



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica: casuística do ano 2016

Vanessa Machado Fraga

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Ricardo Jorge Costa

Covilhã, abril de 2018

Dedicatória

Aos meus pais,
pelo apoio incondicional,
por acreditarem sempre em mim,
por me ensinarem a lutar pelos meus sonhos,
e porque sem eles nada seria possível.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Doutor Ricardo Jorge Costa, pela ajuda e revisão científica essencial à elaboração desta dissertação.

Aos meus pais, por serem o meu exemplo a seguir, por todo o amor e apoio incondicional. Agradeço também o esforço, a dedicação e a presença constante em todos os momentos da minha vida, com orgulho e sem nunca duvidar de que seria capaz.

Às minhas irmãs, por serem as minhas companheiras para a vida, pela cumplicidade, ternura, confiança e boa disposição constante.

À minha restante família, pelo carinho e apoio que sempre demonstraram.

A ti, por todo o amor, força, confiança e amparo. Por estares sempre ao meu lado durante este percurso e me fazeres ver o mundo de outra perspetiva.

A todos os meus amigos, em especial à Carolina, pela amizade inestimável e por todos os momentos de companheirismo, alegria e otimismo incessante.

À Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior e a todos os que contribuíram para a minha formação pela dedicação, ensinamentos e disponibilidade.

À Covilhã, pelo amor, amizade, memórias inesquecíveis, por me ter acolhido tão bem durante estes 6 anos e pela realização de um sonho.

Prefácio

“On ne voit bien qu'avec le coeur. L'essentiel est invisible pour les yeux”

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

Introdução: A chegada de um recém-nascido é um grande desafio para os pais, existindo muitas questões relativamente à saúde do recém-nascido. A sintomatologia inespecífica associada à vulnerabilidade inerente ao período neonatal geram dúvidas e preocupações que motivam o recurso, muitas vezes inadequado, ao Serviço de Urgência (SU).

Objetivos: Este estudo pretende caracterizar a população neonatal que recorre ao SU, identificar os principais motivos de vinda, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), diagnósticos, tratamentos e orientação, de forma a encontrar estratégias que otimizem a utilização deste serviço.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva e descritiva através da revisão de processos de recém-nascidos que recorreram ao SU durante o ano de 2016. Serão analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, data de admissão, referenciação, motivo de vinda à urgência, MCDT, diagnósticos, tratamentos e orientação.

Resultados: Foram observados 75 recém-nascidos num total de 92 admissões no Serviço de Urgência. Cerca de 77% nasceram por parto eutócico e 91,2% eram de termo. A idade média dos recém-nascidos foi 14,1 dias, com predominância do sexo masculino (60,9%). Em 57,6% os episódios ocorreram nas duas primeiras semanas de vida e verificou-se uma maior afluência nos meses de inverno (janeiro, fevereiro e março). Cerca de 89,1% recorreram ao SU por iniciativa própria, e os motivos mais comuns foram os sintomas gastrointestinais (31,4%) seguidos de queixas cutâneo-mucosas (30,6%), queixas respiratórias (18,2%), icterícia (9,1%) e choro/irritabilidade (4,9%). Apenas 30% realizaram MCDT, sendo os mais comuns a medição da bilirrubina transcutânea e a pesquisa de VSR. O diagnóstico mais frequente foi um recém-nascido saudável, correspondendo a 18,5% dos casos. Os seguintes diagnósticos mais comuns foram as infeções respiratórias altas (15,2%) e a icterícia (9,8%). Cerca de 70% dos recém-nascidos não realizaram tratamento. Relativamente à orientação, 87% das admissões tiveram alta para o domicílio e apenas 8,7% resultaram em internamento. Os principais diagnósticos associados a internamento foram as infeções respiratórias e icterícia.

Discussão: Neste estudo, verificou-se que na maioria das admissões neonatais no SU não são realizados MCDT e que a maioria tem alta para o domicílio sem nenhum tratamento. Os resultados sugerem que a maioria das visitas se deve a patologia benigna ou questões de puericultura, sem necessidade de atendimento hospitalar urgente. O apoio e formação dos pais, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários, aliado ao reforço do ensino e esclarecimento de dúvidas durante o internamento na maternidade são estratégias que poderão evitar a crescente utilização inadequada do SU.

Palavras-chave

Recém-nascidos, Saúde Neonatal, Urgência Pediátrica, Motivos, Não Urgente

Abstract

Background: The arrival of a newborn is a big challenge for parents and there are many questions regarding the newborn's health. The nonspecific symptomatology associated with the vulnerability inherent to the neonatal period generates doubts that motivate the use of the Emergency Department (ED), which can be often inadequate.

Objectives: This study aims to characterize the neonatal population that visits the ED, identify the chief complaints, complementary diagnostic tests, diagnosis and orientation, in order to find strategies that optimize the use of this service.

Materials and Methods: Retrospective and descriptive study was conducted by reviewing data of newborns who visited the ED during 2016. The following variables will be analyzed: age, sex, date of admission, referral, reason for visiting the ED, complementary diagnostic tests, diagnosis, treatments and orientation.

Results: 75 newborns were observed in a total of 92 visits in the Emergency Department. About 77% were born by eutocic delivery and 91,2% were term. The mean age of the newborns was 14,1 days, with a male's predominance (60,9%). In 57,6%, the episodes occurred in the first two weeks of life and visits were more frequent in january, february and march. Approximately 89% of the patients came to the ED by their own initiative and the main motives were gastrointestinal symptoms (31,4%) followed by cutaneous mucosal complaints (30,6%), respiratory complaints (18,2%), jaundice (9,1%) and crying/irritability (4,9%). Only 30% performed complementary diagnostic tests, with the most common being transcutaneous bilirubin measurement and RSV screening. The most frequent diagnosis was a healthy newborn, corresponding to 18,5% of the cases. The following most common diagnoses were high respiratory infections (15,2%) and jaundice (9,8%). About 70% of the newborns did not receive any treatment. Regarding orientation, 87% were discharged and only 8,7% resulted in hospital admission. The main diagnoses associated with hospital admission were respiratory infections and jaundice.

Discussion: In this study, the majority of the neonatal visits to the ED did not need complementary diagnostic tests and the vast majority were discharged without any treatment. The results suggest that most visits to the ED are due to benign pathology or childcare issues that do not require urgent hospital care. Concluding, it would be beneficial if parents were given support and information about some of newborns' particularities to avoid the increasing neonatal admissions in the ED.

Keywords

Newborns; Neonatal Health, Paediatric Emergency department, motives, Non-urgent

Índice

| | |
|--|------|
| Dedicatória..... | iii |
| Agradecimentos | v |
| Prefácio..... | vii |
| Resumo | ix |
| Palavras-chave | x |
| Abstract..... | xi |
| Keywords | xii |
| Índice | xiii |
| Lista de Figuras..... | xv |
| Lista de Tabelas..... | xvii |
| Lista de Acrónimos..... | xix |
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1. Objetivos..... | 2 |
| 2. Materiais e métodos..... | 3 |
| 2.1. Análise Estatística | 3 |
| 3. Resultados..... | 5 |
| 3.1. Características da população..... | 5 |
| 3.2. Referenciação e data de admissão | 6 |
| 3.3. Motivos de vinda ao Serviço de Urgência..... | 7 |
| 3.4. Meios complementares de diagnóstico e tratamento | 8 |
| 3.5. Diagnóstico e orientação | 10 |
| 4. Discussão | 11 |
| 4.1. Forças e Limitações | 14 |
| 5. Conclusão | 15 |
| 6. Bibliografia..... | 17 |
| 7. Anexos | 19 |
| 7.1 Autorização do Estudo pelo Conselho de Administração do CHCB | 19 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribuição das admissões neonatais no SU por idade em semanas | 5 |
| Figura 2. Distribuição mensal das admissões neonatais no Serviço de Urgência Pediátrica | 7 |
| Figura 3. Meios complementares de diagnóstico | 9 |
| Figura 4. Tratamentos | 9 |
| Figura 5. Orientação | 10 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Características gerais da população | 6 |
| Tabela 2. Motivos de vinda ao SU | 8 |
| Tabela 3. Diagnósticos finais | 10 |

Lista de Acrónimos

| | |
|------|---|
| SU | Serviço de Urgência |
| ED | Emergency Department |
| MCDT | Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| VSR | Vírus Sincicial Respiratório |
| RGE | Refluxo Gastroesofágico |
| ALTE | Apparent Life-Threatening Event |
| Br | Bilirrubina |
| IPMA | Instituto português do mar e da atmosfera |
| UBI | Universidade da Beira Interior |
| DGS | Direção Geral de Saúde |

1. Introdução

A chegada de um recém-nascido é um grande desafio para uma família e, por isso, poderão surgir várias dúvidas em relação à sua saúde ¹. A preocupação parental, por vezes associada à sua inexperiência, leva a que os cuidadores procurem rapidamente assistência médica através do recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica ¹⁻³.

Os recém-nascidos são um grupo etário muito característico devido à sua vulnerabilidade a riscos infecciosos potencialmente graves, à pouca especificidade de sinais e sintomas assim como à particularidade de que os seus cuidadores necessitam, muitas vezes, de ensino e tranquilização ^{4,5}.

Ao longo dos últimos anos, na maioria dos países desenvolvidos, tem-se verificado um aumento da afluência dos recém-nascidos aos serviços de urgência pediátrica ^{2,4,6}. Vários estudos demonstraram a crescente tendência parental em utilizar este serviço como resposta às suas múltiplas dúvidas ^{1,6,7}. Com efeito, afirmam que os principais motivos de consulta são relativos a questões de puericultura ou patologia benigna que poderiam ser avaliadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ^{1,3,6-9}. A utilização crescente do serviço de urgência não se deve a um aumento na prevalência de patologias de carácter grave e urgente mas sim a um recurso desnecessário a este serviço, documentado num estudo que verificou que as percentagens de internamento ao longo dos anos se mantiveram constantes ⁸.

É muito importante que os pais estejam preparados e bem informados relativamente a sinais de alarme, características normais de um recém-nascido saudável e os cuidados necessários a ter ^{1-3,6,7,10}. Da mesma forma, também devem reconhecer situações não urgentes que podem ser esclarecidas numa consulta com o seu médico de família, evitando assim a sobre utilização do Serviço de Urgência (SU), com sobrecarga de horas gastas pelos grupos médicos em horários de urgência.

A utilização inapropriada dos serviços hospitalares pode ser prejudicial para o recém-nascido devido ao ambiente infeccioso potencialmente grave ao qual está exposto¹. Adicionalmente, a crescente sobrecarga dos serviços de urgência interfere na dinâmica de funcionamento do serviço ⁹.

Por outro lado, durante este período, o recém-nascido enfrenta importantes adaptações fisiológicas à vida extra-uterina e a inespecificidade dos sintomas exige um elevado grau de suspeição para o diagnóstico de patologias potencialmente graves por parte dos profissionais de saúde ^{1,3}. É, por isso, necessário estar muito atento a sinais e sintomas de alarme que indicam situações graves e necessitam atendimento hospitalar urgente.

1.1. Objetivos

Sendo que o padrão de utilização deste serviço pela população neonatal ainda não está bem caracterizado³ e que, este é um tema com poucos estudos publicados, torna-se importante investigar este recurso crescente à urgência hospitalar não só pela monitorização da saúde neonatal mas também pela orientação prática para os médicos que prestam cuidados a esta população. Além disso, é relevante identificar quais as principais dúvidas e motivos que preocupam os cuidadores para poder investir na educação parental.

Este estudo tem como objetivo caracterizar os recém-nascidos que recorreram ao serviço de urgência pediátrica de um hospital na Beira Interior durante o ano 2016 assim como identificar os principais motivos de admissão, meios complementares de diagnóstico, diagnósticos, tratamento instituído e orientação. Pretende-se encontrar estratégias que otimizem a utilização deste serviço e que melhorem a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e as unidades hospitalares locais, evitando a utilização excessiva dos recursos, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados à população neonatal.

2. Materiais e métodos

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo. A amostra foi calculada de uma população de recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica entre 1 de janeiro e 31 de dezembro do ano 2016. Para tal, procedeu-se à recolha de todos os processos clínicos de crianças que foram admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica durante o ano 2016 e cuja idade era igual ou inferior a 1 ano. Posteriormente, foram selecionados apenas os que até à data de admissão tinham idade igual ou inferior a 28 dias. Foram excluídas admissões de recém-nascidos transferidos diretamente de outro hospital para a Neonatologia ou que foram internados para acompanhar doença materna. Todos os dados foram obtidos a partir da consulta desses processos no SClínico.

Com o objetivo de caracterizar a população foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, alimentação, tipo de parto, prematuridade, idade materna e paridade. Também foram analisadas variáveis como a referenciação, motivos de vinda à urgência, meios complementares de diagnóstico, diagnósticos finais, terapêutica instituída e orientação.

2.1. Análise Estatística

Os dados foram recolhidos e inseridos no Excel e posteriormente exportados para o software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS - versão 24.0). Após a devida codificação, foram realizadas análises descritivas, de frequências e tabulações cruzadas.

3. Resultados

3.1. Características da população

Durante o ano de 2016, ocorreram 1739 admissões de crianças com idade ≤ 1 ano no Serviço de Urgência Pediátrica. Foram selecionadas as que até à data de admissão tinham idade ≤ 28 dias e excluídos os que tiveram uma passagem administrativa pelo serviço de urgência, ficando um total de 92 admissões. Cada episódio de urgência foi considerado individualmente, pelo que as 92 admissões correspondem a 75 recém-nascidos. A taxa de readmissão foi aproximadamente 18,7%, sendo que 14 recém-nascidos foram observados duas ou mais vezes.

As características gerais da população estão representadas na **Tabela 1**. Cerca de 77% dos recém-nascidos nasceram por parto eutócico e a grande maioria, 91,2%, eram de termo. A idade mediana dos recém-nascidos foi 14,1 dias, com predominância do sexo masculino (60,9%). A utilização do Serviço de Urgência de acordo com a idade, em semanas, está representada na **Figura 1**. Em 57,6% dos casos, os episódios de urgência ocorreram nas duas primeiras semanas de vida.

Em relação às mães, verificou-se um ligeiro predomínio de múltiparas (53,4%) em relação às primíparas (46,6%). A idade materna média foi de 31,37 anos, estando 66,3% dos casos dentro do intervalo 18-35 anos. Seguiu-se o grupo de mães com idade superior a 35 anos com 31,5% ficando apenas uma minoria de mães adolescentes, com 2,2%.

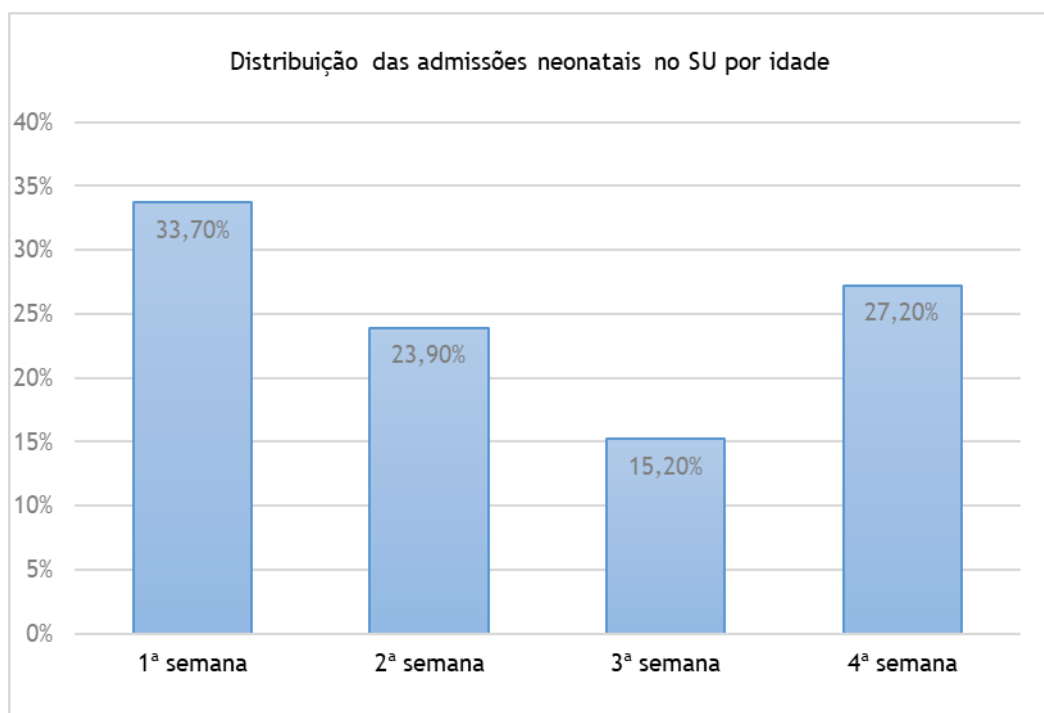


Figura 1. Distribuição das admissões neonatais no SU por idade em semanas

Tabela 1. Características gerais da população

| Características gerais | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Tipo de parto | 91 |
| Eutócico | 70 (76,9%) |
| Cesariana | 20 (22%) |
| Fórceps e/ou ventosa | 1 (1,1%) |
| Idade Gestacional | 91 |
| Termo | 83 (91,2%) |
| Pré-termo | 8 (8,8%) |
| Sexo | 92 |
| Masculino | 56 (60,9%) |
| Feminino | 36 (39,1%) |
| Aleitamento | 92 |
| Leite materno exclusivo | 71 (77,2%) |
| Aleitamento misto | 15 (16,3%) |
| Leite adaptado exclusivo | 6 (6,5%) |
| Idade materna | 89 |
| <18 anos | 2 (2,2%) |
| 18-35 anos | 59 (66,3%) |
| >35 anos | 28 (31,5%) |
| Paridade | 88 |
| Mãe primípara | 41 (46,6%) |
| Mãe múltipara | 47 (53,4%) |

3.2. Referenciação e data de admissão

A grande maioria das vindas ao Serviço de Urgência foi por iniciativa dos cuidadores, constituindo 89,1% dos casos. Os restantes 10,9% foram referenciados a este serviço por profissionais de saúde que, após uma observação inicial, acharam necessária uma avaliação posterior por um pediatra ou a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

De facto, verificou-se que 20% dos casos referenciados por profissionais de saúde resultaram em internamento. O mesmo ocorreu em apenas 7,3% dos casos que visitaram o SU por iniciativa própria.

Relativamente à distribuição mensal, o mês com mais admissões neonatais foi janeiro e os dois meses com menor afluência foram setembro e outubro. Verificou-se um predomínio de visitas ao SU durante os meses de janeiro, fevereiro e março. A distribuição mensal dos

episódios de urgência encontra-se representada na **Figura 2**. Em relação aos horários, os turnos com mais visitas à urgência são o da manhã (08h00-16h00) com 53,3% e o da tarde (16h00-00h00) com 45,7%. Apenas uma minoria (1,1%) de recém-nascidos recorreram ao SU durante o turno da noite (00h00-08h00).

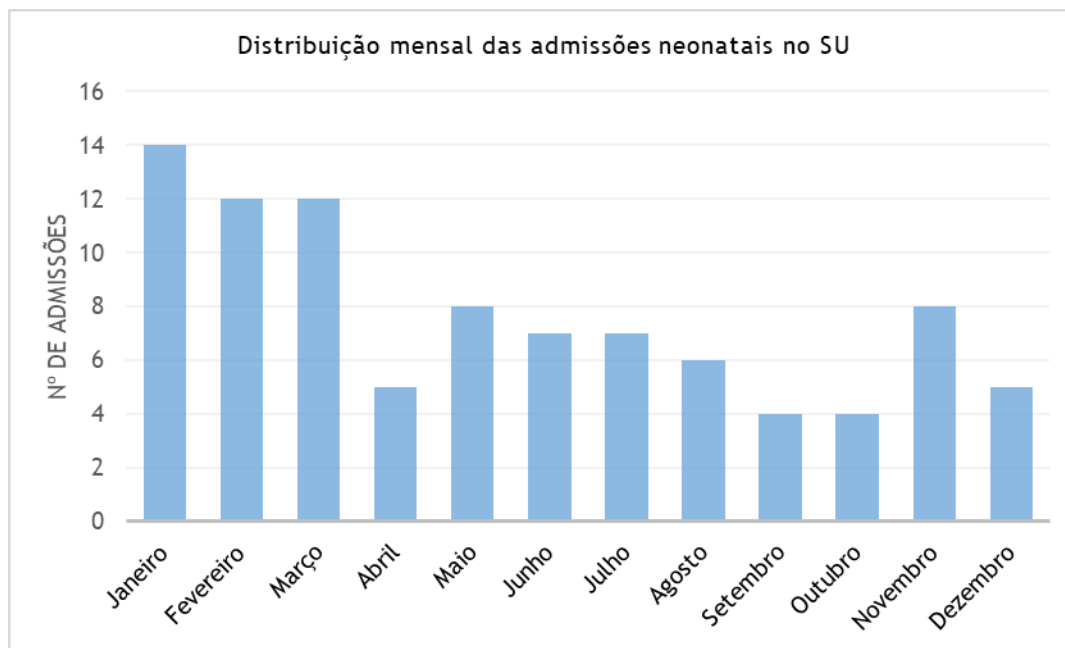


Figura 2. Distribuição mensal das admissões neonatais no Serviço de Urgência Pediátrica

3.3. Motivos de vinda ao Serviço de Urgência

Os motivos de vinda à urgência foram divididos em 6 grupos de acordo com a sintomatologia apresentada e encontram-se representados na **Tabela 2**. De salientar que o número de motivos é superior ao número de admissões porque alguns episódios tinham mais do que um motivo principal de vinda ao Serviço de Urgência.

Como se pode observar, a sintomatologia gastrointestinal (31,4%) é o que mais motiva o recurso à urgência. Queixas como alterações do trânsito intestinal, cólicas, dificuldade alimentar, vômitos/regurgitações constituem 31,4% dos motivos de vinda ao SU. Seguem-se queixas cutâneo-mucosas (30,6%), queixas respiratórias (18,2%), icterícia (9,1%), choro/irritabilidade (4,9%), entre outros.

Tabela 2. Motivos de vinda ao SU

| Motivos | N = 121 |
|-----------------------------------|-------------------|
| Gastrointestinal | 38 (31,4%) |
| Alterações do trânsito intestinal | 14 |
| Dificuldade alimentar | 10 |
| Cólicas | 8 |
| Vômitos/Regurgitações | 6 |
| Cutâneo-mucosas | 37 (30,6%) |
| Alterações do coto umbilical | 16 |
| Lesões oculares | 10 |
| Lesões cutâneas | 10 |
| Lesões ungueais | 1 |
| Respiratório | 22 (18,2%) |
| Obstrução nasal, tosse, rinorreia | 15 |
| Noção de dificuldade respiratória | 7 |
| Icterícia | 11 (9,1%) |
| Outros | 7 (5,8%) |
| Engasgamento | 3 |
| Ambiguidade sexual | 1 |
| Apneia | 1 |
| Hipertrofia mamária | 1 |
| Febre | 1 |
| Choro/Irritabilidade | 6 (4,9%) |

3.4. Meios complementares de diagnóstico e tratamento

Em cerca de 70% dos casos, os meios complementares de diagnóstico foram dispensáveis, sendo que a observação e o exame objetivo realizados pelo médico foram suficientes para orientar os recém-nascidos e excluir situações de gravidade.

Nos restantes 30% foram realizados meios complementares de diagnóstico, onde se destacam a medição da bilirrubina transcutânea e a pesquisa do Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A figura 3 mostra os vários meios complementares de diagnóstico realizados.

Relativamente ao tratamento, em aproximadamente 70% (64/92) dos casos não foi instituída terapêutica e a consulta serviu como meio de esclarecimento de dúvidas, ensino dos sinais de alarme e dos cuidados importantes a ter com o recém-nascido. Foram excluídos tratamentos inespecíficos como medicação antipirética, hidratação cutânea, lavagem com soro fisiológico e desobstrução nasal. A **Figura 4** refere os tratamentos realizados no Serviço

de Urgência. Os antibióticos mais utilizados foram o cloranfenicol e o ácido fusídico como tratamento para a conjuntivite e para o exsudado do cordão umbilical, respectivamente. É importante realçar que em nenhum caso foi necessária antibioterapia oral, o que revela a ausência de gravidade da infeção.

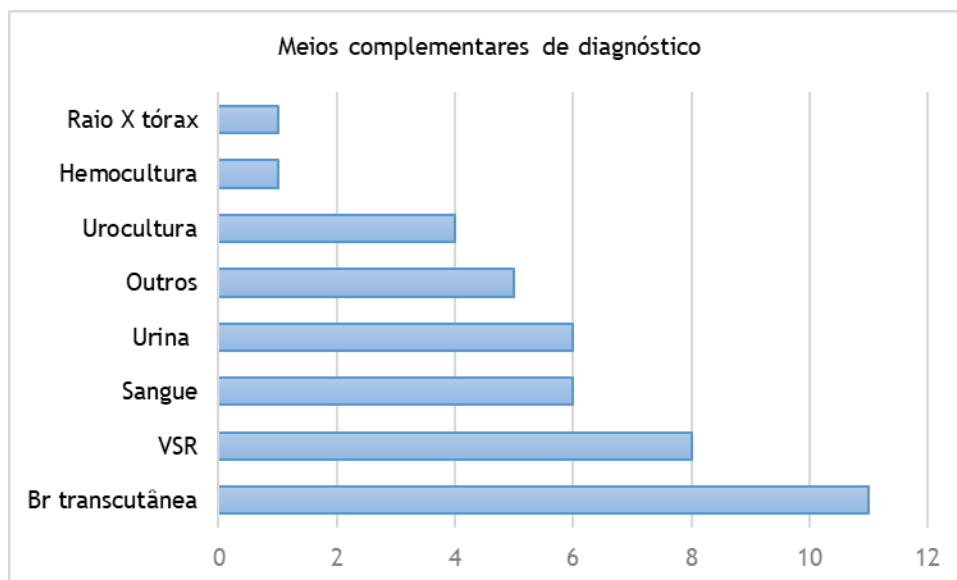


Figura 3. Meios complementares de diagnóstico

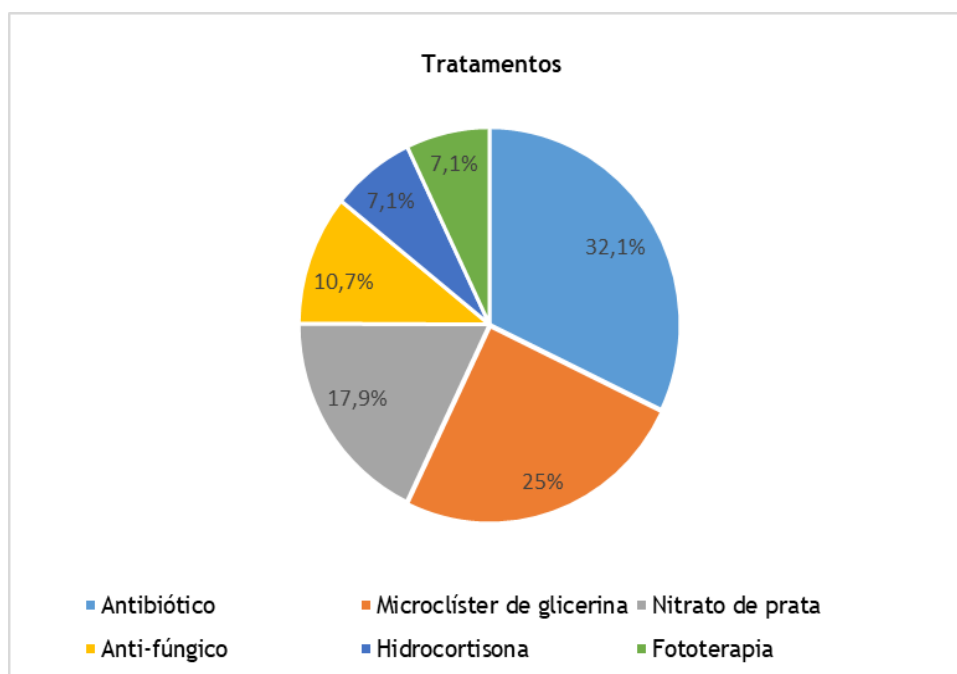


Figura 4. Tratamentos

3.5. Diagnóstico e orientação

O diagnóstico mais frequente foi um recém-nascido saudável, correspondendo a 18,5% dos casos. Os seguintes diagnósticos mais comuns foram as infecções respiratórias altas (15,2%) e a icterícia (9,8%). Os diagnósticos estão apresentados na tabela 3.

Relativamente à orientação, 87% das admissões tiveram alta para o domicílio imediata ou nas primeiras 24 horas, 4,3% foram referenciados a uma consulta hospitalar e apenas 8,7% resultaram em internamento. Os principais diagnósticos associados a internamento foram as infecções respiratórias e icterícia.

Tabela 3. Diagnósticos finais

| Diagnósticos finais | N=92 |
|--|------------|
| Sem doença | 17 (18,5%) |
| Infeção Respiratória Alta | 14 (15,2%) |
| Icterícia | 9 (9,8%) |
| Conjuntivite | 8 (8,7%) |
| Alteração não complicada do coto umbilical | 6 (6,5%) |
| Cólicas | 5 (5,4%) |
| Obstipação | 4 (4,3%) |
| Candidíase | 3 (3,3%) |
| Dermatite | 3 (3,3%) |
| Gastroenterite | 3 (3,3%) |
| RGE | 3 (3,3%) |
| Défice de aporte | 3 (3,3%) |
| ALTE/engasgamento | 2 (2,2%) |
| Onfalite | 2 (2,2%) |
| Bronquiolite | 2 (2,2%) |
| Outros | 8 (8,7%) |

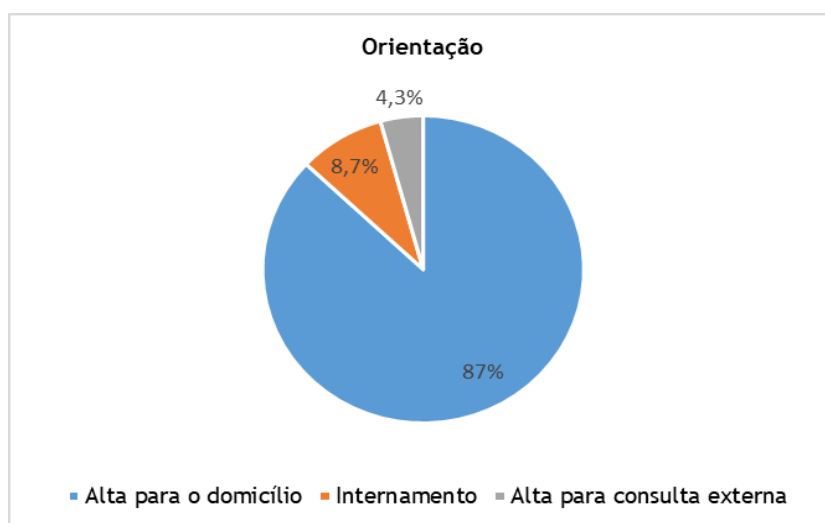


Figura 5. Orientação

4. Discussão

Analisando quantitativamente, os recém-nascidos constituem uma pequena proporção da atividade de uma unidade de urgências pediátricas⁸. No entanto, vários estudos em países desenvolvidos relataram que as visitas neonatais ao Serviço de Urgência têm aumentado substancialmente nos últimos anos^{4,6,8,11}.

O recurso crescente aos cuidados hospitalares poderá ser explicado pelas características particulares dos recém-nascidos que os diferenciam dos restantes pacientes pediátricos⁸. Em primeiro lugar, a sua fragilidade e imaturidade favorecem o aparecimento de certos fenómenos como a icterícia e regurgitações^{3,11}. Em segundo lugar, a particularidade de que os seus cuidadores se revelam frequentemente ansiosos em relação a qualquer sintoma que o recém-nascido apresente, o que motiva o recurso imediato ao SU^{2-5,11}.

À semelhança de outros estudos^{1,7}, verificou-se que a maioria dos recém-nascidos que recorreram ao SU nasceram por parto vaginal e não eram prematuros, o que poderá ser explicado pela menor duração do internamento associada a ambas as características. Os partos por cesariana e a prematuridade associam-se um internamento materno e do recém-nascido mais longo, respetivamente⁷. A maior duração do internamento permite que hajam mais oportunidades para esclarecimento de dúvidas e ensino de cuidados a ter com o recém-nascido⁷, o que explica a menor utilização do SU por parte de recém-nascidos prematuros e/ou nascidos por cesariana. Adicionalmente, os pais de prematuros frequentemente têm maior facilidade em contactar o seu pediatra caso surja algum sinal ou sintoma que os preocupe, o que também resulta numa menor necessidade de utilizar o Serviço de Urgência. Além disso, o próprio estado de prematuridade pode condicionar internamentos com duração superior ao período neonatal, fazendo com que já não se incluam nestes estudos⁷. Deve-se reforçar a necessidade de uma supervisão correta da técnica de amamentação durante o internamento na maternidade e de oferecer uma explicação completa das particularidades do recém-nascido e dos cuidados que ele necessita^{2,3,6}. É também essencial assegurar que os pais compreenderam todas as informações fornecidas^{2,3}.

A predominância do sexo masculino parece refletir o maior número de recém-nascidos do sexo masculino, sendo consistente com outros estudos^{1,2,5,10-12}. A idade média dos recém-nascidos foi 14,1 dias, e a taxa de readmissão foi 18,7%, dados semelhantes aos do estudo português de Calado et al. Cerca de 77% dos recém-nascidos tinham como alimentação o aleitamento materno exclusivo, percentagem semelhante a um estudo português¹. Este resultado é bastante positivo visto que o leite materno é considerado o gold standard da alimentação neonatal, sendo a forma mais natural e aconselhável para o desenvolvimento e crescimento saudável dos recém-nascidos¹³.

Ao contrário de outros estudos que não encontraram distribuição sazonal^{1,2}, verificou-se um predomínio dos meses de inverno (janeiro, fevereiro e março) com aumento de quadros

respiratórios. Tal poderá ser explicado pelo facto do inverno 2015/16 ter sido anormalmente chuvoso, de acordo com os dados do Instituto português do mar e da atmosfera (IPMA), o que terá favorecido o aparecimento de patologias respiratórias.

Em termos de utilização do Serviço de Urgência, 46,6% das mães eram primíparas e 53,4% múltíparas. O elevado número de mães primíparas poderá estar relacionado com a inexperiência parental e falta de informação relativamente aos cuidados a ter com um recém-nascido saudável. No entanto, a maioria das mães eram múltíparas, o que realça a necessidade de ensino e apoio a todas as mães, e não apenas às primíparas, durante a gravidez e no período pós-parto. Relativamente à idade materna, 66,3% tinham entre 18 e 35 anos, o que poderá estar relacionado com o planeamento familiar que é realizado num intervalo de idades que corresponde a gravidez de baixo risco. Por outro lado, 31,5% das mães têm idade superior a 35 anos, o que poderá refletir a tendência social para adiar a maternidade. A percentagem de mães adolescentes foi muito reduzida (2,2%), o que se pode relacionar com o facto de haver mais informação disponível dirigida aos adolescentes, programas de educação sexual nas escolas, assim como uma maior facilidade de acesso a métodos contraceptivos gratuitos.

Apenas 10,9% dos recém-nascidos foram referenciados ao Serviço de Urgência por profissionais de saúde, tendo a grande maioria (89,1%) recorrido ao SU por iniciativa própria. Este valor tão elevado demonstra que os cuidadores não utilizam o seu médico de família como primeiro nível de assistência médica, procurando de imediato cuidados hospitalares. Fatores como ansiedade familiar, falta de confiança no médico de família, incompatibilidade com o horário do centro de saúde, proximidade ao hospital, ser filho único e facilidade em realizar MCDTs no momento favorecem a utilização do SU por iniciativa própria^{3,11}. Os pais criam a expectativa de uma resolução melhor e mais rápida do seu problema no Serviço de Urgência no hospital, levando à utilização excessiva do serviço¹¹. Por outro lado, o estudo canadiano de Millar et al encontrou quatro características maternas associadas à maior probabilidade de recorrer ao Serviço de Urgência por iniciativa própria durante a primeira semana de vida: idade <21 anos, estado civil solteira, primiparidade e a não frequência de aulas pré-natais. O estudo português de Cunha et al também observou um maior risco de recurso clinicamente injustificado ao Serviço de Urgência em mães primíparas e menos instruídas.

Relativamente aos recém-nascidos referenciados por profissionais de saúde, cerca de 20% foram internados, o que aconteceu em apenas 7,3% dos recém-nascidos que vieram por iniciativa própria. Outros estudos também descreveram percentagens de internamento superiores em pacientes referenciados^{1,2,4,6}, o que permite concluir que a referenciação realizada pelos médicos de família é válida e funciona como um filtro que deteta os casos mais graves que necessitam avaliação por um pediatra e/ou a realização de MCDTs^{2,3,11}. Assim, estes dados corroboram a capacidade fundamental dos médicos de família para, com

uma boa anamnese e exame físico cuidadoso, resolver a maior parte dos problemas de saúde do recém-nascido^{2,3,11}.

Os motivos gastrointestinais foram os mais frequentes, seguidos de alterações cutâneo-mucosas, sintomas respiratórios e a icterícia. No entanto, o diagnóstico mais frequente foi um recém-nascido saudável, correspondendo a 18,5% dos casos. A maioria dos estudos nacionais e internacionais afirmam que uma parte significativa dos recém-nascidos que frequentam o Serviço de Urgência apresentam-se com patologias benignas, questões de puericultura ou características fisiológicas do recém-nascido não necessitando de atendimento hospitalar urgente^{1-3,6-9}. Se estes casos tivessem recorrido inicialmente ao seu médico de família, muito provavelmente não teriam chegado ao Serviço de Urgência. No entanto, é sempre importante salientar que, nesta faixa etária, a inespecificidade dos sintomas exige um nível elevado de alerta e suspeição para situações potencialmente graves^{1,2}.

A percepção parental da gravidade da situação clínica do recém-nascido foi dissonante da atitude médica, traduzida pelo número reduzido de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e pelo destino de alta. Em 70% dos episódios de urgência não foram realizados quaisquer MCDTs, em 70% não foi prescrita terapêutica e 87% tiveram alta para o domicílio, sugerindo que muitos destes casos não necessitavam de atendimento hospitalar urgente, concordante com a literatura^{2,5,6,11,12}. Os meios complementares de diagnóstico mais utilizados foram a medição da bilirrubina transcutânea e a pesquisa do VSR, o que está relacionado com os quadros de icterícia e respiratórios encontrados. A seguir ao antibiótico, o microclíster de glicerina foi o tratamento mais prescrito, estando muito relacionado com queixas gastrointestinais comuns como cólicas e obstipação. É de realçar que em nenhum caso foi necessária antibioterapia oral, o que revela a ausência de gravidade da infeção.

A percentagem de internamentos foi aproximadamente 9%, semelhante aos estudos nacionais de Cunha et al (11%) e Calado et al (13%), que poderão ser comparáveis com este estudo. No entanto, é significativamente menor que outros estudos internacionais: 26% de Ruiz et al e 32.9% de Millar et al. Tal diferença poderá ser explicada pelo elevado número de recém-nascidos com febre no primeiro estudo e a inclusão de recém-nascidos transferidos de outro hospital no segundo. Os principais diagnósticos associados a internamento foram as infeções respiratórias e icterícia.

Cerca de 57,6% das admissões ocorreram nas primeiras duas semanas de vida, altura em que o recém-nascido deverá ter a primeira consulta no centro de saúde⁷. Esta consulta precoce é fundamental pois é uma excelente oportunidade para abordar novamente temas de puericultura, a técnica de amamentação, pequenos problemas do recém-nascido e os sinais de gravidade⁷. É de salientar a importância da educação parental relativamente às características neonatais fisiológicas, variantes do normal, necessidades do recém-nascido e os sinais e sintomas que sugerem doença⁵.

O investimento no apoio em ambulatório, em formações para grupos de pais, em visitas domiciliárias e linhas de aconselhamento telefónico são estratégias que poderão ser adotadas para a diminuição da afluência neonatal ao Serviço de Urgência¹. Deve-se lembrar a importância de uma boa articulação entre as unidades hospitalares e os centros de saúde para que estes possam orientar a maioria da população neonatal e não sobrecarregar o serviço de urgência¹. A utilização desnecessária do SU associada à vulnerabilidade inerente ao período neonatal coloca o recém-nascido em risco de contrair doenças nosocomiais potencialmente graves¹. Além disso, consome tempo aos profissionais de saúde, que em contexto de urgência deveriam estar disponíveis para resolução de situações clinicamente mais graves¹.

4.1. Forças e Limitações

Como aspetos positivos deste estudo, destaca-se a inclusão da quase totalidade dos recém-nascidos que recorreram ao SU em 2016; o período recente, abrangendo o ano anterior à recolha de dados; a alta fiabilidade das informações recolhidas pois foram retiradas de registos realizados por médicos e/ou enfermeiros. A abordagem de várias características maternas e do recém-nascido permite uma interpretação mais contextualizada dos resultados obtidos.

Deverão ser consideradas as limitações deste estudo inerentes ao seu carácter retrospectivo, não tendo sido possível recolher todas informações relativamente à totalidade dos recém-nascidos, o que o torna menos preciso. Adicionalmente, não foram estudados fatores possivelmente implicados no aumento da utilização do SU como alta precoce, frequência de aulas pré-natais, nível socioeconómico familiar, antecedentes patológicos do recém-nascido e também não foi possível obter a informação relativamente a possíveis consultas no centro de saúde antes da consulta no SU. Os resultados deste estudo poderão não ser generalizados a hospitais de outro perfil.

5. Conclusão

Concluindo, os recém-nascidos visitam frequentemente o Serviço de Urgência por questões de puericultura ou patologia benigna sem recorrer previamente ao seu médico de família. As queixas, na sua maioria gastrointestinais, podem ser orientadas pelos seus médicos de família que, com uma boa anamnese e exame físico cuidadoso, são capazes de excluir patologias potencialmente graves. O facto da maioria dos episódios de urgência não necessitarem a realização de meios complementares de diagnóstico ou tratamento e terem como destino alta para o domicílio reforça a ideia do uso frequentemente inadequado do Serviço de Urgência.

Estratégias que poderão diminuir o elevado número de visitas neonatais ao SU e otimizar a utilização deste serviço incluem: o apoio e ensino materno durante o internamento, supervisionando a técnica de amamentação e oferecendo explicações sobre as particularidades do recém-nascido e dos cuidados que ele necessita; a realização da primeira consulta do recém-nascido nos primeiros 15 dias de vida para esclarecimento de dúvidas e ensino; formações para grupos de pais sobre particularidades do recém-nascido; apoio telefónico e visitas domiciliárias.

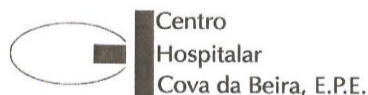
Por fim, é importante salientar que os recém-nascidos beneficiam de uma utilização adequada do SU, protegendo-se de um ambiente infeccioso e que, apesar da inespecificidade dos sintomas, é importante estar alerta de sinais de gravidade que possam sugerir doença potencialmente fatal.

6. Bibliografia

1. Ratola A, Machado M, Almeida Â, Pio D, Almeida S. Recém-nascido no Serviço de Urgência: casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*. 2014;23:12-6.
2. Fernández Ruiz C, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Lasuen del Olmo N, Luaces Cubells C. [Neonatal management in the emergency department of a tertiary children's hospital]. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(2):123-8.
3. Rubio Jiménez ME, Cid París E, Arriola G, Ortigado Matamala A, Alija Merillas MJ, Jiménez Bustos JM. Management of newborns in the emergency department in a secondary hospital 2011. 201-6 p.
4. Pomerantz WJ, Schubert CJ, Atherton HD, Kotagal UR. Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life. *Pediatr Emerg Care*. 2002;18(6):403-8.
5. Calado CS, Pereira AG, Santos VN, Castro MJ, Maio JF. What brings newborns to the emergency department?: a 1-year study. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25(4):244-8.
6. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(3):145-50.
7. Cunha Jd, Nunes F, Nunes M, Azevedo P. Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2007:235-40.
8. Sacchetti AD, Gerardi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care*. 1997;13(6):365-8.4.
9. Perry AM, Caviness AC, Allen JY. Characteristics and diagnoses of neonates who revisit a pediatric emergency center. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(1):58-62.
10. Lito D, Albuquerque C, Salva I, Santos J, Cunha F, Ferreira P. O Recém-Nascido no Serviço de Urgência - Que Triagem? 2015. 357 p.
11. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. [Neonatal visits to a pediatric emergency service]. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59(1):54-8.5.
12. Flanagan CF, Stewart M. Factors associated with early neonatal attendance to a paediatric emergency department. *Arch Dis Child*. 2014;99(3):239-43.
13. Shamir R. The Benefits of Breast Feeding. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2016;86:67-76

7. Anexos

7.1 Autorização do Estudo pelo Conselho de Administração do CHCB



09 MAIO 2017

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião de C.A.
Em 19.05.2017
Despacho: *autorizado*

Presidente do C.A. Director Clínico
Dr. João José Castilho Alves

Vogal do C.A.
Dr. Vítor Manuel Mendes de Almeida

Vogal do C.A.
Dr.ª Maria de Jesus Tropaço Marques

Enfermeiro Director
Enf. João José Casimiro Ramalhinho

| | |
|---|-----------------|
| Parecer: | Despacho: |
| ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º 36/2017 - "Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica: casuística do ano 2016". | |
| PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração | N.º 37/GII |
| DE: Gabinete de Investigação e Inovação | Data 09/05/2017 |
| <p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Vanessa Machado Fraga, aluna de Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica: casuística do ano 2016", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, no Serviço de Urgência Pediátrica deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Informo, ainda, que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta n.º 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: ---</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p style="text-align: center;"><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> | |
| RS/MA | |