têm um impacto significativo na sua adesão aos cuidados de saúde enquanto adultos jovens, é fundamental iniciar intervenções no âmbito da educação para a saúde nesta faixa etária.[10]

Quanto ao padrão temporal, o maior número de CNP no outono/inverno está de acordo com o padrão habitual de infeções respiratórias em idade pediátrica,[11] sendo que o fim das medidas restritivas no âmbito da COVID-19 poderá também ter contribuído para esta distribuição temporal.[12]

Os motivos de consulta mais prevalentes (febre e tosse/rinorreia) encontram-se amplamente descritos na bibliografia como os principais sintomas a motivarem observação médica em idade pediátrica.[13-14] Para além disso, surgem em concordância com a elevada frequência da patologia infeciosa respiratória.[15-16]

A associação verificada entre grupo etário e grupo diagnóstico reflete a maior concentração de determinadas patologias em determinados grupos etários. Como descrito na literatura, patologias do grupo A, como a varicela e os exantemas virais, são mais frequentes em crianças até à idade escolar.[17] Para além disso, e como clinicamente descrito, a febre sem foco apenas foi identificada em crianças antes da idade escolar. Nesta mesma faixa etária (dos zero aos cinco anos) observou-se uma incidência elevada de diagnósticos relacionados com os olhos (grupo F) e ouvidos (grupo H), o que está em consonância com a elevada frequência de conjuntivites[18] e otites[19] na infância. As patologias do grupo L tornaram-se mais expressivas a partir dos 10 anos, possivelmente em associação com lesões desportivas e traumáticas.[20]

A observação de um número reduzido de patologia cardiovascular, patologia mental e comportamental poderá estar relacionada com a proximidade da USF ao Hospital Pediátrico de Coimbra. Situações potencialmente mais graves ou que necessitem de uma abordagem específica por outras especialidades podem levar à procura direta dos cuidados hospitalares.

De destacar o reduzido número de requisições de MCDT (*n*=160, em 11,8% das consultas), que traduz a pouca necessidade de recorrer a outros meios, além da observação clínica, para o diagnóstico. O facto de 2022 corresponder ao terceiro ano de pandemia, e o isolamento obrigatório em caso de doença COVID-19 só ter sido suspenso em outubro de 2022, pode justificar o número considerável de requisições de teste PCR para SARS-CoV-2 (*n*=57).

A maioria das infeções respiratórias constitui quadros autolimitados que apenas necessitam de controlo sintomático.[21-22] Este padrão reflete-se nesta amostra, uma vez que em 52,4% dos casos o plano resultou em medidas gerais e sintomáticas. Deste modo, não foi necessária a utilização de outros grupos farmacológicos, nomeadamente antibióticos (apenas prescritos em 18,8%), evitando-se o seu uso excessivo.

Estratégias de educação parental podem ser úteis para evitar a utilização da CNP por quadros ligeiros, possíveis de gerir no domicílio.[4,14] A utilização de intervenções simples, como folhetos e sessões educativas, podem reduzir o número de consultas evitáveis e melhorar a gestão da medicação para controlo sintomático por parte dos pais (posologia correta, redução do uso excessivo).[14] Por outro lado, no contexto das infeções respiratórias é essencial disponibilizar orientações claras e bem estruturadas sobre os sinais de alarme que os pais devem reconhecer em casa e que possam motivar avaliação médica. Um exemplo relevante desta abordagem é o estudo de Newbould *et al.*[16] que, após analisar milhares de cenários clínicos envolvendo combinações de sintomas e faixas etárias, estabeleceu critérios para orientar a decisão entre cuidados sintomáticos no domicílio, consulta com o médico de família ou encaminhamento para o SU. Para além destas estratégias, o envolvimento da comunidade escolar é igualmente fundamental na capacitação dos cuidadores na gestão de doença aguda.[23]

Neste trabalho, em 93,9% das consultas a situação foi orientada pelo médico da USF, sem necessidade de referenciação ao SU hospitalar. A realização de MCDT e terapêutica foram os motivos com a maior taxa de referenciação adequada. Pelo contrário, apesar da gravidade ter sido o motivo de referenciação mais frequente (n=33) foi o motivo que apresentou a menor taxa de referenciação adequada (48,5%).

Considerando todos os motivos, o presente estudo obteve uma taxa de referenciação adequada de 62,7%, o que vai ao encontro do observado noutros estudos portugueses, ainda assim com alguma variabilidade entre os valores apresentados (65,3-82,0%).[21,24-25] Estas diferenças poderão justificar-se pela localização geográfica dos CSP, pelo período temporal dos diversos estudos e pelas alterações estruturais que têm vindo a ser implementadas nos CSP, capacitando-os para uma resposta mais adequada.

Contudo, a classificação do motivo de referenciação constituiu uma limitação do presente trabalho; sendo um estudo retrospetivo, não foi possível analisar todas as cartas de referenciação, traduzindo este aspeto um viés de informação. Para a realização de estudos futuros seria importante uma codificação dos motivos de referenciação no momento da entrada no SU. Seria ainda fundamental analisar o papel de outros fatores no seguimento em CSIJ, para além do grupo etário, como nível socioeconómico, nível de literacia em saúde e nível académico dos cuidadores.

CONCLUSÃO

A CNP constitui um suporte fundamental na gestão da doença aguda em idade pediátrica ao permitir a observação de crianças que não apresentam necessidade de cuidados hospitalares, revelando-se suficiente para orientar a maioria dos problemas que motivam a sua procura.

Apesar de na maioria das CNP as crianças apresentarem seguimento regular em CSIJ reforça-se a necessidade de melhoria do acompanhamento dos adolescentes.

A maioria dos diagnósticos correspondeu a infeções respiratórias, cujo plano terapêutico consistiu em medidas gerais e sintomáticas, sem necessidade de observação hospitalar. Destaca-se ainda o elevado número de consultas no outono/inverno, sublinhando a importância do reforço das equipas dos CSP nessa época.

A elevada procura desta consulta deve levar os profissionais de saúde a refletir sobre o planeamento dos cuidados prestados, adequação de estratégias e investimento na literacia em saúde da população. Estudos adicionais seriam fundamentais para uma melhor perceção das necessidades e expetativas dos utentes e famílias que recorrem à CNP, com vista a uma maior eficácia dos cuidados prestados.

Refletindo a importância do trabalho conjunto entre as especialidades hospitalares e os CSP, o presente estudo poderá constituir um ponto de partida para a melhoria da resposta nas CNP, nomeadamente noutras unidades e em diversos contextos sociodemográficos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menezes B, Oliveira D, Sassetti L, Prazeres V. Saúde infantil e juvenil: programa nacional [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [ci-

ted 2024 Sep]. Available from: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
2. ACeS Porto Ocidental. Conceitos de saúde [homepage]. Porto: ACeS Porto Ocidental; s.d. [cited 2025 Jun]. Available from: https://acesportoocidental.org/pt/conceitos-saude
3. Freitas AC, Moreira AR, Tomé S, Cardoso R. Motivos de recurso ao serviço de urgência pediátrica [Reasons to access to a pediatric emergency department]. Nascer Crescer. 2016;25(3):136-40. Portuguese
4. May M, Brousseau DC, Nelson DA, Flynn KE, Wolf MS, Lepley B, et al. Why parents seek care for acute illness in the clinic or the ED: the role of health literacy. Acad Pediatr. 2018;18(3):289-96.
5. Nicholson E, McDonnell T, Hamza M, Barrett M, Brunsdon C, Bury G, et al. Factors that influence family and parental preferences and decision making for unscheduled paediatric healthcare: a systematic review protocol. HRB Open Res. 2019;2:11.
6. WONCA. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. 2ª ed. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2011.
7. Greenfield G, Okoli O, Quezada-Yamamoto H, Blair M, Saxena S, Majeed A, et al. Characteristics of frequently attending children in hospital emergency departments: a systematic review. BMJ Open. 2021;11(10):e051409.
8. Ball TM, Holberg CJ, Aldous MB, Martinez FD, Wright AL. Influence of attendance at day care on the common cold from birth through 13 years of age. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156(2):121-6.
9. Vinagre MG, Barros L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde [Adolescents' preferences regarding health care]. Cien Saude Colet. 2019;24(5):1627-36. Portuguese
10. Reis FA. Não comparência a consultas médicas, sua caracterização e implicações no acesso aos cuidados de saúde: uma revisão da literatura [dissertation]. Porto: ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2020. Available from: https://hdl.handle.net/10216/128246
11. Neumann G, Kawaoka Y. Seasonality of influenza and other respiratory viruses. EMBO Mol Med. 2022;14(4):e15352.
12. Metz C, Schmid A, Veldhoen S. Increase in complicated upper respiratory tract infection in children during the 2022/2023 winter season: a post coronavirus disease 2019 effect? Pediatr Radiol. 2024;54(1):49-57.
13. Murgia V, Manti S, Licari A, De Filippo M, Ciprandi G, Marseglia GL. Upper respiratory tract infection-associated acute cough and the urge to cough: new insights for clinical practice. Pediatr Allergy Immunol Pulmonol. 2020;33(1):3-11.
14. Peetoom KK, Smits JJ, Ploum LJ, Verbakel JY, Dinant GJ, Cals JW. Does well-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. Arch Dis Child. 2017;102(3):261-7.
15. Turyasiima M, Kiconco G, Egesa WI, Twesigemukama S, Nduwimana M. Prevalence and outpatient clinical diagnostic approaches for common acute respiratory tract infections in children under five years of age: a cross-sectional study. Pediatric Health Med Ther. 2024;15:49-57.
16. Newbould L, Campbell SM, Edwards G, Morris RL, Hayward G, Hughes EC, et al. Respiratory infections in children: an appropriateness study of when parents should home care or seek medical help. Br J Gen Pract. 2021;71(703):e140-7.
17. Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood-infectious (direct) exanthems. Part 1: classic exanthems. J Dtsch Dermatol Ges. 2009;7(4):309-16.
18. Ramirez DA, Porco TC, Lietman TM, Keenan JD. Epidemiology of conjunctivitis in US emergency departments. JAMA Ophthalmol. 2017;135(10):1119-21.
19. Afonso TM. Otite média aguda nos dois primeiros anos de vida [dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2020. Available from: http://hdl.handle.net/10451/47519
20. Costa e Silva L, Fragoso I, Teles J. Prevalence and injury profile in Portuguese children and adolescents according to their level of sports participation. J Sports Med Phys Fitness. 2018;58(3):271-9.
21. Vale F, Pinto F, Oliveira R, Martins C, Lopes S. Referenciação dos cuidados de saúde primários ao serviço de urgência de pediatria de um hospital nível II: que realidade? [Reference of primary health care to the pediatric emergency department at a level II hospital: what reality?]. Gaz Med. 2021;8(3):179-86. Portuguese
22. Korppi M, Heikkilä P, Palmu S, Huhtala H, Csonka P. Antibiotic prescribing for children with upper respiratory tract infection: a Finnish nationwide 7-year observational study. Eur J Pediatr. 2022;181(8):2981-90.
23. Alexandrino AS, Santos R, Melo C, Bastos JM. Impact of caregivers' education regarding respiratory infections on the health status of day-care children: a randomized trial. Fam Pract. 2016;33(5):476-81.
24. Carvalho I, Ferreira G, Vilarinho A. Análise da referenciação ao serviço de urgência pediátrico [Analysis of pediatric emergency department's referral]. Acta Pediatr Port. 2006;37(3):95-100. Portuguese
25. Pinheiro AP. Referenciação à urgência pediátrica do Hospital S. Teotónio-Viseu [Referral to the pediatric emergency service of S. Teotónio Hospital in Viseu]. Rev Port Clin Geral. 2008;24(6):671-8. Portuguese

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, Mariana Bravo, CT, JGJ e RC; metodologia, MB, CT e SP; *software,* HM, JGM e SL; análise formal, MB, CT e JGJ; investigação, MB, HM, SP e SL; recursos, MB, HM, SP e SL; curadoria de dados, MB, CT, JGJ e SL; redação do *draft* original, MB, CT, HM e SP; revisão, edição e validação do texto final, MB, CT, JGJ e SP; supervisão, HM, SL e RC.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO DO ESTUDO

O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Bravo
E-mail: marianacrfb@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-5988-9604

Recebido em 11-10-2024
Aceite para publicação em 11-08-2025

ABSTRACT

UNSCHEDULED CONSULTATION IN PEDIATRIC HEALTH

Introduction: The family doctor plays a significant role as the primary responder in cases of acute disease. Given the high demand for unscheduled consultations (UC) in pediatric age groups, it was considered pertinent to characterize UC in a Family Health Unit (FHU). UC were considered those without prior scheduling, intended for the observation of acute disease.

Methods: The sample consisted of UC cases conducted within the pediatric population (<18 years old) in 2022 at the FHU. A retrospective, observational, and descriptive study was conducted, analysing demographic variables, reasons for consultation, diagnosis, and therapeutic plans. The follow-up of these children at the Child and Youth Health Consultation (CSIJ) was also evaluated. Statistical analysis was performed using SPSS® v. 28.

Results: Out of 1,224 consultations, which occurred at a median age of 6.2 years, 42.0% occurred before school age. Most children had regular follow-up in CYHC, with adolescents aged 14 years and above showing lower follow-up rates. Consultation distribution was not uniform throughout the year, with 39.4% occurring from October to December. Fever (40.6%), along with cough/runny nose (28.5%), were the primary reasons for consultation. The most frequent diagnostic group was respiratory pathology (46.5%), and in most consultations, the plan consisted of general and symptomatic measures (52.4%). Only 6.1% were referred to the hospital emergency service (ES), with 62.7% of these referrals considered appropriate.

Conclusion: UC plays a fundamental role in managing acute disease in the pediatric population, significantly reducing the use of the ES. Most pathologies were respiratory infections, managed solely with symptomatic measures. There is a need to improve follow-up among adolescents and reinforce healthcare teams during the fall/winter seasons. Therefore, this study may serve as a starting point for improving UC response, with better planning and quality of care provided.

Keywords: Ambulatory care; Infant; Child; Adolescent; Primary health care.