

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

GÉSSICA DE ALMEIDA PEDROZA

Porto Alegre

2019

GÉSSICA DE ALMEIDA PEDROZA

CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito para conclusão da disciplina Pesquisa em Enfermagem II – ENF 99005, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Orientadora: Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por me proporcionar tantas oportunidades para o meu crescimento durante esses anos.

Aos meus pais e irmão por todo apoio, compreensão nos momentos de ausência e por todo amor.

Ao meu namorado Henrique, que acompanhou todas as etapas do desenvolvimento deste trabalho, sempre me motivando, auxiliando e me passando muita tranquilidade.

Aos meus amigos pelas palavras de apoio e incentivo.

À Prof.^a Dr.^a Maria Luzia pelo papel fundamental na construção deste trabalho. Obrigada por todo conhecimento compartilhado e por passar tranquilidade em todos os nossos encontros, sempre orientando da melhor forma possível.

Resumo

Introdução: Durante o período neonatal o recém-nascido apresenta-se vulnerável à intercorrências devido às adaptações ao ambiente extrauterino. Nesse período, o recém-nascido pode necessitar de atendimento na emergência pediátrica por diversas causas. Nesse aspecto, ressalta-se a importância de se conhecer as causas mais prevalentes do atendimento dos neonatos em emergência pediátrica visando uma melhora da atenção à saúde do neonato. **Objetivo:** Caracterizar os recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência pediátrica, quanto aos aspectos clínicos, demográficos e desfechos. **Método:** Estudo transversal com 645 atendimentos de neonatos, em um hospital do Sul do país, no período dois anos. A coleta de dados foi realizada por meio de uma *Query* e busca em prontuário, os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Na amostra, prevaleceram atendimentos a recém-nascidos que nasceram por parto vaginal (64,5%) e do sexo masculino (55,7%). De acordo com a Classificação de Manchester, os atendimentos dos neonatos foram, em sua maioria (55,5%), classificados como pouco urgente. A média do tempo de permanência, durante o atendimento, foi de 58,2 (DP± 27) minutos. O principal diagnóstico foi icterícia, representando 23,7% dos atendimentos. A maioria (72%) dos atendimentos teve como desfecho a alta domiciliar. **Conclusão:** Conclui-se que recém-nascidos que nasceram por parto vaginal, do sexo masculino apresentaram maior prevalência de atendimentos, sendo a icterícia a principal causa desses atendimentos e o desfecho a alta domiciliar.

Descritores: recém-nascidos; readmissão; emergência pediátrica; atendimentos.

Abstract

Introduction: During the neonatal period the newborn presents himself vulnerable to complications due to extrauterine environment adaptations. In this period, the newborn may need treatment at pediatric emergency due to various reasons. In this aspect, it's highlighted the importance of knowing the most prevalent causes of newborn attendments at pediatric emergency, aiming to improve the newborn care. **Objective:** Organize the newborns attended by a pediatric emergency center, by clinical, demographic and clinical outcome. **Method:** Cross-sectional study with 645 newborns attendments, at a hospital in the southern region of the country, during the two years period. The data collection occurred through a Query and medical records research, the data were analyzed by descriptive statistics. **Results:** At the sample, the prevalent newborn attendment were vaginal birth (64,5%) and males (55,7%). Accordingly to Manchester classification, the majority of the newborn attendments were little urgente (55,5%). The average length of stay during the attendment was 58,2 (DP± 27) minutes. The main diagnosis was jaundice, representing 23,7% of the attendments. The majority (72%) of the attendments had it's closure the home delivery. **Conclusion:** Concludes that the newborn born by vaginal birth, from male sex, presents higher prevalence of attendments, being jaundice the main cause of those attendments and outcome to home delivery.

Descriptors: newborns; readmission; pediatric emergency; attendments.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percentual de atendimentos de recém-nascidos classificados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. Porto Alegre/RS, 2019.

Figura 2 – Percentual de atendimentos de recém-nascidos na EP durante os meses dos anos de 2016 e 2017. Porto Alegre/RS, 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN – Recém-nascido

EP – Emergência pediátrica

STM – Sistema de Triagem de Manchester

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SPSS – Statistical Package for the Social Science

CID – Classificação Internacional de Doenças

DP – Desvio padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivo Específicos.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Icterícia Neonatal	13
3.2 Amamentação	15
3.3 Febre Neonatal	16
4 MÉTODO	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Campo ou contexto.....	18
4.3 População e amostra.....	19
4.4 Coleta de dados	19
4.5 Análise dos dados.....	19
4.6 Aspectos éticos	20
REFERÊNCIAS	21
Artigo para ser Submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem	24
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	42
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ	44
ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO CEP GPPG HCPA	46
ANEXO 3 – TERMO DE COMPROMISSO PAEA UTILIZAÇÃO DE DADOS .	47

1 INTRODUÇÃO

O período neonatal inclui o nascimento até os 28 dias de vida e é considerado um período de vulnerabilidade, devido aos processos de adaptação ao ambiente extrauterino e sintomatologias inespecíficas relacionadas à imaturidade e fragilidade do recém-nascido (RN). Nesse período, verifica-se um aumento de atendimentos do RN no serviço de emergência pediátrica (EP) na maioria dos países (TEIXEIRA et al., 2016; GARCIA et al., 2016). Atualmente, com a tendência na redução da permanência hospitalar pós-natal há uma redução no tempo de aprendizado dos pais a respeito dos cuidados com o recém-nascido após a alta (PERME; CERKVENIK; GROSEK, 2016). Essa realidade em conjunto com a inquietação parenteral e, a ausência de apoio familiar, além dos fatores educacionais e socioculturais, pode influenciar na necessidade de avaliação do RN até 28 dias de vida na emergência pediátrica (GARCIA et al., 2016).

O atendimento ao recém-nascido na emergência pediátrica pode ocorrer por condições clínicas sem gravidade, constituindo um problema de saúde pública, visto que o RN estará em condição vulnerável aos agentes infecciosos presentes neste ambiente (GARCIA et al., 2016). Portanto, a utilização inadequada do serviço de emergência pediátrica no período neonatal, pode resultar em problemas de saúde ao RN ao invés de solucionar, e também, pode gerar aumento de custos e utilização ineficiente dos recursos na área da saúde (LEE et al., 2014). Readmissões evitáveis por causas como icterícia ou problemas alimentares, constituem a maioria das readmissões neonatais precoces, que, teoricamente, poderiam ser reduzidas por meio de suporte adicional durante o período de internação do RN ou aumento dos níveis de acompanhamento após a alta (HARRON et al., 2017).

Na emergência pediátrica, o acolhimento se dá através de um protocolo de classificação de risco para que o atendimento seja priorizado aos pacientes conforme a gravidade do caso. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro através do Sistema de Triagem de Manchester (STM) que possibilita verificar o nível de urgência. Identifica-se a queixa principal, história clínica, sinais e sintomas manifestados pelo paciente e, após, seleciona-se o fluxograma mais apropriado, resultando em um discriminador que o classifica em uma das cinco categorias distintas ordenadas pelo risco, sendo elas, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

As categorias previamente listadas tratam quanto a urgência na necessidade de atenção médica, sendo, respectivamente, emergente, quando a avaliação médica necessita ocorrer imediatamente; muito urgente, quando o tempo de espera não pode ultrapassar os 10 minutos; urgente, quando o tempo de espera não pode superar uma hora; pouco urgente quando não há risco imediato a vida do paciente e o tempo de espera pode ser de até 2 horas; e por fim, não urgente, quando a avaliação médica poderá ocorrer em um intervalo de tempo de até 4 horas (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

Um estudo retrospectivo realizado em hospital geral de Lisboa, verificou que os atendimentos aos neonatos na emergência pediátrica foram, predominantemente, por questões de pouca gravidade clínica, tendo como principais diagnósticos as infecções respiratórias e cólica. A média de tempo de permanência na emergência totalizou 86 minutos para recém-nascidos, sendo que nas demais faixas etárias foi de 101 minutos. A agilidade no atendimento mostra o estado de alerta dos profissionais, visando reduzir o tempo de exposição dos neonatos aos riscos infecciosos relacionados ao ambiente (GARCIA et al., 2016).

PERME; CERKVENIK; GROSEK (2016) realizaram estudo retrospectivo em hospital infantil esloveno para identificar o número e as razões das readmissões no período neonatal nos meses de verão e outono, em que as taxas de readmissão foram, consecutivamente, 6% e 5.9%. O estudo mostrou que o diagnóstico mais frequente nos dois períodos foi a icterícia e destacou a necessidade de fortalecimento da atenção primária para ofertar atendimentos pediátricos.

Considerando que a emergência é a porta de entrada da instituição e que atende demandas provenientes da rede básica de saúde, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o motivo dos atendimentos do RN na EP e observar o desfecho de cada um deles, visto que não há estudos brasileiros abordando esse assunto. Obter essas informações é essencial e de grande importância para a enfermagem e para a instituição para que, a partir do resultado obtido, sejam criadas estratégias para evitar exposições desnecessárias do RN e para proporcionar maior suporte a esse grupo etário fora do ambiente hospitalar e, desta forma, contribuir para a redução da superlotação da EP.

Estes aspectos vieram ao encontro do meu interesse de investigação científica, motivando-me para a realização dessa pesquisa, com a seguinte questão norteadora: “Quais as características dos recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência Pediátrica de um Hospital Universitário?”.

Acredito que os resultados deste estudo poderão contribuir para avaliar as práticas assistenciais relacionadas aos recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência Pediátrica desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência pediátrica de um Hospital Universitário.

2.2 Objetivo Específicos

- Caracterizar os atendimentos quanto à idade e ao sexo
- Identificar o nível de urgência de acordo com a Classificação de Manchester
- Identificar as principais causas dos atendimentos
- Verificar o tempo de permanência do recém-nascido na emergência pediátrica
- Identificar o desfecho após consulta médica
- Conhecer o padrão de aleitamento materno de recém-nascidos que tiveram a internação como desfecho

3 REVISÃO DA LITERATURA

Readmissão hospitalar é a internação de uma paciente no mesmo hospital após certo intervalo de tempo (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005).

O tempo de internação pós-parto dos recém-nascido a termo considerado saudável deve ser de 48h para nascidos por parto vaginal e de 72 a 96h para parto cesárea (GRACIA et al., 2017).

O tempo de permanência da mãe e do RN na maternidade deve ser o suficiente para que sejam identificadas complicações no RN, além de permitir que a mãe se recupere e esteja bem instruída a respeito dos cuidados no período puerperal e com o bebê em casa. As complicações cardiopulmonares do RN são identificadas em menos de 12 horas após o nascimento e estão relacionadas a adaptação do ambiente intrauterino ao extrauterino. Já, as complicações como icterícia, lesões cardíacas relacionadas ao canal arterioso, e obstrução gastrointestinal necessitam de um período mais prolongado de observação (GRACIA et al., 2017).

Após a alta da maternidade são muitos os motivos que podem levar o RN a uma readmissão na emergência pediátrica. Em um estudo, foi evidenciado que os motivos mais comuns de readmissão são icterícia, infecção, problemas pulmonares, complicações gastrointestinais, alterações de pele e déficit de crescimento. Foi evidenciada uma diferença de diagnóstico nas readmissões entre os meses de inverno e verão, não havendo diferença no tempo de tratamento entre as duas estações do ano (PERME; CERKVENIK; GROSEK, 2016).

A duração do tratamento do RN está associada ao que foi diagnosticado na admissão. Fatores como, infecção, idade do RN e peso prolongam o tratamento. Neonatos com baixo peso têm duração do tratamento mais prolongada, visto que cada kg a menos influência em até 1,5 dias a mais de internação. Já os problemas gastrointestinais e a icterícia encurtam o tratamento comparado com a infecção (PERME; CERKVENIK; GROSEK, 2016).

3.1 Icterícia Neonatal

A icterícia ocorre em 60 a 80% dos recém-nascidos e nas duas primeiras semanas de vida (KHURSHID; MEDVES, 2018). É também a causa mais frequente de readmissão na

primeira semana de vida (OLUSANYA et al., 2017). Ainda que a icterícia leve seja uma complicação comum entre bebês a termo saudáveis e não haja necessidade de intervenção, ela pode se desenvolver em icterícia grave e em casos extremamente raros pode levar ao kernicterus, condição essa que pode ocasionar danos neurológicos e morte (METCALFE et al., 2016).

A expressão hiperbilirrubinemia se refere ao acúmulo de bilirrubina em grande quantidade no sangue, caracterizando-se por icterícia, coloração amarelada da pele, esclera e unhas. A hiperbilirrubinemia é uma complicação que ocorre com frequência nos recém-nascidos, e, na maior parte dos casos, sua manifestação é relativamente benigna, mas também pode ser patológica. Desenvolve-se tanto pelo aumento da bilirrubina direta, quanto da indireta na corrente sanguínea, sendo a forma indireta a mais comum no período neonatal (FRASER, 2011).

A hemoglobina, resultante da destruição das hemácias, ao ser degradada resulta na produção de bilirrubina. Quando há a destruição das hemácias, a hemoglobina é liberada na circulação, dividindo-se nas frações heme e globina. A fração globina é utilizada pelo corpo e a fração heme é convertida em bilirrubina não-conjugada, substância essa que não é solúvel e se liga a albumina. A bilirrubina não conjugada é separada da albumina no fígado e conjugada a ácido glicurônico por intermédio da enzima glicuronil transferase que por sequência dá origem a bilirrubina conjugada, solução muito solúvel que é excretada na bile. As bactérias do intestino reduzem a bilirrubina conjugada a urobilinogênio, que é responsável pela pigmentação característica das fezes. Grande parte da bilirrubina reduzida é eliminada nas fezes e o restante eliminado pela urina (FRASER, 2011).

Quando o corpo é incapaz de manter um equilíbrio entre as destruições de hemácias e a utilização e excreção dos produtos intermediários, gera acúmulo de bilirrubina nos tecidos, resultando em icterícia. As possíveis causas para desenvolver icterícia são fatores fisiológicos, como a prematuridade, relacionada a amamentação ou ao leite materno, excesso de produção de bilirrubina (FRASER, 2011).

Tipos de icterícia:

- Icterícia fisiológica: tem por causa a função hepática imatura junto ao aumento da bilirrubina resultante da hemólise. O início é após 24h de vida.
- Aleitamento materno associado a icterícia: ocorre pela redução da ingestão de leite que se relaciona com a menor quantidade de

calorias que o recém-nascido gasta quando o aleitamento materno ainda não está bem estabelecido. Ocorre também pelo aumento da circulação êntero-hepática.

Tem seu início entre o 2º e 4º dia de vida.

- Aleitamento materno associado a icterícia com início tardio: acontece por possíveis fatores no leite materno que inibem a conjugação da bilirrubina. As evacuações acontecem com menor regularidade. Inicia entre o 4º e 8º dia de vida.

- Doença hemolítica: ocorre pela incompatibilidade com o antígeno sanguíneo resultando em hemólise intensa, fígado incapaz de conjugar e excretar o excesso de bilirrubina proveniente da hemólise. Tem seu início nas primeiras 24h de vida, com níveis aumentando >5mg/dL/dia (FRASER, 2011).

A icterícia pode ser prevenida de forma primária por meio da alimentação adequada e secundária por monitoramento da icterícia neonatal. Verificar os níveis de bilirrubina antes da alta pós-natal também é uma forma de prevenção (KHURSHID; MEDVES, 2018).

A privação calórica e/ou desidratação, resultante da dificuldade em iniciar ou estabelecer o aleitamento materno de forma eficaz, eleva os níveis plasmáticos de bilirrubina, favorecendo o desenvolvimento da icterícia grave. O suporte adequado após a alta hospitalar, pode contribuir para o estabelecimento da amamentação, possibilita um melhor acompanhamento do quadro clínico do recém-nascido, reduzindo as taxas de readmissão hospitalar (METCALFE et al., 2016).

3.2 Amamentação

A amamentação é essencial para o recém-nascido, pois oferece os nutrientes ideais nos primeiros meses de vida (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016). O Ministério da saúde e a Organização Mundial da Saúde recomendam seis meses de aleitamento materno exclusivo. Níveis inferiores do que é considerado ideal geram consequência de riscos a saúde do neonato, e consequentemente aumento da readmissão (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016).

A produção do leite se dá em dois estágios distintos: o primeiro período inclui a secreção do leite que ocorre no lúmen alveolar e o segundo período é o da ejeção do leite, passando pelos condutos. A prolactina, que é o hormônio que estimula a produção de leite, é liberada pela sucção, causando impulso sensorial que é transmitido até a adeno-hipófise. Somente a sucção não é capaz de retirar o leite produzido, é preciso haver a ejeção láctea para a liberação suficiente do leite. Esse processo é consequência de reflexos neurogênicos e hormonais que envolvem a ocitocina e o reflexo de ejeção ou de descida do leite (BRASIL, 2017).

A sucção estimula a neuro-hipófise a produzir e secretar ocitocina na corrente sanguínea. Quando a ocitocina chega na glândula mamária, ela causa contração nas células mioepiteliais que circundam os alvéolos, fazendo com que o leite saia dos alvéolos e passe para os grandes ductos. O sistema nervoso central responde à estímulos como choro ou contato com o lactente. Estímulos corticais, como os auditivos, visuais ou mentais, por exemplo ouvir o choro do bebê, pensar ou visualizar o RN podem ocasionar a liberação de ocitocina, causando ejeção do leite sem o estímulo de sucção. Estresse, ansiedade, temor, confusão, constrangimento, uso de álcool ou mães fumantes pode causar a inibição do reflexo de ejeção do leite (BRASIL, 2017).

Crianças hospitalizadas tiveram um risco 2,5 vezes maior de não serem exclusiva ou predominantemente amamentadas (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016).

A amamentação promove proteção aos recém-nascidos contra doenças infecciosas, e também proporciona benefícios nutricionais, no desenvolvimento, emocionais, sociais e financeiros. Bebês hospitalizados com febre neonatal tiveram 2,5 mais chances de terem recebido fórmula ou terem sido parcialmente amamentados comparados a bebês saudáveis. O aleitamento materno predominante também propiciou proteção contra infecção, mas em bebês recebendo aleitamento materno parcial ou fórmula láctea não há evidências de proteção (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016).

3.3 Febre Neonatal

Os neonatos que apresentam quadros febris são classificados como alto risco para infecções graves, em virtude da suscetibilidade de contraírem infecções, a complexidade de exame clínico e desfechos negativos em situações não diagnosticadas e não tratadas imediatamente (JAIN et al., 2014).

A febre neonatal é o motivo de muitas hospitalizações de bebês no primeiro mês de vida e pode ser um sinal para a manifestação de muitas infecções letais. Os bebês hospitalizados passam por testes e exames invasivos para determinar o motivo da febre e a maioria são tratados com antibioticoterapia até não haver mais vestígios de infecção bacteriana

(NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016). Recém-nascidos que apresentarem febre neonatal devem passar por uma avaliação que inclua hemograma, hemocultura, exame de urina, cultura de urina, líquido cefalorraquidiano (glicose, proteína, contagem de células, coloração de Gram) e cultura do líquido cefalorraquidiano (JAIN et al., 2014). Esses procedimentos causam estresse infantil e ansiedade aos pais, além das despesas para o sistema de saúde (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016).

Netzer-tomkins, Rubin e Ephros (2016) evidenciaram em seu estudo que a idade mediana de neonatos hospitalizados por febre foi de vinte dias de vida, com mediana de permanência hospitalar de quatro dias. Os principais motivos de febre foram infecção do trato urinário, bronquiolite e otite média aguda.

Jain et al. (2014) mostra em seu estudo que dos neonatos que apresentaram quadros de infecções, as mais frequentes foram infecções do trato urinário (27%), meningite (18,8%), sepse (14,4), abscesso (5,9%) e pneumonia (9%).

Há também associação entre o fumo doméstico com a hospitalização por febre neonatal. Quando há redução de hospitalização por febre neonatal, o bem-estar é proporcionado ao bebê e à sua família por meio da amamentação, além da redução de gastos (NETZER-TOMKINS; RUBIN; EPHROS, 2016).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, onde as medições são realizadas de uma única vez. Este tipo de estudo é utilizado para descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Após a seleção da amostra, mede-se as variáveis preditoras e seus desfechos (HULLEY et al., 2003).

4.2 Campo ou contexto

O estudo foi realizado na emergência pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A emergência é porta de entrada para os pacientes no HCPA. O atendimento é prestado a pacientes pediátricos que buscam diretamente o HCPA ou em casos de encaminhamento por outras unidades em casos de urgência ou emergência pediátrica. É prestado atendimento humanizado, no qual a família é inserida no ambiente do cuidado, garantindo o direito de um acompanhante (HCPA, 2018).

O serviço de emergência é baseado na Política Nacional de Humanização, em que é preconizado para o atendimento de urgências e emergências o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Para cumprir o que a diretriz preconiza, o serviço de emergência utiliza o Protocolo de Manchester. Este processo tem por finalidade a resolutividade dos problemas de saúde e qualificação do atendimento prestado, tendo sempre como prioridade casos graves com risco de vida imediatos (HCPA, 2018).

A estrutura física da emergência pediátrica é composta por dois consultórios médicos, uma sala de pequenos procedimentos próxima aos consultórios, com capacidade para oito crianças. Uma área de internação e observação pediátrica com um box de urgência, um box de admissão e procedimento, três box de isolamento, sendo um deles destinado especificamente para casos de bronquiolites. No total são nove leitos, que em casos excepcionais comporta até dezesseis crianças (HCPA, 2018).

4.3 População e amostra

A população estudada foi recém-nascidos atendidos na Emergência pediátrica do HCPA entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017. Foram incluídos na pesquisa recém-nascidos com idade inferior ou igual a 28 dias de vida. Os critérios de exclusão foram: neonatos atendidos na EP que nasceram por parto domiciliar, visto que estarão em ambiente hospitalar pela primeira vez; neonatos que não nasceram no HCPA, considerando a dificuldade do acesso aos dados do parto ou ao prontuário se houver internação na neonatologia após o parto.

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa *WinPepi*, versão **11.65**. Considerando confiança de **95%**, margem de erro de **4%** e proporção de **22.2%** de internação como é referida em *GARCIA et al. (2016)*, chegou-se ao tamanho de amostra de **412** sujeitos. Contudo, foi incluído 645 sujeitos, a totalidade dos casos atendidos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de uma *Query* e busca em prontuário. A *query* é uma maneira de investigar prontuários informatizados na instituição do estudo e é solicitada por meio do preenchimento de um formulário de pesquisa contendo as variáveis do estudo.

Na *query* foram solicitadas as seguintes variáveis: idade, data de nascimento, sexo, Classificação de Manchester, diagnóstico médico, tempo de permanência e seus desfechos. Os desfechos após a consulta médica que englobam a alta para domicílio, a internação na sala de observação da emergência, a transferência para unidade de internação pediátrica ou UTI pediátrica, UTIN, UIN e óbito neonatal. Uma vez identificados os atendimentos dos pacientes na *query*, foi solicitado o acesso aos respectivos prontuários (APÊNDICE A).

4.5 Análise dos dados

Para a análise foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0. Foi realizada análise descritiva dos dados, com frequência e o percentual para as variáveis categóricas, enquanto que, para as variáveis quantitativas, serão calculadas a média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo-interquartil.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado e aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO 1), sendo, também, aprovado na Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO 2).

Os princípios éticos foram respeitados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os autores assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados dos prontuários (ANEXO 3).

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, Sp, v. 24, p.1-7, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 199 p.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1186-1200, ago. 2005.

FRASER, Debbie. Problemas de Saúde dos Recém-nascidos. In: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap. 9. p. 281-288.

GARCIA, Catarina et al. Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Portugal, v. 61, n. 7, p.61-67, 2016.

GRACIA, Segundo Rite et al. Criteria for hospital discharge of the healthy term newborn after delivery. **Anales de Pediatría**, España, v. 86, n. 5, p.289.e1-289.e6, maio 2017. Elsevier BV.

HARRON, Katie et al. Newborn Length of Stay and Risk of Readmission. **Paediatric And Perinatal Epidemiology**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.221-232, 18 abr. 2017. Wiley-Blackwell.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Principais Números. In: [Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre]. Porto Alegre: HCPA, 2018.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre, Rs: Artmed, 2003. 374 p.

JAIN, Shabnam et al. Management of Febrile Neonates in US Pediatric Emergency Departments. **Pediatrics**, Illinois, v. 133, n. 2, p.187-195, fev. 2014.

LEE, Henry C. et al. Emergency Department Visits in the Neonatal Period in the United States. **Pediatric Emergency Care**, Stanford, v. 30, n. 5, p.315-318, maio 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

METCALFE, Amy et al. Proportion of neonatal readmission attributed to length of stay for childbirth: a population-based cohort study. **Bmj Open**, London, v. 6, n. 9, p.1-7, set. 2016.

NETZER-TOMKINS, Hila; RUBIN, Lisa; EPHROS, Moshe. Breastfeeding Is Associated with Decreased Hospitalization for Neonatal Fever. **Breastfeeding Medicine**, New York, v. 11, n. 5, p.218-221, jun. 2016. Mary Ann Liebert Inc.

OLUSANYA, Bolajoko O. et al. Severe neonatal hyperbilirubinaemia is frequently associated with long hospitalisation for emergency care in Nigeria. **Acta Paediatrica**, Stockholm, Sweden, v. 106, n. 12, p.2031-2037, 15 set. 2017. Wiley.

PERME, Tina; CERKVENIK, Andrejka Škafar; GROSEK, Štefan. Newborn Readmissions to Slovenian Children's Hospitals in One Summer Month and One Autumn Month: A Retrospective Study. **Pediatrics & Neonatology**, Taiwan, v. 57, n. 1, p.47-52, fev. 2016. Elsevier BV.

KHURSHID, Faiza; MEDVES, Jennifer. Effectiveness of universal hyperbilirubinemia screening on newborn health. **Jbi Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports**, Australia, v. 16, n. 2, p.287-290, fev. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

TEIXEIRA, Gracimary Alves et al. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.4036-4046, 7 jan. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

Artigo para ser Submetido à *Revista Gaúcha de Enfermagem*

CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Géssica de Almeida Pedroza¹, Maria Luzia Chollopetz da Cunha²

¹ Acadêmica de enfermagem UFRGS

² Pesquisadora, Professora do Programa de Pós-Graduação da Escola de
Enfermagem/UFRGS

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência pediátrica, quanto aos aspectos clínicos, demográficos e desfechos. **Método:** Estudo transversal com 645 atendimentos de recém-nascidos em um Hospital Universitário do Sul do país no nos anos de 2016 e 2017. Coleta de dados realizada por meio de uma *Query* prontuário, procedeu-se análise estatística descritiva. **Resultados:** Prevaleram recém-nascidos que nasceram por parto vaginal (64,5%) e do sexo masculino (55,7%). De acordo com a Classificação de Manchester 55,5% dos atendimentos foram classificados como pouco urgente. A média do tempo de permanência foi de 58,2 (DP± 27) minutos. O principal diagnóstico foi icterícia, representando 23,7% dos atendimentos e o desfecho foi a alta domiciliar (72%). **Conclusão:** Conclui-se que recém-nascidos que nasceram por parto vaginal e do sexo masculino apresentaram maior índice de atendimentos, sendo a icterícia a principal causa desses atendimentos e o desfecho mais prevalente a alta domiciliar.

Descritores: recém-nascidos; readmissão; emergência pediátrica; atendimentos.

ABSTRACT:

Objective: Classify newborns attended at a pediatric emergency center, for its clinical aspects, demographic and outcomes. **Method:** Cross-sectional study with 645 newborns attendments, at a hospital in the southern region of the country, during the years 2016 and 2017. The data collection occurred through a Query and medical records research, the data were analyzed by descriptive statistics. **Results:** The preponderate birth method of newborns were vaginal birth (64,5%) and males (55,7%). Accordingly to Manchester classification, the majority of the newborn attendments were little urgente (55,5%). The average length of stay during the attendment was 58,2(DP± 27) minutes. The main diagnosis was jaundice, representing 23,7% of the attendments and its closure was the domiciliar release (72%). **Conclusion:** Concludes that the newborn born by vaginal birth, from male sex, presents higher prevalence of attendments, being jaundice the main cause of those attendments, closure and domiciliar release.

Descriptors: newborns; readmission; pediatric emergency; attendments.

INTRODUÇÃO

O período neonatal inclui o nascimento até os 28 dias de vida e é considerado um período de vulnerabilidade, devido aos processos de adaptação ao ambiente extrauterino e sintomatologias inespecíficas relacionadas à imaturidade e fragilidade do recém-nascido (RN). Nesse período, verifica-se um aumento de atendimentos do RN no serviço de emergência pediátrica (EP) na maioria dos países⁽¹⁻²⁾. Atualmente, com a tendência na redução da permanência hospitalar pós-natal há uma redução no tempo de aprendizado dos pais a respeito dos cuidados com o recém-nascido após a alta⁽³⁾. Essa realidade em conjunto com a inquietação parenteral e, a ausência de apoio familiar, além dos fatores educacionais e socioculturais, pode influenciar na necessidade de avaliação do RN até 28 dias de vida na emergência pediátrica⁽²⁾.

O atendimento ao recém-nascido na emergência pediátrica pode ocorrer por condições clínicas sem gravidade, constituindo um problema de saúde pública, visto que o RN estará em condição vulnerável aos agentes infecciosos presentes neste ambiente⁽²⁾. Portanto, a utilização inadequada do serviço de emergência pediátrica no período neonatal, pode resultar em problemas de saúde ao RN ao invés de solucionar, e também, pode gerar aumento de custos e utilização ineficiente dos recursos na área da saúde⁽⁴⁾. Readmissões evitáveis por causas como icterícia ou problemas alimentares, constituem a maioria das readmissões neonatais precoces, que, teoricamente, poderiam ser reduzidas por meio de suporte adicional durante o período de internação do RN ou aumento dos níveis de acompanhamento após a alta⁽⁵⁾.

Na emergência pediátrica, o acolhimento se dá através de um protocolo de classificação de risco para que o atendimento seja priorizado aos pacientes conforme a gravidade do caso. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro através do Sistema de Triagem de Manchester (STM) que possibilita verificar o nível de urgência. Identifica-se a queixa principal, história clínica, sinais e sintomas manifestados pelo paciente e, após, seleciona-se o fluxograma mais apropriado, resultando em um discriminador que o classifica em uma das cinco categorias distintas ordenadas pelo risco, sendo elas, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul⁽⁶⁾.

As categorias previamente listadas tratam quanto a urgência na necessidade de atenção médica, sendo, respectivamente, emergente, quando a avaliação medica necessita ocorrer imediatamente; muito urgente, quando o tempo de espera não pode ultrapassar os 10 minutos; urgente, quando o tempo de espera não pode superar uma hora; pouco urgente quando não há risco imediato a vida do paciente e o tempo de espera pode ser de até 2 horas; e por fim, não urgente, quando a avaliação médica poderá ocorrer em um intervalo de tempo de até 4 horas⁽⁶⁾.

Um estudo retrospectivo realizado em hospital geral de Lisboa, verificou que os atendimentos aos neonatos na emergência pediátrica foram, predominantemente, por questões de pouca gravidade clínica, tendo como principais diagnósticos as infecções respiratórias e cólica. A média de tempo de permanência na emergência totalizou 86 minutos para recém-nascidos, sendo que nas demais faixas etária foi de 101 minutos. A agilidade no atendimento mostra o estado de alerta dos profissionais, visando reduzir o tempo de exposição dos neonatos aos riscos infecciosos relacionados ao ambiente⁽²⁾.

Estudo retrospectivo em hospital infantil esloveno para identificar o número e as razões das readmissões no período neonatal nos meses de verão e outono, constatou que as taxas de readmissão foram, consecutivamente, 6% e 5.9%. O estudo mostrou que o diagnóstico mais frequente nos dois períodos foi a icterícia e destacou a necessidade de fortalecimento da atenção primária para ofertar atendimentos pediátricos⁽³⁾.

Considerando que a emergência é a porta de entrada da instituição e que atende demandas provenientes da rede básica de saúde, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o motivo dos atendimentos do RN na EP e observar o desfecho de cada um deles, visto que não há estudos brasileiros abordando esse assunto. Obter essas informações é essencial e de grande importância para a enfermagem e para a instituição para que, a partir do resultado obtido, sejam criadas estratégias para evitar exposições desnecessárias do RN e para proporcionar maior suporte a esse grupo etário fora do ambiente hospitalar e, desta forma, contribuir para a redução da superlotação da EP.

Estes aspectos vieram ao encontro do meu interesse de investigação científica, motivando-me para a realização dessa pesquisa, com a seguinte questão norteadora: “Quais as características dos recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência Pediátrica de um Hospital Universitário?”.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para avaliar as práticas assistenciais relacionadas aos recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência Pediátrica desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. Desta forma, o objetivo do estudo é caracterizar os recém-nascidos atendidos em um serviço de emergência pediátrica, quanto aos aspectos clínicos, demográficos e desfechos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Emergência Pediátrica (EP) de um Hospital Universitário do Sul do país. A população estudada foi de recém-nascidos atendidos na Emergência pediátrica, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017. Foram incluídos na pesquisa recém-nascidos atendidos com idade inferior ou igual a 28 dias de vida, nascidos no mesmo hospital da referida Emergência Pediátrica. Os critérios de exclusão foram recém-nascidos que nasceram por parto domiciliar e que nasceram em outros hospitais.

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa *WinPepi*, versão **11.65**. Considerando confiança de **95%**, margem de erro de **4%** e proporção de **22.2%** de internação, de acordo com estudo anterior, chegou-se ao tamanho de amostra de **412** atendimentos de RN⁽²⁾. Entretanto, as autoras optaram por incluir 100% dos atendimentos de recém-nascidos na EP no período da coleta de dados para uma melhor caracterização da amostra, totalizando 645 atendimentos.

A coleta de dados foi feita por meio de uma *Query* e busca em prontuário. Na *query* foram solicitadas as seguintes variáveis: idade, data de nascimento, sexo, classificação de Manchester, diagnóstico médico, duração do tratamento e seus desfechos. Os desfechos após a consulta médica que englobam a alta para domicílio, a internação na sala de

observação da emergência, a transferência para unidade de internação pediátrica ou UTI pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade neonatal e óbito neonatal. Uma vez identificados os atendimentos dos pacientes na query, foi solicitado o acesso aos respectivos prontuários.

Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0. Foi realizada análise estatística descritiva, com frequência e o percentual para as variáveis categóricas, enquanto para as variáveis quantitativas, foram calculadas a média, o desvio padrão (DP), a mediana e o intervalo-interquartil (IQ).

Os princípios éticos foram respeitados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi aprovado no CEP da Instituição sob o número do CAEE: 95180718.0.0000.5327.

RESULTADOS

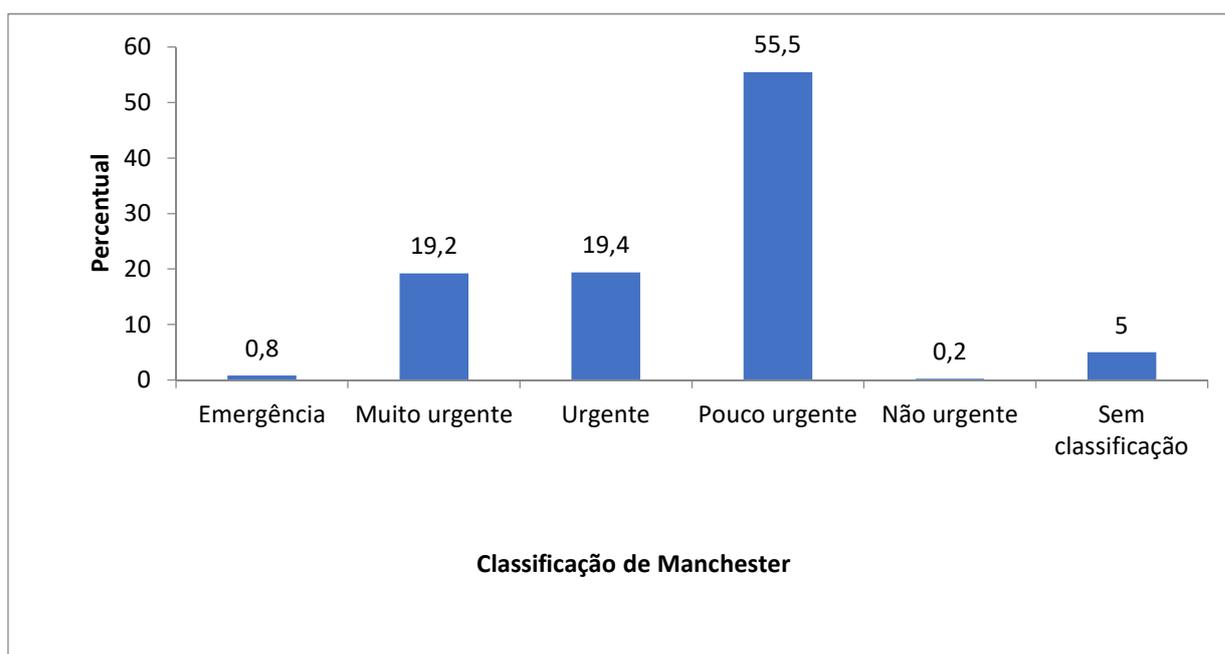
A coleta de dados da pesquisa compreendeu o período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017, totalizando 645 atendimentos, de acordo com os critérios de elegibilidade. Constatou-se que 82 (12,7%) dos recém-nascidos foram atendidos mais de uma vez na EP durante o período estudado.

Em relação à procedência dos RN atendidos na EP, identificou-se um total de 9 municípios distintos. Um total de 492 (76,3%) RN foi proveniente de Porto Alegre, seguido de cidades da região metropolitana como Viamão 82 (12,7%), Guaíba 32 (5%), Eldorado do sul 11 (1,7%), Alvorada 10 (1,6%), Canoas 6 (0,9%), Gravataí 6 (0,9%), Cachoeirinha 4(0,6%) e Esteio 2 (0,3%) de atendimentos. Quanto a idade dos RN no momento do atendimento, a mediana foi de 13 (IQ7-20) dias de vida.

As variáveis relacionadas aos dados do parto demonstraram que prevaleceram recém-nascidos que nasceram por parto vaginal (64,5%) e do sexo masculino (55,7%). A média da idade gestacional verificada foi de 38,4 (DP±1,65) semanas de gestação, a média do peso de nascimento de 3267 (DP±503) g e o Apgar no 5º minuto de vida de nascimento apresentou a média de 9,14 (DP±0,7).

Ao serem atendidos na emergência pediátrica os RN passaram por um acolhimento e classificação de risco, sendo esta realizada através do Protocolo de Manchester (Figura 1).

Figura 1 – Percentual de atendimentos de recém-nascidos classificados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (n=645). Porto Alegre/RS, 2019



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Na sequência foi realizada a consulta médica e, posteriormente, os neonatos receberam o encaminhamento necessário de acordo com seu quadro clínico. A mediana do tempo de permanência do recém-nascido durante o atendimento na EP foi de 51 (IQ40-71) minutos.

Para melhor entendimento, agrupou-se as principais causas, num total de 11, que correspondem a um percentual acumulado de 84,2% do total de atendimentos, as demais causas foram classificadas na categoria denominada de outros por apresentarem percentual menor do que 1% de prevalência cada. Dentre as 11 principais causas 152 (23,7%) atendimentos foram por icterícia, 90 (14%) foram por irritabilidade e choro, 80 (12,5%) foram por infecções de vias aéreas, 56 (8,7%) apresentaram sinais e sintomas de disfunção respiratória, 56 (8,7%) estavam com febre. Além disso, 37 (5,8%) dos atendimentos foram por náusea e vômito, 20 (3,1%) foram por conjuntivite, 14 (2,2%) apresentaram gastroenterite, 13 (2%) foram por desconforto abdominal, 12 (1,9%) vieram para exame médico, 12 (1,6%) foram atendidos por alterações intestinais do RN.

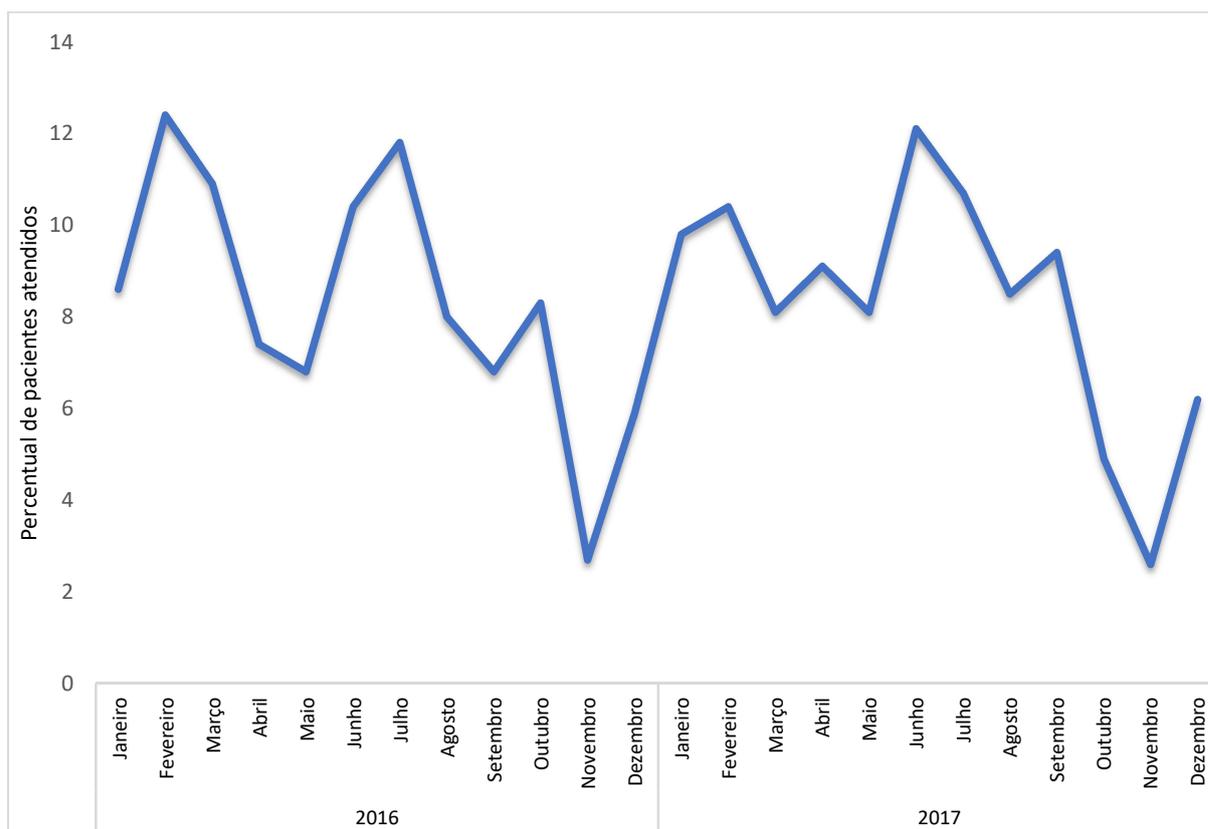
No que diz respeito aos desfechos após a consulta médica, 464 (72%) dos RN atendidos receberam alta para o domicílio, 82 (12,7) permaneceram na sala de observação da emergência pediátrica, 55 (8,5%) internaram em Unidade de Internação Neonatal, 41 (6,4%) internaram em Unidade de Internação Pediátrica e 1 (0,2%) internou na UTI Neonatal.

Referente aos 179 (27,7%) recém-nascidos em que o desfecho foi internação, destes 137 (76,5%) estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) ao chegar à emergência pediátrica, 32 (17,9%) estavam em aleitamento materno misto, nove (5%) estavam recebendo fórmula láctea e um (0,6%) recebendo outro tipo de dieta. Dentre as 179 internações, 32 (17,9%) destes recém-nascidos já haviam sido internados na Unidade de Internação Neonatal ao nascer e a média do tempo de permanência nesta internação hospitalar foi de 6,6 (DP±4,6) dias.

A sazonalidade dos atendimentos ao longo dos dois anos de estudo foi determinada por meio de um gráfico, tendo maior prevalência no verão e inverno (Figura 2). Em 2016 o mês de fevereiro apresentou 42 (12,4%) atendimentos e julho 40 (11,8%) atendimentos. Da

mesma forma em 2017, fevereiro também foi um dos meses com maior número de atendimentos, apresentando 32 (10,4%) e junho 37 (12,1%) atendimentos (Figura 3). Em relação às causas mais prevalentes nesses meses, em fevereiro de 2016 ocorreram 14 (33,3%) atendimentos por icterícia e 12 (28,6%) atendimentos por febre, já em julho deste mesmo ano ocorreram 9 (22,5%) atendimentos por icterícia e 9 (22,5%) por sinais e sintomas de disfunção respiratória. Em fevereiro de 2017 foram 7 (21,9%) atendimentos por icterícia e 5 (15,6%) por choro e irritabilidade. Já em junho do mesmo ano foram 8 (21,6%) atendimentos por icterícia e 7 (18,9%) por infecção de vias aéreas.

Figura 2 – Percentual de atendimentos de recém-nascidos na EP durante os meses dos anos de 2016 e 2017. Porto Alegre/RS, 2019.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Quanto às características dos recém-nascidos atendidos na EP, constatou-se neste estudo que 55,7% era do sexo masculino. Esse dado também foi encontrado em estudos semelhantes com prevalências do sexo masculino de 54,9% e 57,3%, respectivamente^(2,7). Em relação ao tipo de parto neste estudo, constatou-se prevalência do parto vaginal em 64,5% da amostra, sendo que em outro estudo realizado em Ontário foi observou-se a predominância de parto vaginal em 77% dos atendimentos⁽⁸⁾. As características demográficas variam de acordo com a localidade, período de tempo estudado, particularidades do sistema de saúde e cultura de cada país.

Em estudo realizado na Eslovênia, o qual observou a idade de readmissão dos recém-nascidos, segundo o período do ano, constatou-se que no mês de verão a média de idade foi de 12,2 (DP±7,1) dias, enquanto que no mês de outono a média de idade ficou em 10,5 (DP±7) dias de vida⁽³⁾. Já em outros estudos, a média de dias de vida foi mais alta, apresentando 14,1 (DP±8,3) dias e 16,78 (DP±7,75) dias de vida, respectivamente^(2,7), sendo que a mediana da idade dos neonatos do presente estudo foi de mediana foi de 13 (IQ7-20) dias de vida.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado na Inglaterra e atualmente é utilizado em mais da metade dos estados brasileiros, cuja classificação de risco é realizada pelo enfermeiro⁽⁹⁾. Desta forma, é essencial que o enfermeiro exerça esse papel com segurança, resultando em uma classificação fidedigna ao estado de saúde do paciente. Essa prática segura é consequência da confiabilidade do produto que é determinada pela possibilidade de verificar diversas vezes o mesmo resultado diante das mesmas condições avaliadas⁽¹⁰⁾.

O STM possui 52 fluxogramas, dos quais 49 são adequados para a pediatria. Em estudo no qual a finalidade era testar a capacidade do STM em pacientes menos urgentes,

evidenciou-se desempenho negativo em crianças menores de um ano que apresentavam sintomas clínicos com risco de internação⁽¹¹⁾. No presente estudo a classificação de risco pouco urgente predominou, apresentando percentual de 55,5%, corroborando com os achados da pesquisa realizada em Portugal que apresentou 40,1%⁽²⁾. Com a finalidade de caracterizar a classificação de risco pelo STM, constatou-se que o fluxograma pais preocupados predominou em comparação aos demais. A prevalência desse fluxograma decorre da impressão dos pais em relação ao estado de saúde da criança e receio de agravamento⁽⁶⁾.

O tempo de permanência na emergência pediátrica compreende o tempo entre acolhimento, classificação de risco e consulta médica. Nossos resultados mostraram que a mediana do tempo de permanência na EP foi de 51 (IQ40-71) minutos. Já em outro estudo foi encontrado média de tempo de permanência de 86 (DP±12) minutos para o grupo de recém-nascidos, considerado inferior quando comparado ao tempo de permanência de crianças de outras faixas etárias⁽²⁾. Quando questionado aos pais em quanto tempo seus filhos deveriam ser atendidos na emergência, 50,8% deles responderam que em até uma hora⁽⁸⁾. Estes achados demonstram que o tempo de atendimento ao RN vai ao encontro das expectativas dos pais e mostram que a equipe de saúde está preocupada em reduzir o tempo de exposição do neonato aos agentes infecciosos da emergência, proporcionando um atendimento qualificado, seguro e ágil.

Nota-se no presente estudo que a icterícia, presente em 23,7% da amostra, foi a causa mais prevalente de atendimento na EP, seguida de choro e irritabilidade (14%), infecções de vias aéreas (12,5%), sinais e sintomas de disfunção respiratória (8,7%) e febre (8,7%). Da mesma forma, outro estudo identificou que a icterícia (23,4%) foi a principal causa de atendimento hospitalar, seguida de irritabilidade (9,5%) e vômitos (7,1%)⁽⁷⁾. Por outro lado, estudo realizado na Irlanda do Norte verificou que as principais causas de

atendimento foram dificuldade alimentar, vômito ou falta de crescimento (36%), dificuldade respiratória (18%), choro (6%), erupção cutânea (6%) e icterícia (6%). Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou que as principais causas para o retorno dos RN na EP são os problemas com a alimentação (40,9%), seguido da icterícia (35,3%), desconforto respiratório (33%), risco de sepse (22,5%) e infecção (21,2%)⁽¹²⁾.

A icterícia leve é comum entre os recém-nascidos a termo e, na maioria das vezes, é representada por uma alteração fisiológica transitória, sem necessidade de intervenção terapêutica. Sabe-se que o aporte hídrico inadequado, em consequência da amamentação ineficaz contribui para a hiperbilirrubinemia⁽¹³⁾. A consolidação da amamentação pode ser influenciada pela alta pós-natal precoce, caso não haja acompanhamento e apoio profissional adequado para garantir o sucesso na amamentação⁽¹⁴⁾.

Uma pesquisa que investigou readmissão de recém-nascidos até 14 dias de vida, constatou-se que neonatos que receberam alta nos dois primeiros dias de vida tiveram mais chance de serem readmitidos por icterícia em comparação com os que tiveram alta após o terceiro dia de vida. Destes, os fatores de risco para readmissão por icterícia foram parto vaginal, estar em aleitamento exclusivo no momento da alta, nascer de mãe primípara e com idade menor que 20 anos⁽¹⁴⁾. Outro estudo, que analisou os fatores de risco para a reinternação por icterícia, mostrou que 21,5% dos pacientes apresentaram incompatibilidade sanguínea, 11,8% tiveram perda de peso maior do que 10% do peso de nascimento, 2,1% apresentaram cefalohematoma, demais casos foram icterícia fisiológica do recém-nascido e eventualmente icterícia relacionada ao aleitamento materno⁽¹³⁾.

No que se refere aos desfechos após a consulta médica, no presente estudo, houve prevalência de alta para o domicílio (72%). Logo, 28% dos atendimentos resultaram em internação. Estes achados corroboram com os resultados de outros estudos, nos quais a taxa de admissão é de 22,2%, 23,2% e 24%, respectivamente^(2, 7, 15). Em pesquisa realizada

em Ontário com pais que levaram os filhos ao serviço de emergência, 42,3% deles não tinham certeza da gravidade clínica do RN e 90,4% achavam que era necessária uma avaliação imediata⁽⁸⁾. No período neonatal, esses achados reforçam a vulnerabilidade do recém-nascido e a necessidade de acolhimento da família.

Em relação a adesão ao aleitamento materno um estudo realizado no sul do Brasil, contou que 20,5% dos neonatos com até 30 dias de vida não estavam em aleitamento materno exclusivo ao retornar em consulta ambulatorial⁽¹⁶⁾. O presente estudo evidenciou que, dos RN com desfecho de internação, 23,5% não estavam em AME. Esses resultados reforçam o panorama encontrado no âmbito do nosso país.

CONCLUSÃO:

A realização deste estudo permitiu caracterizar os recém-nascidos atendidos na Emergência pediátrica. Apesar de todo cuidado voltado ao RN durante o período pós-natal na maternidade, ainda assim os episódios de atendimentos na EP são frequentes. O presente estudo identificou que os atendimentos foram mais frequentes em neonatos que nasceram por parto vaginal, do sexo masculino, a termo e que apresentaram mediana de 13 dias de vida.

Na classificação de risco de Manchester foi constatada predominante a classificação pouco urgente. O tempo de permanência do recém-nascido na emergência pediátrica apresentou mediana de 51 minutos. Os diagnósticos com maior prevalência nos atendimentos foram icterícia, irritabilidade e choro, infecções de vias aéreas, sinais e sintomas de disfunção respiratória, febre náusea e vômitos. A maioria dos recém-nascidos teve como desfecho, após o atendimento, a alta para domicílio.

Sabe-se que o enfermeiro é responsável por orientar as mães durante a internação pós-natal, auxiliar nas dúvidas e dificuldades no cuidado com o bebê. Bem como encaminhar ao serviço de saúde de referência.

Como limitações do estudo, aponta-se o tempo de período estudado e a utilização apenas de dados que constavam em prontuário, o que impossibilitou a exploração da perspectiva dos pais em relação ao atendimento do filho na EP.

O presente estudo demonstra a importância do seguimento dos recém-nascidos após a alta da maternidade, buscando-se aprimorar a avaliação de seu desenvolvimento e o surgimento de manifestações que denotem um cuidado específico. Assim como para que o binômio mãe-bebê seja acompanhado e receba suporte ao AME. Essas seriam importantes implicações para a prática profissional. Sugere-se também que na gestão da atenção básica busque-se desenvolver uma rede de suporte à amamentação, preferencialmente com atendimento domiciliar.

Ressalta-se a importância de novos estudos que busquem identificar os motivos para a prevalência de icterícia no período neonatal após a alta da maternidade. Desta forma, podem-se elaborar ações para que os pacientes façam uso dos serviços de saúde de forma mais eficiente.

REFERÊNCIAS:

1 Teixeira GA, Costa FML, Mata MS, Carvalho JBL, Souza NL, Silva RAR. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2016 jan. 7; 8(1):4036-4046. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4036-4046.

2 GARCIA C, Mascarenhas I, Teixeira AT, Bento V, Alves C, Almeida H. Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano. *Acta Pediatr Port* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 12]; 47(1):61-7. Available from: <https://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta%20Pediatr%20Port%202016%2c%2047%2c%2061-7.pdf>.

3 Perme T, Cerkvenik AS, Grosek S. Newborn Readmissions to Slovenian Children's Hospitals in One Summer Month and One Autumn Month: A Retrospective Study. *Pediatrics Neonatology*. 2016 feb.; 57(1): 47-52. doi: 10.1016/j.pedneo.2015.04.009.

4 Lee HC, Bardach NS, Maselli JH, Gonzales R. Emergency Department Visits in the Neonatal Period in the United States. *Pediatr Emerg Care*. 2014 may; 30(5):315-18. doi: 10.1097/PEC.0000000000000120.

5 Harron K, Gilbert R, Cromwell D, Oddie S, Meulen JV. Newborn Length of Stay and Risk of Readmission. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 apr. 18; 31(3):221-232. doi: 10.1111/ppe.12359.

6 AMTHAUER C, CUNHA ML. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2779. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>.

7 Batu Ed, Yeni S; Teksam O. The Factors Affecting Neonatal Presentations to the Pediatric Emergency Department. *J Emerg Med.* 2015 mai; 48(5):542-47. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.12.031.

8 Harrold J, Langevin M, Barrowman N, Sprague AE, Fell DB, Moreau KA et al. Parental characteristics and perspectives pertaining to neonatal visits to the emergency department: a multicentre survey. *Cmaj Open.* 2018; 6(3):423-29. doi: 10.9778/cmajo.20180015.

9 Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Rev Esc Enferm USP.* 2015 feb.; 49(1): 144-151. doi: 10.1590/S0080-623420150000100019.

10 Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. *Emerg Med Journ.* 2019;36:231-238. Doi: 10.1136/emered-2018-207781.

11 Braga MDX, Pereira DB, Coelho SJR, Araújo ED, Lima VS, Damasceno JA. Uso do Protocolo de Manchester em pacientes pediátricos: limitações descritas na produção científica. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2019 apr. 10:672-79. doi: 10.25248/reas.e672.2019.

12 Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early Readmission of Newborns in a Large Health Care System. *Pediatrics.* 2013 apr. 8; 131(5):1538-1544. Doi: 10.1542/peds.2012-2634.

13 Paganini CBL, Ferreira AB, Galacci CB. Icterícia neonatal: fatores de risco para reinternação em uma população de recém-nascidos na cidade de São Paulo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 15]; 54(2): 51-5.

Available from:

<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/369/402>

14 Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Early Discharge of Infants and Risk of Readmission for Jaundice. *Pediatrics*. 2015 jan. 12; 135(2):314-321. doi: 10.1542/peds.2014-2388.

15 Flanagan CF, Stewart M. Factors associated with early neonatal attendance to a paediatric emergency department. *Arch Dis Child*. 2014 Nov. 18; 99(3):239-243. doi: 10.1136/archdischild-2013-304298.

16 Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouvei HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaucha Enferm*. 2016;37(esp):e2016-0044. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Paciente nº _____

Dados do Recém-nascido

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Idade: _____ dias de vida

Cidade de procedência: _____

Data da atendimento na emergência pediátrica: _____

Classificação de Manchester: _____

Causa do atendimento: _____

Tempo de permanência na EP: _____

Nutrição do RN

- () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno predominante ()
 Aleitamento materno () Aleitamento materno complementado () Aleitamento materno
 misto ou parcial
- () Fórmula láctea () outro

Desfechos

Alta para domicílio: sim () não ()

Internação na sala de observação da emergência pediátrica: sim () não ()

Transferência para unidade de internação pediátrica: sim () não ()

Transferência para a UTI pediátrica: sim () não ()

Óbito: sim () não ()

Dados do parto

Tipo de parto: Cesárea () Vaginal ()

Peso: _____ Apgar: 1º _____ 5º _____

Idade gestacional: _____

Número de consultas pré-natal: _____

Hospital de nascimento:

Cidade:

RN Ficou internado na Neonatologia ao nascer: () não ()

Sim

Motivo da internação na NEO:

Tempo da internação na NEO:

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ

Prezado Pesquisador MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA,

Informamos que o projeto de pesquisa CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS READMITIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA encaminhado para análise em 09/07/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Título:CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS READMITIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA. O título é claro.Apresenta concordância com os objetivos.

Introdução:O projeto apresenta uma revisão de literatura atualizada na área,com fundamentação teórica pertinente.

Objetivos:O estudo apresenta como objetivo geral:Caracterizar os recém-nascidos readmitidos em um serviço de emergência pediátrica de um Hospital Universitário.Apresenta como objetivo específicos:- Identificar os principais diagnósticos durante as readmissões.- Verificar o tempo de permanência do recém-nascido na emergência pediátrica e os desfechos

Metodologia:Estudo observacional descritivo retrospectivo, que explora as distribuições de doenças e características de saúde em uma população.

População:O estudo será realizado na emergência pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto.A população a ser estudada será recém-nascidos readmitidos na Emergência pediátrica do HCPA entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017. Serão incluídos na pesquisa neonatos nascidos por parto hospitalar no HCPA com idade inferior ou igual a 28 dias de vida. Serão excluídos neonatos que nasceram por parto domiciliar ou que não nasceram no HCPA. Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.65.Considerando confiança de 95%, margem de erro de 4% e proporção de 22.2%. O tamanho de amostra é um total de 415 sujeitos.

Instrumentos de coleta de dados: A coleta de dados será feita por meio de uma Query e busca em prontuário. Para a análise será utilizado o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Será realizada análise descritiva dos dados, com frequência e o percentual para as variáveis categóricas, enquanto que, para as

variáveis quantitativas, serão calculadas a média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo-interquartil.

Cronograma:É compatível com as ações propostas para o projeto.

Orçamento: É adequado ao estudo.

Referências:São atualizadas e citadas corretamente.

ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos serão respeitados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Projeto aprovado

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO CEP GPPG HCPA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Carta de Aprovação

Projeto

2018/0479

Pesquisadores:

MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA

GÉSSICA DE ALMEIDA PEDROZA

Número de Participantes: 185

Título: CARACTERIZAÇÃO DE NEONATOS READMITIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG).

