**Revisão**

**Editor**

**Notas: “**na listagem final de referências, as revistas consultadas deverão ser identificadas na sua forma abreviada (ex: Acta Med Port e não Acta Médica Portuguesa).”

**Resposta:** Tal como requerido corrigimos as referências de acordo com as instruções.

**Revisor A**

**Comentários Gerais:**

O manuscrito intitulado “Utilizadores frequentes da Urgência Pediátrica: conhecer, intervir e avaliar – um estudo piloto” é original e relevante com dados credíveis.

Título – sumariza o manuscrito apesar de um pouco longo.

Métodos: Deve ser melhorada a descrição da metodologia estatística utilizada.

Resultados: Expor os resultados comparativos da evolução após a intervenção num gráfico ou tabela seria de mais fácil leitura.

Discussão: Adequada.

Referências: Adequadas, falta referir o Artigo 28.

Tabela: A tabela 2 não parece relevante.”

**Resposta:**

Agradecemos a apreciação e revisão crítica do nosso trabalho e todas as questões e sugestões pertinentes que o caro revisor explicitou. Procuraremos ao longo desta revisão dar a melhor resposta possível a essas mesmas questões e esclarecer os pontos menos claros de forma a tornar o manuscrito mais interessante e de melhor compreensão ao leitor.

**Comentário 1:**

“Resumo: Reflete o conteúdo do manuscrito, porém a tradução para inglês deverá ser fiel à portuguesa e, a segunda frase dos resultados tem informação que não consta no original.”

**Resposta:** Efetivamente e, por lapso, as duas versões tinham algumas discrepâncias entre elas e que procurámos corrigir.

**Comentário 2:**

“OCDE - Deve referir o que significa”

**Resposta:** Por lapso a abreviatura não foi apresentada por extenso, o que corrigimos.

**Comentário 3:**

“UP – Deve referir o que significa”

**Resposta:** Por lapso a abreviatura não foi apresentada por extenso, o que corrigimos.

**Comentário 4:**

“Os doentes apresentaram idade mínima? Algum recém-nascido ou a idade mínima de início foi de 1 ano?”

**Resposta**: Em termos metodológicos foi considerada a idade à data do processo de recrutamento dos participantes, isto é, a 01 de janeiro de 2018. Acrescentámos esta informação que faltava na secção dos Materiais e Métodos.

Optámos por não definir idade mínima para inclusão no estudo embora a idade mínima da amostra seja de 12 meses pelo que não incluiu nenhum recém-nascido.

**Comentário 5:**

“Como escolheram usar as médias ou medianas? Através da normalidade da amostra? Como a avaliaram?”

**Resposta:** Os resultados são apresentados sob a forma de média ou mediana consoante a amostra tenha uma distribuição normal ou não normal, respetivamente. A normalidade da amostra nas várias variáveis foi estudada com recurso a testes estatísticos, mais especificamente o teste Shapiro Wilk. Adicionámos esta explicação à secção de análise estatística dos Materiais e Métodos.

**Comentário 6:**

“Ao excluir 8 utentes qual foi o total de admissões estudado?”

Resposta: Os 82 utentes incluídos no estudo foram responsáveis por um total de 1063 admissões. Acrescentámos este resultado que faltava e que consideramos, de facto pertinente.

**Comentário 7:**

“Porque foi usada a mediana? A idade no início do estudo?”

**Resposta:** Em todas as variáveis com distribuição não normal, como é o caso da idade dos participantes, foi usada a mediana.

Tal como referido num comentário prévio foi considerada a idade à data do recrutamento dos participantes.

**Comentário 8:**

“ACES – Não vi a referência”

**Resposta:** Por lapso a abreviatura não foi apresentada por extenso.

**Comentário 9:**

“Como foi feita a avaliação de admissão urgente ou não urgente? Algum método de triagem?”

**Resposta:** A classificação da prioridade das admissões foi feita consoante o nível de gravidade atribuído na triagem segundo o protocolo da Triagem de Manchester (nível 1: não urgente, nível 2: pouco urgente, nível 3: urgente, nível 4: muito urgente). Esta informação embora implícita no 3º parágrafo dos Materiais e Métodos (“nível de prioridade atribuído na triagem”) talvez não fosse óbvia pelo que adicionámos informação mais explícita e detalhada na respetiva secção.

**Comentário 10:**

“Quais admissões? Não urgentes? Penso que esta frase necessita de melhor explicação.”

**Resposta:** O parágrafo no qual esta frase está incluída pretende apresentar uma distribuição da amostra em 2 grupos distintos tal como referido inicialmente na secção Materiais e Métodos: um grupo com seguimento hospitalar, com maior proporção de doença crónica e de admissões urgentes e maior taxa de internamento e um grupo seguido apenas no cuidados de saúde primários, essencialmente constituído por crianças saudáveis, com menos admissões urgentes e menor taxa de internamento. Apesar das diferenças encontradas entre estes 2 grupos, o número de admissões que cada um deles representa no total é semelhante (47% e 53%). Reformulámos a frase de forma a ser melhor percetível o seu significado e elaborámos uma nova tabela segundo sugestão de outro revisor.

**Comentário 11:**

“Evolução após intervenção - Ficaria de mais fácil leitura numa tabela/gráfico.”

**Resposta:** De acordo com a sugestão elaborámos um gráfico com o resultado da evolução das admissões pré e pós intervenção.

**Comentário 12:**

“Dos 9 utentes que eram considerados também UF nos CSP, em 8 registou-se uma diminuição do número de consultas – com significado?”

**Resposta:** Efetivamente a diminuição do número de consulta destes utilizadores nos CSP foi também estatisticamente significativa. Esta análise não tinha sido previamente realizada mas dada a sua questão submetemos os dados ao teste de Wilcoxon (da mesma forma que para as admissões na UP) e obtivemos significância estatística. Dado considerarmos esta nova informação relevante acrescentámos a mesma no manuscrito.

**Comentário 13:**

“Falta refenciar o artigo 28”

**Resposta:** Onde se lê “indo de encontro ao descrito noutros estudos em adultos.24-27” deve ler-se “indo de encontro ao descrito noutros estudos em adultos.24-28”

**Comentário 14:**

Referente à tabela 2 – “Esta tabela tem pouco interesse.”

**Resposta:** De acordo com a sugestão de outro revisor refizemos as tabelas 1 e 2.

**Revisor B**

**Comentários Gerais:**

“Parece ter sido submetida uma versão incompleta.”

**Resposta:**

Lamentamos algum eventual problema na leitura e compreensão do manuscrito. Asseguramos que a versão submetida é uma versão completa e agradecemos todas as sugestões e questões que o caro revisor quiser expor. Não tivemos acesso a mais nenhum comentário ou crítica ao nosso manuscrito da sua parte, mas mantemos a disponibilidade para responder a questões específicas que tenha.

**Revisor C**

**Comentários gerais:**

“Em linhas gerais, o artigo apresenta mérito para um “estudo piloto” de seguimento de 12 meses (janeiro a dezembro de 2017) e possui uma revisão de literatura relativamente bem atualizada. As considerações feitas a seguir estão listadas no sentido de aprimoramento / críticas construtivas / revisão e, com isso, obter-se uma melhor compreensão por parte dos leitores da Revista.”

**Resposta:**

Agradecemos a apreciação e revisão crítica do nosso trabalho e todas as questões e sugestões pertinentes que o caro revisor explicitou. Procuraremos ao longo desta revisão dar a melhor resposta possível a essas mesmas questões e esclarecer os pontos menos claros de forma a tornar o manuscrito mais interessante e de melhor compreensão ao leitor.

**Comentário 1:**

O próprio título “..... conhecer, intervir e avaliar” promete algo que na verdade não entrega em sua completude, ou seja, os leitores passam a conhecer e conseguem compreender uma parte do processo de intervenção feito junto as crianças no referido hospital. Contudo, o “avaliar” eu trocaria por “analisar”, pois de fato, é o que os autores fazem, ao apresentar no final, um conjunto de tabelas descritivas e gerais. Entendo que se fossem “avaliar” deveriam apresentar os referenciais teóricos considerados, e também quiçá, um modelo ou o modelo utilizado para avaliação proposta.

**Resposta:** Agradecemos a sugestão que aceitamos como mais “fiel” ao conteúdo do trabalho.

**Comentário 2:**

“Não ficou evidenciado a que classificação etária os autores consideram como “crianças”. Ora, ao final do trabalho, a Tabela 1, apresenta como faixa etária de criança uma pessoa com 13 a 15 anos. Portanto, ficou a dúvida sobre qual conceito utilizado “crianças” seriam aquelas menores de 16 anos ? Se o for, resta explicitar no texto, e eu recomendaria que o fosse logo no resumo, em que se menciona “... no qual foram admitidas crianças menores de xxx anos com mais de 10 admissões...”.

**Resposta:** O presente estudo incluiu crianças e adolescentes até aos 16 anos. O atendimento na Urgência Pediátrica e restantes sectores da Pediatria de qualquer hospital pertencente ao Serviço Nacional de Saúde engloba atualmente crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias. Para assegurar a continuidade da vigilância das admissões na Urgência Pediátrica e uma adequada recolha de dados durante um período mínimo de 2 anos após o início da intervenção optámos por excluir os adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos. Este aspecto vem mencionado no 1º parágrafo da secção Materiais e Métodos.

A transição dos cuidados de saúde dos adolescentes da Pediatria para a Medicina Interna e restantes especialidades de adultos acarreta uma série de desafios e dificuldades que podem contribuir para um maior ou menor recurso à Urgência. Por consideramos que este seria um fator extra a ter em conta e que dificultaria a interpretação dos resultados optámos por não incluir adolescentes nessa fase de transição.

Assim, a razão da idade mencionada não está relacionada com a definição de “criança” mas sim com a intenção acima referida.

Nesse sentido, alterámos o termo utilizado, quer no resumo quer no restante manuscrito, de “crianças” para “crianças e adolescentes” que será mais correto.

**Comentário 3:**

“Ainda no resumo na parte que menciona “... evidenciando a ausência de indicação clínica para observação hospitalar”, sugiro problematizar aquilo que é mencionado no texto, como o papel dos cuidados primários em saúde nesses encaminhamentos, pois essa ausência de indicação clínica, pode sugerir uma baixa qualidade desses cuidados nas unidades de saúde familiar (USF) ou nas unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP). Ou seriam encaminhados nos dias em que as unidades estão fechadas ?”

**Resposta:** O papel dos cuidados de saúde primários (CSP) no atendimento da doença aguda deveria ser, sem dúvida alguma, primordial. O acesso mais difícil aos mesmos é um fator frequentemente apontado como influenciador de um maior recurso à urgência como referimos na discussão, ainda que, pelos nossos dados seja difícil concluir quanto à qualidade e disponibilidade dos referidos cuidados de saúde e qual o impacto que tem no “comportamento” do utilizador frequente.

Relativamente à questão do horário de funcionamento das USF e UCSP e do eventual maior número de admissões nesse período, esse fator não foi de facto estudado como também referimos nas limitações. Num estudo posterior esse poderia ser, sem dúvida, um dos fatores a ser estudado.

Gostaríamos, no entanto, de esclarecer que no referido parágrafo do resumo o que se pretende referir é que apenas 17% das admissões tinham sido referenciadas e do total de admissões (referenciadas e não referenciadas) 59% foram consideradas não urgentes/pouco urgentes. Uma vez que nos parece que esta frase talvez não fosse explicita e pudesse induzir em erro optámos por reformulá-la e dividi-la em 2.

**Comentário 4:**

“Sugiro incluir uma figura em que se demonstre os dois grupos distintos analisados no seguimento de 12 meses (grupo 1: crianças saudáveis com seguimento exclusivo nos CSP e número de crianças nesse grupo; grupo 2: crianças com seguimento hospitalar e maior proporção de doenças crônicas e número de pessoas nesse grupo). Aliás, essa seria uma importante tabela comparativa (grupo 1 x grupo 2), para análise dos dados que não foi apresentada ao leitor.”

**Resposta:** De facto optámos por apresentar a caracterização/comparação dos 2 grupos no texto, mas seguindo a sua sugestão acrescentámos uma tabela com esses resultados.

**Comentário 5:**

“Os autores prometem apresentar os testes estatísticos para comparação da diferença das proporções entre os grupos, com o recurso do teste de Fisher (pequenas amostras) e o clássico teste de qui-quadrado. Também prometem comparar o pré e pós-intervenção pelo teste de Wilcoxon. Contudo, não localizei esses testes nas duas Tabelas apresentadas ao final do trabalho. Teriam sido cortadas?”

**Resposta:** Os resultados dos testes estatísticos mencionados encontram-se no texto na respetiva secção dos Resultados. Para uma leitura e interpretação mais fácil acrescentámos os mesmos na tabela referida no comentário anterior e num gráfico adicionado por sugestão de outro revisor.

**Comentário 6:**

“O parágrafo “cada utente teve uma mediana de quatro consultas nos CSP ao longo...”. Aqui, sugiro que os autores apresentem aos leitores um gráfico estatístico conhecido como boxplot ou como é chamado em Portugal “diagrama de bigodes” ou “diagrama de caixa”, em que se apresentam os percentis (inclusive a mediana) dos valores observados, nesse caso, da importante variável “número de consultas nos CSP” e também “número de admissões hospitalares entre os utilizadores frequentes”. Acredito que isso daria um bom “impacto visual” ao leitor e demonstraria exatamente aquilo que os autores querem demonstrar: a comparação entre os dois grupos.”

**Resposta:** Seguindo a sua sugestão e de outro revisor acrescentando os gráficos mencionados.

**Comentário 7:**

Gostaria de sugerir uma mudança na forma de apresentação e maior detalhamento da tabela 2, se eu bem as compreendi. Eu faria a junção das duas tabelas em uma única tabela e apresentaria ao leitor da seguinte forma, considerando que uma Tabela, deve sempre responder a três perguntas, o que ? onde ? e quando ? Eu ainda tenho dúvida se não seria melhor desagrupar a faixa etária de 1 a 3 anos, abrindo-a ano a ano, pois a faixa com maior frequência (84,1%) e que poderia ajudar a explicar de forma mais analítica o que se vê na tabela 2 (grande frequência de crianças com doenças crônicas respiratórias) e eu ainda agruparia a faixa etária “10 anos ou mais”

**Resposta:** Tal como sugerido reformulámos a tabela de forma a incluir os dados referentes aos 2 grupos e ao total da amostra.