



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA**

BÁRBARA NETO MIRALDO MOTA

ADMISSÕES NO PERÍODO NEONATAL NUMA URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA BRETT

FERNANDA MARIA PEREIRA RODRIGUES

MARÇO/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**ADMISSÕES NO PERÍODO NEONATAL NUMA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Bárbara Neto Miraldo Mota¹

Ana Cristina de Oliveira Brett^{2,3}

Fernanda Maria Pereira Rodrigues^{2,3}

- 1. Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina,
Universidade de Coimbra, Portugal**
- 2. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina,
Universidade de Coimbra, Portugal**
- 3. Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal**

E-mail: barbaramota@hotmail.com

ÍNDICE

RESUMO	4
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	8
MATERIAL E MÉTODOS	10
RESULTADOS	13
População	13
Proveniência, hora de admissão e triagem	14
Antecedentes pessoais	16
Motivo de urgência	17
Exames complementares de diagnóstico	18
Diagnóstico	19
Tratamento	22
Internamento e Orientação	23
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	26
AGRADECIMENTOS	34
REFERÊNCIAS	35

RESUMO

Introdução: Factores intrínsecos de vulnerabilidade do período neonatal, associados à inexperiência ou falta de acompanhamento das famílias, conduzem frequentemente a um recurso inadequado aos serviços hospitalares, principalmente ao Serviço de Urgência (SU). O objectivo deste estudo foi caracterizar os recém-nascidos que recorreram ao SU ao longo de 12 meses, avaliando as características de cada episódio e a necessidade de um atendimento urgente hospitalar.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo, com análise dos processos clínicos dos recém-nascidos admitidos no SU do Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2014. Foram analisadas variáveis demográficas, antecedentes pessoais, proveniência, motivo de urgência, exames complementares de diagnóstico efectuados, diagnóstico, tratamento e orientação. Foi efectuada análise estatística em SPSS® 22 ($p < 0,05$).

Resultados: Foram analisados 441 episódios, correspondentes a 383 recém-nascidos. Eram do sexo masculino 55,8% e a idade mediana foi 16 dias, com 13,8% observados em idade neonatal precoce (< 8 dias). A maioria era de termo (93%), provenientes da região Centro (97,3%) e não referenciados (75,7%), tendo sido a prioridade amarela de triagem a mais frequente (71,7%). Os principais motivos de vinda foram sintomatologia gastrintestinal e respiratória. 36,1% necessitaram de exames complementares de diagnóstico, sendo a análise de urina (19,7%) e de sangue (13,4%) as mais frequentes. O grupo diagnóstico mais frequente foi a patologia gastrintestinal (29,3%), e o diagnóstico mais frequente foi recém-nascido “sem doença” (13,2%). A patologia infecciosa, englobada nos vários grupos diagnósticos, foi predominante (27,7%). Cerca de metade (46,5%) dos episódios não teria justificação clínica para observação em SU. A maioria (74,4%) não recebeu qualquer tratamento e 81,9% tiveram

alta imediata para o domicílio. Dos internados, a mediana de tempo de internamento foi um dia. Em 27,7% dos casos foi agendada reavaliação em consulta hospitalar.

Discussão: Quase metade dos recém-nascidos não tinha sintomatologia nem patologia que justificasse observação num SU hospitalar. A falta de acesso aos cuidados primários em horário nocturno e a falta de informação sobre cuidados de puericultura e variantes do normal podem ser factores que contribuem para este recurso à urgência hospitalar.

Conclusão: Um melhor esclarecimento dos pais acerca dos sinais de alerta que devem motivar observação num SU e uma melhor preparação dos profissionais de saúde para reconhecer e distinguir as situações comuns e variantes do normal daquelas que merecem uma avaliação hospitalar e investigação, poderiam melhorar a utilização dos serviços de saúde com benefício para os recém-nascidos e famílias.

Palavras-chave: recém-nascido, Serviço de Urgência hospitalar, saúde neonatal, doença aguda, infecção

ABSTRACT

Introduction: Intrinsic factors of vulnerability in the neonatal period, associated with inexperience or lack of follow-up of families, often leads to inappropriate use of hospital services, particularly the Emergency Service (ES). The aim of this study was to characterise newborns that were admitted to the ES over a 12-month period, assessing the characteristics of each episode and the need for urgent hospital care.

Methods: Retrospective descriptive study, with analysis of the medical records of all newborns admitted to the ES of Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, from the 1st of January to the 31st of December 2014. Demographic variables, medical history, referral, presenting complaints, diagnostic tests, diagnosis, treatment and follow-up were analysed. Statistical analysis was done in SPSS[®] 22 ($p < 0.05$).

Results: 441 episodes were analysed, corresponding to 383 newborns. 55.8% were male, with a median age of 16 days, and 13.8% were < 8 days. Most were term (93%) newborns, from the Central region of Portugal (97.3%) and unreferenced (75.7%). The most frequent triage priority was yellow (71.7%). The main presenting complaints were gastrointestinal and respiratory symptoms. 36.1% required diagnostic tests and the most frequent were urine (19.7%) and blood (13.4%) analysis. The most frequent diagnostic group was gastrointestinal disease (29.3%), and the most frequent diagnosis was newborn "without illness" (13.2%). Infectious diseases, included in the different diagnostic groups, were predominant (27.7%). Approximately half (46.5%) of the admissions had no clinical justification for observation at the ES. Most (74.4%) received no treatment and 81.9% were immediately discharged home. Of those admitted, the median hospital stay was one day. In 27.7% of the cases a hospital appointment was scheduled.

Discussion: Almost half of the newborns did not have symptoms or disease that justified assessment at a hospital ES. The lack of access to primary care during night time and the lack

of information regarding childcare and benign abnormalities may be factors that contribute to parents resorting to the hospital ES.

Conclusion: A better explanation to the parents about the warning signs that should motivate observation in the ES and better preparation of health care professionals to recognise and distinguish common situations and benign neonatal variants from those worth hospital evaluation and testing, could improve the use of health services with benefits for newborns and families.

Keywords: newborn, hospital emergency service, neonatal health, acute disease, infection

INTRODUÇÃO

O período neonatal é uma época de grande preocupação para a maioria dos pais no que respeita à saúde dos seus filhos. As características do recém-nascido conferem-lhe um grau acrescido de vulnerabilidade e essa percepção de fragilidade é particularmente afectada pelas características familiares e sociais em que se encontram os cuidadores.^{1,2}

Durante o período de internamento na maternidade, habitualmente 48 a 72 horas, é realizada a formação dos pais relativamente a cuidados de puericultura. No entanto, alguns consideraram-na insuficiente, surgindo frequentes dúvidas para as quais pretendem um esclarecimento imediato. Este facto, aliado à ansiedade natural dos primeiros tempos de paternidade, é por vezes agravado pela dificuldade no recurso aos serviços de saúde, nomeadamente ao médico de família, para consultas não programadas do recém-nascido.³ Associadamente, a inespecificidade e potencial gravidade dos sintomas neste grupo etário estimulam a procura e recurso a serviços de saúde mais diferenciados, nomeadamente ao Serviço de Urgência (SU) hospitalar.¹

A sobre-utilização dos serviços hospitalares, para além de interferir com a dinâmica de funcionamento de uma urgência, pode ser prejudicial à saúde do recém-nascido, pelo risco de exposição a infecções que naturalmente fazem parte do ambiente hospitalar e em particular de um SU.⁴ Neste sentido, é fundamental que os pais sejam convenientemente preparados e alertados logo na maternidade para os sinais de alarme que os devem levar a um SU, prevenindo idas desnecessárias e conferindo-lhes segurança e confiança para lidar com situações relacionadas com a saúde do seu filho.³ As informações dadas na maternidade e nas primeiras consultas, relativamente às técnicas de amamentação, ao significado do “choro” (e sua relação com as necessidades do recém-nascido), ao sono, à prevenção da morte súbita, nutrição e transporte do recém-nascido, são fundamentais para assegurar confiança nos períodos iniciais da vida do recém-nascido e podem ajudar a tranquilizar os pais.

O objectivo deste estudo foi caracterizar as admissões de recém-nascidos num SU hospitalar ao longo de 12 meses, procurando identificar os problemas e propor soluções para a sobre-utilização do SU por parte dos recém-nascidos sem doença ou que poderiam ser observados nas unidades de cuidados de saúde primários.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional descritivo, cujo método de colheita de dados foi retrospectivo, incluindo todos os recém-nascidos (idade ≤ 28 dias) admitidos no SU do Hospital Pediátrico (HP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2014.

O HP-CHUC é um hospital de nível A1 da região Centro do país, sem maternidade. Desde Fevereiro 2011, o SU-HP admite crianças com idade < 18 anos, observando em média 60 000 crianças e adolescentes por ano.

Para enquadramento dos dados obtidos, foram analisados o número total de admissões no SU em 2014, bem como o número de admissões de recém-nascidos nos 3 anos que precederam o ano em estudo (2011-2013).

Cada episódio de urgência foi considerado individualmente, podendo existir recém-nascidos com mais do que uma observação. Foram excluídos os recém-nascidos cuja passagem pelo SU-HP foi meramente administrativa, nomeadamente os transferidos de outra unidade hospitalar e admitidos directamente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), bem como os processos clínicos cujo registo do episódio era omissivo em informação essencial ou sem qualquer tipo de registo.

Foram utilizadas as seguintes definições: período neonatal precoce – idade ≤ 7 dias, período neonatal tardio – idade entre 8 e 28 dias; prematuro – idade gestacional < 37 semanas.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, local de residência, proveniência (iniciativa própria ou referenciado), data e hora de admissão, número de admissões prévias, motivo principal de vinda à urgência, nível de prioridade atribuído na triagem, antecedentes perinatais (gravidez, serologias e rastreio do *Streptococcus* do grupo B, local de nascimento, tipo de parto, idade gestacional, índice de Apgar, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascimento) e antecedentes patológicos, antecedentes familiares relevantes, exames

complementares de diagnóstico (ECD) realizados no SU (nomeadamente análises sanguíneas, de urina, de fezes, de líquido cefalorraquídeo (LCR) e de secreções respiratórias, ecocardiograma, exame de imagem), tratamentos realizados no SU, necessidade de internamento hospitalar e respectivo local, diagnóstico final, tratamento para o domicílio e destino na alta.

No SU-HP, após a inscrição, os recém-nascidos são triados por um enfermeiro de acordo com a PaedCTAS (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*, versão pediátrica validada da CTAS). Este sistema classifica os doentes tendo em conta a impressão clínica geral e o motivo de urgência, atribuindo-lhes um de cinco níveis de prioridade, a que corresponde um tempo de espera máximo recomendável para a assistência médica: nível I - assistência imediata; nível II - assistência em 15 minutos; nível III - assistência em 30 minutos; nível IV - assistência em 60 minutos e nível V - assistência em 120 minutos. A recomendação da PaedCTAS é que todos os recém-nascidos com idade ≤ 7 dias tenham prioridade laranja. Recomenda ainda que os recém-nascidos no período neonatal tardio tenham uma prioridade amarela ou mais elevada, de acordo com a avaliação pela equipa de triagem.

Os motivos de vinda ao SU-HP foram classificados de acordo com a descrição de quem levou ou referenciou o recém-nascido ao serviço (pais, médico de família, médico assistente de clínica privada ou médico de outro hospital) e com o registo clínico do médico responsável pela observação inicial no SU-HP. O diagnóstico final foi, sempre que possível, efectuado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, com modificação clínica (ICD9-MC).

Relativamente ao local de internamento, de acordo com as normas do hospital, os recém-nascidos são sempre internados na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), excepto se o quadro clínico justificar o recurso imediato a cuidados intensivos ou

cuidados intermédios (ambos realizados na UCI). Permanecem em UICD nas primeiras 24-48 horas e se não tiverem condições de alta para o domicílio serão transferidos para a UCI para continuação de cuidados. Os recém-nascidos que, pela duração do internamento em UICD, ultrapassem os 28 dias de vida, são internados nas restantes enfermarias do hospital de acordo com a patologia.

Os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS Inc., Chicago, IL) versão 22. A caracterização da população foi feita pelo cálculo de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas e pela determinação de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas. As variáveis qualitativas foram comparadas através do teste de qui-quadrado, aplicando as regras de Cochran. Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para comparação de variáveis quantitativas sem distribuição normal. Foi considerado um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

População

Durante o ano de 2014 ocorreram 60 775 episódios de observação de crianças/adolescentes no SU-HP, sendo 489 relativos a recém-nascidos (0,8% do total de observações no SU-HP). Destes, 441 episódios (90,2%) foram incluídos no estudo por cumprirem os critérios de inclusão.

A tabela 1 apresenta o número de total de episódios de urgência e de episódios de observação de recém-nascidos no SU-HP nos últimos 4 anos. Observam-se pequenas variações anuais, mas sem diferenças significativas ($p=0,112$).

Tabela 1. Número total de episódios de urgência e número de episódios de observação de recém-nascidos no SU-HP de 2011 a 2014.

Ano	2011	2012	2013	2014
Total episódios de urgência (n)	60 023	60 682	60 277	60 755
RN observados na urgência [n, (%)]	538 (0,90)	542 (0,89)	561 (0,93)	489 (0,80)

Legenda: RN – recém-nascido.

Os 441 episódios incluídos no estudo correspondem a 383 recém-nascidos, havendo 52 (13,6%) readmissões: 46 (12%) foram observados duas vezes e 6 (1,6%) três vezes.

Houve ligeiro predomínio do sexo masculino (246; 55,8%). A idade mediana à data da observação foi de 16 dias, com um mínimo de 3 dias e máximo de 28 dias (figura 1) e 61 (13,8%) estavam no período neonatal precoce.

Relativamente ao local de residência, 429 (97,3%) recém-nascidos eram provenientes da região Centro, sendo 329 (74,6%) do distrito de Coimbra e 255 (57,8%) do concelho de Coimbra.

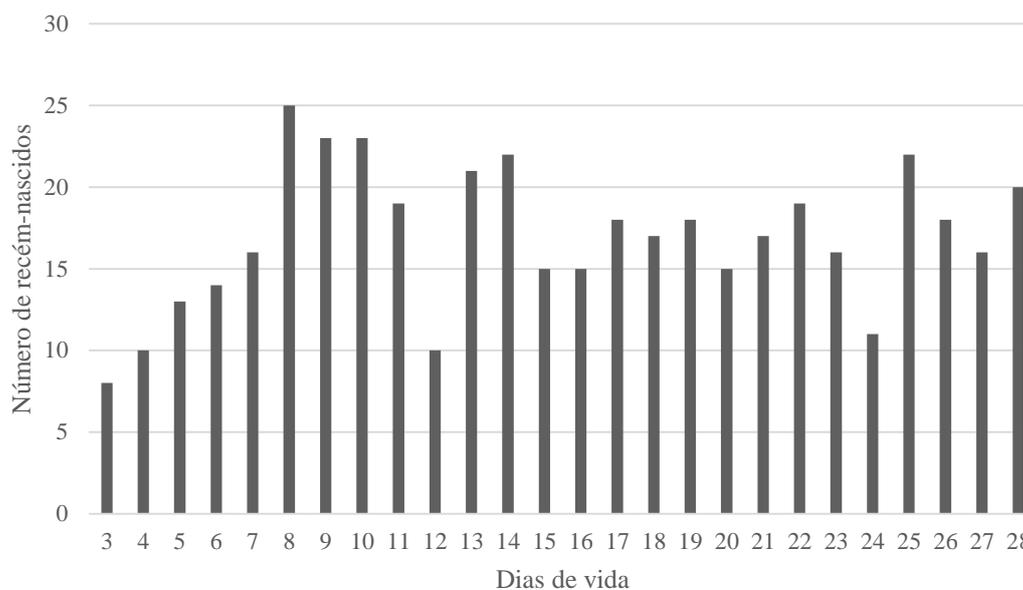


Figura 1. Distribuição dos recém-nascidos observados no SU-HP em 2014 de acordo com os dias de vida (n=441).

Proveniência, hora de admissão e triagem

A maioria das observações no SU ocorreu por iniciativa dos pais/cuidadores dos recém-nascidos (334; 75,7%). Os restantes casos foram referenciados pelo médico de família (63; 14,3%), na sequência do contacto com a linha “Saúde 24” (24; 5,4%), por transferência de outro hospital (11; 2,5%), após consulta em consultório privado (7; 1,6%) ou transportados pelo INEM (2; 0,5%).

Quanto à hora de admissão, 17,3% recorreram ao SU entre as 00 horas e as 8 horas. No entanto, quando se analisa o número de admissões de recém-nascidos em relação com o número total de admissões no SU-HP por hora, verifica-se uma maior percentagem de observações de recém-nascidos no período nocturno, relativamente às crianças de outras faixas etárias (figura 2).

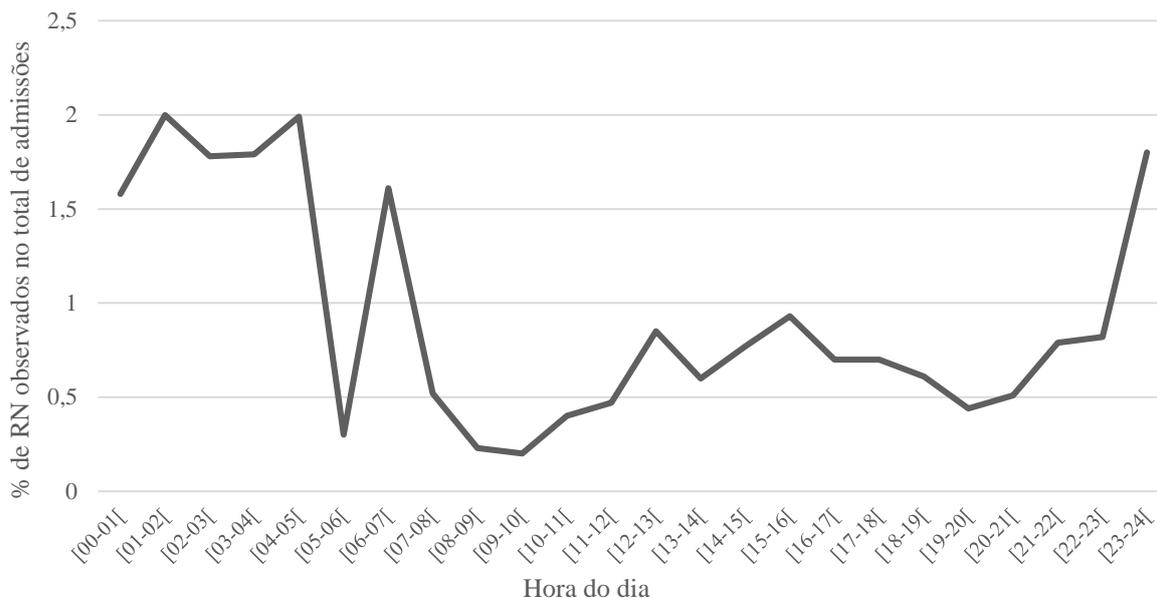


Figura 2. Percentagem de recém-nascidos observados em relação com o número total de admissões no SU-HP, por hora, em 2014 (n=441).

Analisando as admissões de recém-nascidos em cada mês em relação ao total de admissões deste grupo etário em 2014 (figura 3), a maior percentagem ocorreu nos meses de Verão (Julho, Agosto e Setembro), correspondendo a cerca de um terço dos recém-nascidos observados (32,7%).

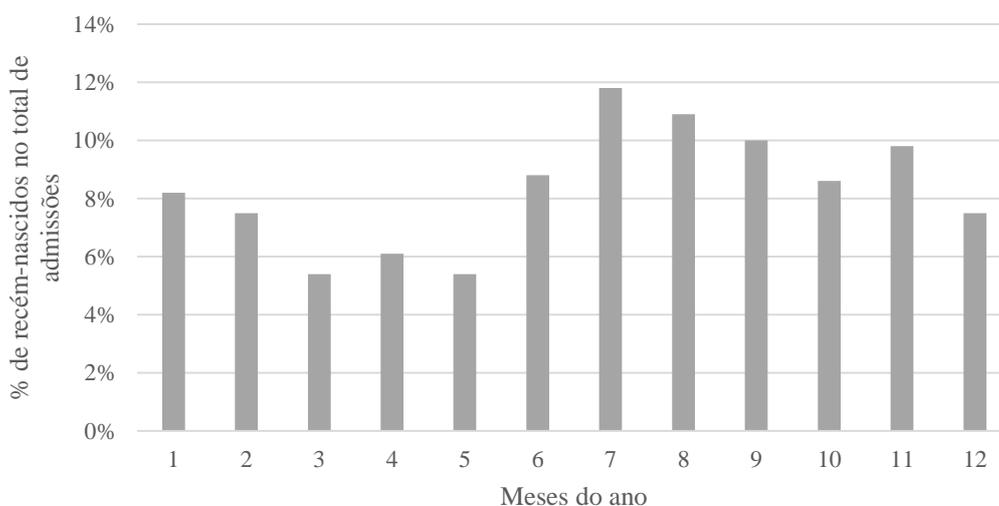


Figura 3. Percentagem de recém-nascidos observados por mês em relação com o número total de admissões de recém-nascidos no SU-HP em 2014 (n=441).

Relativamente à prioridade atribuída na triagem, 119 (26,9%) foram triados com prioridade laranja, 316 (71,7%) com prioridade amarela e 6 (1,4%) com prioridade verde. Os recém-nascidos com prioridade mais baixa tinham como motivo de urgência conjuntivite (2), icterícia, regurgitações, lesões cutâneas e granuloma umbilical (1 cada). Houve recém-nascidos com motivos de urgência semelhantes triados em prioridades diferentes. Dos recém-nascidos em idade neonatal precoce, em que está recomendado serem sempre triados com prioridade laranja, apenas 62,3% tiveram esta prioridade, tendo os restantes tido prioridade amarela.

Antecedentes pessoais

Os antecedentes pessoais são apresentados na tabela 2, destacando-se que a maioria dos recém-nascidos eram de termo, fruto de uma gravidez sem intercorrências, nascidos nas maternidades de Coimbra.

Relativamente aos antecedentes maternos, nos 134 casos em que estes foram descritos, as serologias para VIH, HBV, sífilis, rubéola e toxoplasmose eram negativas ou sugestivas de infeção antiga. O rastreio de *Streptococcus* do grupo B foi positivo em 34 (32%) das 106 mães em que esta informação estava disponível, e 31 (33%) de 94 mães receberam antibiótico durante o parto.

O índice de Apgar estava registado em 268 recém-nascidos, sendo ≥ 8 no primeiro minuto em 235 (87,7%).

Relativamente ao peso de nascimento, estava registado em 322 casos, sendo a média de 3170g (mínimo 1875g e máximo 4580g), com um desvio padrão de 498,5g. No que diz respeito ao comprimento, este foi conhecido em 175 casos, com mediana de 49cm (mínimo 34,7cm e máximo 55 cm). O perímetro cefálico estava registado em 167, apresentando uma mediana de 34,5cm, com mínimo de 31cm e máximo de 39,5cm.

Tabela 2. Antecedentes pessoais perinatais referentes aos episódios de urgência dos recém-nascidos admitidos no SU-HP em 2014 (n=441).

Características		Nº de recém-nascidos n, (%)
Idade gestacional (n=327)	Termo	304 (93)
	Pré-termo (<37 semanas)	23 (7)
Gravidez (n=349)	Sem intercorrências	295 (84,5)
	Diabetes gestacional	28 (8)
	Hipertensão arterial	6 (2)
	Pré-eclâmpsia	4 (1)
	Outras patologias*	16 (4,5)
Tipo de parto (n=318)	Eutócico	158 (49,7)
	Cesariana	79 (24,8)
	Fórceps	14 (4,4)
	Ventosa	67 (21,1)
Maternidade (n=286)	Maternidade Bissaya Barreto	166 (58)
	Maternidade Daniel de Matos	106 (37,1)
	Hospital Privado	4 (1,4)
	Maternidade fora de Coimbra	8 (2,8)
	Domicílio	2 (1,4)

* Inclui: patologia tiroideia, osteoarticular, renal, psiquiátrica, risco de trombofilia, convulsões, tuberculose pulmonar e obesidade.

Relativamente a antecedentes pessoais patológicos, encontravam-se descritos em 343 processos clínicos: 281 (81,9%) não apresentavam qualquer patologia prévia, 37 (10,8%) tinham antecedentes de hiperbilirrubinémia com necessidade de fototerapia, três tinham antecedentes de conjuntivite e dois tinham registo de hipoglicémia neonatal.

Motivo de urgência

Os principais motivos de vinda ao SU-HP são apresentados na tabela 3 (a cada episódio pode estar associado um ou dois motivos principais de vinda), predominando a sintomatologia respiratória e gastrointestinal, nomeadamente obstrução nasal e vômitos.

Tabela 3. Principais motivos de vinda referentes aos episódios de urgência de recém-nascidos observados no SU-HP em 2014, podendo cada caso ter mais do que um motivo (n=441).

Motivos de urgência	Nº de recém-nascidos n, (%)
Respiratório	
- Obstrução nasal	34 (7,7)
- Tosse	30 (6,8)
- Dificuldade respiratória	28 (6,4)
- Apneia/engasgamento	13 (2,9)
- Estridor	9 (2)
Gastrointestinal/alimentar	
- Vômitos	46 (10,4)
- Má evolução ponderal	29 (6,6)
- Cólicas	26 (6)
- Obstipação	25 (5,7)
- Dificuldades alimentares	21 (4,8)
- Diarreia	12 (2,7)
- Dejecção com sangue	7 (1,6)
Patologia do cordão umbilical	
- Lesão do coto	20 (4,5)
- Granuloma	3 (0,7)
Cutâneo/mucosas	
- Olho vermelho /secreção ocular	30 (6,8)
- Alterações cutâneas	46 (10,5)
Irritabilidade	42 (9,5)
Icterícia	27 (6,1)
Febre	14 (3,2)
Tumefacção cervical	10 (2,3)
Alterações na auscultação cardíaca	7 (1,6)
Prostração	4 (0,9)
Traumatismo/queda	3 (0,7)
Outros (cada com ≤2 casos)	33 (7,5)

Exames complementares de diagnóstico

Foram efectuados um ou mais ECD em 159 (36,1%) recém-nascidos, predominando a sumária de urina, os exames de sangue e de imagem (tabela 4).

Quando comparado o número de ECD realizados em recém-nascidos trazidos pelos cuidadores com os efectuados em recém-nascidos referenciados por outras entidades de saúde, observa-se que no primeiro grupo 110/334 (32,9%) realizaram ECD, enquanto no segundo grupo tal ocorreu em 49/107 (45,8%) (p=0,016).

Tabela 4. Exames complementares de diagnóstico referentes aos episódios de urgência dos recém-nascidos observados no SU-HP em 2014 (n=441).

Exame complementar de diagnóstico	n (%)
Urina	87 (19,7)
Sangue	59 (13,4)
Exames de imagem	36 (8,2)
Avaliação cardíaca	31 (7)
Fezes	6 (0,01)
Secreções respiratórias	5 (0,01)
LCR	3 (0,01)

Diagnóstico

As patologias diagnosticadas foram divididas em grupos, apresentados na tabela 5. Os grupos mais frequentes foram a patologia gastrointestinal (129; 29,3%), seguido pela patologia respiratória (64; 14,5%). Quando analisados todos os diagnósticos, predomina a patologia infecciosa (122; 27,7%) (representados com um # na tabela 5).

Individualmente, o diagnóstico mais frequente foi de recém-nascido “sem doença” correspondendo a 13,2% do total de admissões, seguido de nasofaringite aguda (10%) e cólicas do 1º trimestre (9,3%).

Tabela 5. Diagnósticos referentes aos episódios de urgência dos recém-nascidos observados no SU-HP em 2014 (n = 441)

Diagnósticos	Nº de recém-nascidos n, (%)
Patologia gastrointestinal	129 (29,3)
- Cólicas do 1º trimestre	41 (31,8)
- Icterícia	25 (19,4)
- Obstipação	19 (14,7)
- Refluxo gastro-esofágico	19 (14,7)
- Vômitos	18 (14)
- Gastroenterite aguda [#]	7 (5,4)
Patologia respiratória	64 (14,5)
- Nasofaringite aguda [#]	44 (68,8)
- Bronquiolite [#]	13 (20,3)
- Laringomalácia/estridor congênito	6 (9,4)
- Tosse convulsa [#]	1(1,5)

Sem doença	58 (13,2)
Má progressão ponderal	30 (6,8)
- Défice de aporte	24 (80)
- Outras causas	6 (20)
Patologia oftalmológica	29 (6,6)
- Conjuntivite aguda [#]	27 (93,1)
- Anomalias do canal lacrimal	2 (6,9)
Patologia da pele e tecidos moles	24 (5,4)
- Eritema perianal	4 (16,7)
- Impetigo [#]	5 (21)
- Eczema seborreico	3 (12,5)
- Abscesso [#]	4 (16,6)
- Sudamina	2 (8,3)
- Eritema não especificado	2 (8,3)
- Varicela [#]	2 (8,3)
- Mastite neonatal infecciosa [#]	2 (8,3)
Outros	21 (4,8)
- Nódulo ECM/ torcicolo congénito	10 (47,6)
- Traumatismo crânio-encefálico	3 (14,2)
- Hérnia inguinal direita	2 (9,5)
- Doença metabólica	2 (9,5)
- Mioclonia inocente	1 (4,8)
- Fissura anal	1 (4,8)
- Hidrocelo	1 (4,8)
- Intoxicação acidental por vitamina D	1 (4,8)
Outra patologia infecciosa	17 (3,9)
- Pielonefrite [#]	7 (41,2)
- Infecção viral sem foco [#]	3 (17,6)
- Candidíase oral [#]	3 (17,6)
- Bacteriémia [#]	2 (11,8)
- Meningite [#]	1 (5,9)
- Sépsis tardia [#]	1 (5,9)
Variantes do normal	16 (3,6)
- Eritema tóxico	9 (56,4)
- Sopro cardíaco inocente	2 (12,5)
- Uratos na urina	2 (12,5)
- Acne neonatal	1 (6,2)
- Menstruação neonatal	1 (6,2)
- Hipertrofia mamária	1 (6,2)
ALTE	15 (3,4)
Patologia do cordão umbilical	12 (2,7)
- Lesões inespecíficas do coto umbilical	10 (83,3)
- Granuloma umbilical	2 (16,7)
Irritabilidade	8 (1,8)
Lesões do parto	8 (1,8)
- Lesões do couro cabeludo	3 (37,5)
- Bolsa sero-hemática/ cefalohematoma	2 (25)

- Hematoma pós-parto	1 (12,5)
- Fractura da clavícula	1 (12,5)
- Fractura do úmero	1 (12,5)
Patologia ortopédica	5 (1,1)
- Pé boto	3 (60)
- Suspeita de luxação congênita da anca	2 (40)
Patologia cardíaca	5 (1,1)
- Patologia cardíaca congênita	3 (60)
- Taquicardia paroxística	1 (20)
- Extrassístoles	1 (20)

Legenda: ALTE – *Apparent Life-Threatening Event*; ECM – esternocleidomastoideu, VSR – vírus sincicial respiratório,

Foram considerados diagnósticos passíveis de observação apenas/inicial em cuidados de saúde primários ou em consulta: cólicas do 1º trimestre, obstipação, “sem doença”, patologia oftalmológica, eritema perianal, eczema seborreico, sudamina, eritema não especificado, eritema tóxico, acne neonatal, nódulo esternocleidomastoideu/torcicolo congénito, hidrocelo, candidíase oral, uratos na urina, menstruação neonatal, hipertrofia mamária, lesões inespecíficas do coto umbilical, granuloma umbilical, bolsa sero-hemática/cefalohematoma e patologia ortopédica. Estes diagnósticos corresponderam a 205 (46,5%) episódios de observação de recém-nascidos no SU.

Avaliou-se a frequência de diagnósticos nos recém-nascidos em idade neonatal precoce e tardia, observando-se em alguns casos diferença estatisticamente significativa (tabela 6), das quais se destaca a maior frequência de ausência de doença e variantes do normal no período neonatal precoce.

Tabela 6. Diagnósticos referentes aos episódios de urgência dos recém-nascidos em idade neonatal precoce e tardia observados no SU-HP em 2014 (n = 441).

Diagnóstico	Período neonatal precoce (n=61) n, (%)	Período neonatal tardio (n=380) n, (%)	p
Sem doença	16 (26,2)	42 (11,1)	0,001
Patologia gastrointestinal	16 (26,2)	88 (23,2)	0,600
- Cólicas	7 (11,5)	34 (8,9)	0,528
- Icterícia	6 (9,8)	19 (5)	0,129
- Obstipação	2 (3,3)	17 (4,5)	1,000
- Refluxo gastroesofágico	1 (1,6)	18 (4,7)	0,494
Laringomalácia/estridor congénito	2 (3,3)	4 (1,1)	0,196
Conjuntivite aguda	2(3,3)	25 (6,6)	0,562
Défice de aporte	2 (3,3)	22 (5,8)	0,555
Outra patologia infecciosa	2 (3,3)	1 (0,3)	0,052
- Bacteriémia	1 (1,6)	1 (0,3)	0,258
- Meningite	1 (1,6)	0	0,138
Variantes do normal	7 (11,5)	7 (1,9)	0,001
- Eritema tóxico	3 (4,9)	6 (1,6)	0,115
- Sopros cardíacos inocentes	1 (1,6)	1 (0,3)	0,258
- Uratos	2 (3,3)	0	0,019
- Menstruação neonatal	1 (1,6)	0	0,138
Patologia do cordão umbilical	5 (8,2)	7 (1,9)	0,016
Irritabilidade	2 (3,3)	6 (1,6)	0,306
Lesões do parto	3 (4,9)	1 (0,3)	0,009
- Bolsa sero-hemática/cefalohematoma	1 (1,6)	1 (0,3)	0,258
- Fractura da clavícula	1 (1,6)	0	0,138
- Fractura do úmero	1 (1,6)	0	0,138
Patologia ortopédica	3 (4,9)	2 (0,5)	0,021
Patologia cardíaca congénita	1 (1,6)	2 (0,5)	0,361

Nota: apenas são avaliados os diagnósticos também presentes nos recém-nascidos observados durante o período neonatal precoce.

Tratamento

A maioria (328; 74,4%) dos recém-nascidos não recebeu qualquer tipo de tratamento. Em cinco episódios não havia registo. A tabela 7 resume os principais tratamentos efectuados no SU, predominando a prescrição de antibiótico tópico. Foram excluídos tratamentos inespecíficos como medicação antipirética ou para hidratação cutânea.

Tabela 7. Tratamentos prescritos referentes aos episódios de urgência de recém-nascidos observados no SU-HP (n=441).

Tratamento	Nº de recém-nascidos n, (%)
Sem tratamento	328 (74,4)
Antibiótico sistémico ou tópico	57 (12,9)
Microclíster de glicerina	15 (3,4)
Oxigénio	14 (3,1)
Antifúngico tópico	7 (1,6)
Nitrato de prata	2 (0,5)
Gesso/tala	2 (0,5)
Aciclovir	2 (0,5)
Outros*	14 (3,1)

* Inclui: fototerapia, transfusão de glóbulos vermelhos, vitamina B12, alimentação por sonda, antisséptico, hidratação endovenosa

Analisando os tratamentos efectuados por grupos de patologia, dos 129 recém-nascidos com patologia gastrointestinal, 19 receberam tratamento (14,7%), sendo em 15 a colocação de microclíster de glicerina, a maioria por cólicas (n=5) ou obstipação (n=6). Dos 25 casos de icterícia, dois recém-nascidos fizeram fototerapia e outro, com isoimunização anti-D, recebeu transfusão de glóbulos vermelhos. No grupo da patologia respiratória, 16 (25%) recém-nascidos receberam tratamento, a maioria (11; 68,8%) oxigenoterapia, tendo 10 o diagnóstico de bronquiolite. Dos recém-nascidos com patologia da pele e tecidos moles, em 17 (70,8%) foi prescrito tratamento, em 40,9% antibiótico sistémico e em 22,7% antibiótico tópico. A patologia do cordão umbilical foi tratada em 9 dos 12 casos: em seis com antibiótico tópico, um com antisséptico e dois com nitrato de prata. Todos os recém-nascidos diagnosticados com conjuntivite aguda foram tratados com antibiótico tópico excepto um. Os recém-nascidos com pielonefrite aguda, bacteriémia, sépsis tardia e meningite fizeram antibioticoterapia sistémica.

Internamento e Orientação

Dos 441 episódios analisados, a maioria teve alta para o domicílio (361; 81,9%).

Dos 80 casos (18,1%) em que ocorreu internamento, 73 (91,3%) ficaram em UICD, 6 (7,5%) na UCI e um foi internado directamente na enfermaria de Pediatria Médica (1,2%) por falta de vagas na UCI. A maioria era do sexo masculino (49; 61,3%) ($p=0,218$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade mediana dos recém-nascidos que tiveram logo alta do SU e dos que ficaram internados (15 dias vs 17 dias; $p=0,385$). Os doentes referenciados não foram mais frequentemente internados do que os provenientes do domicílio (20,6% vs 17,1%; $p=0,412$).

Não houve diferença significativa entre o número de internamentos dos recém-nascidos com uma admissão no SU (17,7%) quando comparados com os que tinham mais de uma vinda (18,9%) ($p=0,823$).

A figura 4 mostra a percentagem de internamentos por grupo diagnóstico, verificando-se que é maior nos recém-nascidos com patologia infecciosa, ALTE (*Apparent Life Threatening Event*) e patologia cardíaca.

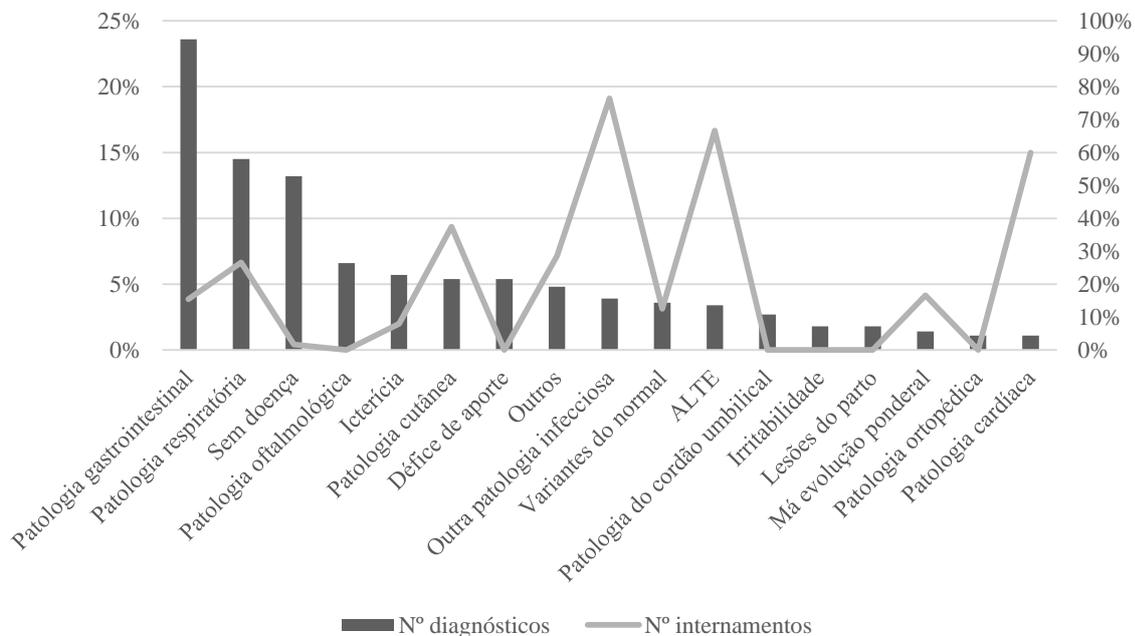


Figura 4. Distribuição dos diagnósticos referentes aos episódios de urgência dos recém-nascidos admitidos no SU-HP ($n=441$) e distribuição da percentagem de internamentos dentro de cada grupo diagnóstico ($n=80$).

De destacar que dos 122 casos diagnosticados com patologia infecciosa (ver tabela 5, grupo com #), 38 (31,1%) necessitaram de internamento hospitalar. Foram internados dois recém-nascidos posteriormente diagnosticados com variantes do normal (sopro cardíaco inocente e hipertrofia mamária).

Dos recém-nascidos internados em UICD, o destino da alta mais frequente foi o domicílio (53; 72,6%), seguido de internamento na enfermaria de Pediatria Médica (11; 15,1%), UCI (8; 11%) e um internamento na enfermaria de Cirurgia (1,3%).

A mediana de duração do internamento dos recém-nascidos no hospital (desde a admissão até à alta) foi de um dia, com mínimo de um dia e máximo de 52 dias. Mais de metade (42; 52,5%) dos recém-nascidos ficou internado apenas um dia.

Na alta, em 27,7% dos casos foi agendada uma reavaliação em consulta hospitalar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo retrospectivo analisou detalhadamente os episódios de observação de recém-nascidos num SU hospitalar ao longo de um ano. São escassos os estudos publicados nesta área,^{1-3,5-13} havendo cinco referentes a Portugal, um de 1999 do SU-HP.^{1,2,5,11,12}

A percentagem das admissões no SU correspondente a este grupo etário (mínimo de 0,8% em 2014 e máximo 0,93% em 2013), é inferior à descrita em outros hospitais portugueses, com valores entre 1,3-3%,^{1,5,12} bem como à do estudo de há 15 anos neste mesmo serviço, de (1,3%),¹¹ mas semelhante à encontrada num estudo recente do hospital de Vila Franca de Xira de 0,8%.²

A mediana de idade dos recém-nascidos observados foi de 16 dias, estando apenas uma minoria no período neonatal precoce (13,8%), valor superior aos 7,5% encontrados neste SU em 1999.¹¹ Tal como referido por outros autores, este dado parece sugerir que as admissões não estão directamente relacionadas com acontecimentos perinatais mas com eventos extra-hospitalares e ambientais.^{6,12} O ligeiro predomínio do sexo masculino nas admissões hospitalares é também consistente com a maioria dos estudos nesta área.^{3,5,12,13} Este predomínio é semelhante ao rácio sexo masculino:feminino nesta idade (dados do Instituto Nacional de Estatística de 2011), sugerindo que a maior afluência do sexo masculino poderá reflectir um maior número de recém-nascidos deste sexo.

Relativamente à sazonalidade das visitas ao SU, os valores mais elevados ocorreram nos meses de Verão (Junho, Julho e Agosto), à semelhança do descrito num hospital em Espanha (30,7%),¹³ e noutros em Portugal da região de Lisboa² e Faro.¹² No entanto, um estudo do Hospital de Aveiro não observou este padrão, distribuindo-se as admissões de forma mais uniforme ao longo do ano, com um número máximo de vindas em Março.⁵ A sazonalidade observada poderá dever-se à menor capacidade de atendimento dos centros de saúde e serviços privados em período de férias, motivando a observação no SU.¹³ Também o

período nocturno, altura em que outros serviços de saúde estão encerrados, predomina como horário de observação quando comparado com o total de observações no SU de todas as crianças/adolescentes. A percentagem de recém-nascidos observados no período nocturno é semelhante à observada no estudo de 1999 no SU-HP (17,3% vs 16%).¹¹ Seria interessante analisar o papel de serviços telefónicos disponíveis nesses horários, como a linha de Saúde 24, e de que forma contribuem para esclarecer algumas das situações clínicas, bem como conhecer os motivos de contacto e as orientações habitualmente oferecidas, uma vez que apenas conhecemos a realidade dos recém-nascidos que vêm referenciados para o hospital.

A maioria das admissões ocorreu em recém-nascidos trazidos directamente pelos cuidadores (75,7%), tal como descrito em outros estudos.^{1,5,6} Dos casos referenciados, a maioria veio do Centro de Saúde. O número de readmissões (13,4%), foi inferior ao descrito em outros estudos (17,8%¹² ou 25%³), o que poderá ser atribuído a um esclarecimento adequado na vinda inicial ao SU.

O SU-HP oferece aos utentes um sistema de triagem que permite priorizar os casos considerados mais urgentes em detrimento dos de menor gravidade, tendo a idade neonatal recomendações específicas relativamente à forma como devem ser triados. Esta triagem tem em conta não só a impressão clínica do recém-nascido, mas principalmente a idade, já que formalmente os recém-nascidos são considerados um grupo de risco e são encaradas como tal nos serviços hospitalares. Este facto, aliado às recomendações do sistema de triagem, explica o elevado número de casos aos quais foi atribuída prioridade urgente ou muito urgente, posteriormente não seguida de realização de ECD ou internamento. Através deste sistema, neste estudo à maioria dos episódios foi atribuída prioridade “urgente” (71,7%), seguida de prioridade muito urgente (26,9%), embora não tenha sido sempre seguida a recomendação de atribuir prioridade laranja no período neonatal precoce, provavelmente por ter sido considerado na triagem que poderiam ser observados em cuidados de saúde primários.

Também foi observada alguma discrepância na triagem por motivos de vinda semelhantes, que se pode justificar por algum grau de dúvida condicionado por esta faixa etária.

Tal como noutros estudos, a maioria dos recém-nascidos era de termo e nasceu por via vaginal.^{1,2,5} Isto deve-se provavelmente ao facto dos recém-nascidos prematuros prolongarem a sua estadia na maternidade, muitas vezes até ao fim do período neonatal.¹ No entanto, outro estudo⁹ não conseguiu provar a existência de uma relação entre a diminuição do tempo de alta da maternidade e o aumento da admissão de recém-nascidos no SU nos primeiros dez dias de vida, o que foi corroborado num estudo recentemente efectuado em Lisboa.²

Apenas uma minoria dos recém-nascidos apresentava antecedentes patológicos, estando o peso de nascimento e o índice de Apgar maioritariamente dentro da normalidade, não parecendo existir relação entre patologia perinatal e o recurso ao SU, à semelhança do que foi encontrado noutro estudo.⁶ Tal como referido,⁶ esta baixa incidência de antecedentes patológicos pode também estar relacionada com a detecção precoce de patologia antes da alta da maternidade e com o acompanhamento do recém-nascido por parte de uma equipa especializada, sem necessidade de recurso ao SU.

Relativamente ao principal motivo de observação no SU, destaca-se a sintomatologia gastrointestinal e respiratória, semelhante a outros estudos que, no entanto, apresentavam menor frequência de queixas respiratórias.^{1,5,13} Alguns trabalhos^{5,8,12} apresentam como principal motivo de vinda a icterícia, o que se poderá ser justificado pelo facto de nestes o SU estar no mesmo edifício da maternidade.⁵ É possível que os recém-nascidos nascidos no CHUC recorram por icterícia à maternidade onde nasceram e não ao SU-HP.

A dissonância entre a percepção da gravidade da situação clínica pelos cuidadores e a avaliação médica a nível hospitalar é, em parte, comprovada pelo baixo recurso a ECD a nível do SU.² Foram realizados ECD em 36,1% dos episódios (maioritariamente sumária de urina e colheitas de sangue), número semelhante ao de outro estudo (31,7%)¹³ e inferior a outros,

com 44%-54,4%.^{2,3,5} Esta diferença pode dever-se a um maior número de casos de febre, de 13,6%³ comparado com 3,2% no nosso estudo, ou pelo maior número de apresentações de icterícia (17% versus 6,1%),⁵ que terão justificado um maior número colheitas de sangue. Tal como noutros estudos, a percentagem de ECD efectuados em recém-nascidos referenciados foi superior à dos vindos directamente do exterior. Estes resultados sugerem que muitas das situações poderiam ter sido avaliadas num serviço de cuidados primários de saúde, seleccionando os casos que necessitassem de uma avaliação hospitalar.^{3,5,13}

Os diagnósticos finais foram organizados em grupos, predominando, tal como noutros estudos,⁷ a patologia gastrintestinal (29,3%). Destaca-se o diagnóstico de cólicas do 1º trimestre como o mais frequente, tal como observado noutros estudos,^{5,13} um dos quais debate a questão da sobre-utilização deste diagnóstico para justificar choro sem causa identificada. No estudo previamente realizado neste SU,¹¹ a patologia gastrintestinal representou cerca de 40% dos diagnósticos, o que pode ser explicado pela inclusão de “má progressão ponderal”, “candidíase oral” e “engasgamento” neste grupo, considerados noutro grupo no nosso estudo. Quando avaliadas todas as patologias diagnosticadas, constata-se que o diagnóstico mais frequente foi o de recém-nascido “sem doença”, correspondendo a 13,2% do total de admissões, em concordância com outros estudos.^{9,10,12,13}

As observações por recém-nascido “sem doença”, “variantes do normal”, “lesões do parto”, “patologia do cordão umbilical” e “patologia ortopédica”, foram mais frequentes no período neonatal precoce. Já a patologia respiratória foi exclusivamente encontrada no período neonatal tardio, coincidente com outros estudos^{3,13} em que a proporção de infecções das vias respiratórias altas era muito superior em recém-nascidos com idade superior a 14 dias.

A maioria dos recém-nascidos não recebeu qualquer tipo de tratamento o que, aliado à baixa taxa de pedidos de ECD, reforça que muitos dos casos poderiam ser resolvidos em unidades

primárias de saúde. Os principais tratamentos utilizados foram a antibioticoterapia (sistémica ou tópica), a administração de microclíster de glicerina e de oxigénio. A patologia gastrointestinal foi tratada em apenas 14,7% dos casos, reforçando que a maioria não necessitava de observação em meio hospitalar.

Em 18,1% dos episódios ocorreu internamento, valor ligeiramente superior ao de outros estudos Portugueses (11% e 13%),^{1,12} mas consideravelmente inferior ao de outros centros (33% e 29,3%).^{6,8} Esta diferença pode dever-se ao facto destes últimos terem uma maior prevalência de casos de febre sem foco. Curiosamente a taxa de internamento no nosso estudo é superior à do estudo realizado na década de 90 no SU-HP, com a alta hospitalar imediata a rondar os 92%.¹¹

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade média dos recém-nascidos que tiveram alta do SU e a dos que ficaram internados, em discordância com outros estudos^{12,15} em que recém-nascidos com menos de 14 dias apresentam maior taxa de internamento. Os doentes referenciados também não tiveram maior número de internamentos que os doentes provenientes do domicílio, o que é diferente de um estudo português¹² em que os recém-nascidos referenciados apresentavam uma taxa de internamento de 26,7% contra 10,2% dos não referenciados, assim como num estudo espanhol.¹³ Também não houve diferença entre o número de internamentos dos doentes com apenas uma admissão no SU e aqueles que tinham mais de uma vinda, o que pode sugerir que as visitas subsequentes não foram necessariamente motivadas por maior gravidade mas por ansiedade ou falta de informação.

Os principais diagnósticos associados a internamento foram a patologia infecciosa, ALTE e patologia cardíaca. Cerca de um terço dos casos diagnosticados com patologia infecciosa foram internados, justificado pela faixa etária, com potencial gravidade e necessidade de tratamento endovenoso.¹⁶ A elevada taxa de internamentos associada ao

diagnóstico de ALTE é explicada pelo aparato do episódio, e por poder ser manifestação de patologia que pode justificar vigilância e investigação.¹⁷ A possibilidade da existência de patologia congênita cardíaca exige também uma investigação apropriada que, em muitos casos, necessita de internamento.¹⁶ Num estudo espanhol,³ o principal diagnóstico associado a internamento foi “febre sem foco”, e num português¹ foi a icterícia neonatal (53%).

A maioria dos internamentos (91,3%) foi em UICD, ao contrário de outro estudo¹² em que tal ocorreu na UCI. Isto poderá dever-se às normas de internamento em vigor em diferentes hospitais. O internamento em UICD permite a vigilância e terapêutica por um período curto dos casos que não necessitam de admissão em cuidados intensivos, permitindo também a avaliação de uma eventual patologia ainda não esclarecida, realização dos primeiros ECD e decisão sobre a gravidade do quadro, até ao diagnóstico definitivo. A maioria dos recém-nascidos após internamento em UICD teve alta para o domicílio, sendo que mais de metade apenas esteve internado um dia, revelando que a grande maioria das situações não necessitou de investigação/terapêutica hospitalar subsequente.

De acordo com os critérios utilizados, 46,5% dos episódios não necessitariam de avaliação em SU, o que corresponde a quase metade dos casos analisados, à semelhança do que foi relatado num estudo espanhol (47,8%).¹³ Este número confirma a sobre-utilização destes serviços por este grupo etário, em linha com as conclusões de outros estudos de âmbito nacional e internacional,^{5,8,9} tornando evidentes os riscos a que os recém-nascidos ficam sujeitos no ambiente hospitalar e o tempo consumido na avaliação e aconselhamento de puericultura aos pais e cuidadores,¹ sendo fundamental criar estratégias para melhorar o recurso sem justificação ao SU. Alguns estudos têm procurado identificar factores que justifiquem esta utilização da urgência hospitalar. Neles incluem-se a ansiedade parental e o receio que uma doença grave não seja diagnosticada, a maior confiança nos serviços

hospitalares (pela disponibilidade de ECD e maior de horário de atendimento) e as próprias características do recém-nascido.^{2,15}

As principais limitações deste estudo dizem respeito ao seu cariz retrospectivo, dependendo dos registos clínicos, nos quais nem sempre foi possível retirar toda a informação necessária, bem como a impossibilidade de colher dados relativos a alta precoce da maternidade, idade materna, estado civil, número de filhos ou condições socio-económicas da família que poderiam ajudar a interpretar alguns motivos de vinda ao SU.

Em conclusão, à semelhança do que já foi estabelecido em outros estudos,^{1,3,5,8,9,11,12} a maioria dos recém-nascidos que recorreu ao SU-HP não apresentava patologia a necessitar de cuidados hospitalares, pelo que poderiam ter sido avaliados em cuidados primários. A discrepância entre a perspectiva de gravidade atribuída pelos pais e pela avaliação médica, revelada pela baixa taxa de ECD pedidos, pelo baixo número de internamentos e pelo elevado número de recém-nascidos diagnosticados “sem doença”, poderá traduzir falta de informação sobre cuidados de puericultura e sobre o que justifica uma visita ao SU. Neste contexto, proporcionar uma melhor informação aos pais, tanto a nível da maternidade como nos próprios serviços de cuidados primários, poderia diminuir a ansiedade dos cuidadores, que estariam assim melhor preparados para lidar com situações não urgentes como as cólicas, o choro, as variantes do normal, entre outros. Seria também importante reforçar o papel dos cuidados primários para situações não urgentes, desviando assim do meio hospitalar casos injustificados para tal.^{1,18} O predomínio da observação em período nocturno, quando não há serviços de cuidados primários, poderá também reflectir a disponibilidade dos pais com horários de trabalho cada vez mais exigentes durante o dia. Desta forma, uma melhor articulação entre as famílias e os cuidados de saúde primários, e entre estes e as unidades hospitalares pode ser a chave para colmatar um problema que merece investimento logo desde a gestação.^{5,12,13}

Um melhor esclarecimento dos pais acerca dos sinais de alerta que devem motivar observação num SU e uma melhor preparação dos profissionais de saúde para reconhecer e distinguir as situações comuns e variantes do normal daquelas que merecem uma avaliação hospitalar e investigação, poderiam melhorar a utilização dos serviços de saúde com benefício para os recém-nascidos e famílias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em particular à minha orientadora de tese, Dra. Ana Brett, pela total dedicação e colaboração neste trabalho, assim como à minha co-orientadora, Prof. Doutora Fernanda Rodrigues, pela sua fulcral contribuição científica. Um especial agradecimento igualmente para a minha família e amigos, pelo apoio em momentos cruciais da elaboração deste projecto, assim como para os médicos e funcionários do HP-CHUC que se habituaram à minha presença constante, colaborando positivamente na minha investigação durante o último ano.

REFERÊNCIAS

1. Cunha J da, Nunes F, Nunes M, Azeredo P. Recém-nascidos na urgência pediátrica hospitalar. *Acta Pediátrica Port.* 2007; 38(6):235–240.
2. Albuquerque CL, Santos J, Batalha S, Lito D, Cunha F. O recém-nascido no Serviço de Urgência - que triagem? *Acta Pediátrica Port.* 2015; 46(1):357–364.
3. Fernández Ruiz C, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Lasuen del Olmo N, Luaces Cubells C. Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario. *An Pediatr (Barc).* 2006; 65(2):123-128.
4. 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.
5. Ratola A, Machado M, Almeida A, Pio D, Almeida S. Recém-nascido no Serviço de Urgência – casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer.* 2013; XXII(4):12–16.
6. Assandri Dávila E, Ferreira García MI, Bello Pedrosa O, de Leonardis Capelo D. Hospitalización neonatal desde el servicio de urgencias en un centro hospitalario de Uruguay. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63(5):413-417.
7. Jain S, Cheng J. Emergency Department Visits and Rehospitalizations in Late Preterm Infants. *Clin Perinatol.* 2006; 33(4):935–945.
8. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2000; 16(3):145-150.
9. Sacchetti AD, Gerardi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care.* 1997; 13(6):365-368.
10. Ung S, Woolfenden S, Holdgate A, Lee M, Leung M. Neonatal presentations to a Mixed Emergency Department. *J Paediatr Child Health.* 2007; 43(1-2):25–28.
11. Bento C, Osório E, Lemos L. Importância da urgência neonatal na urgência pediátrica. *Saúde Infantil.* 2001; 23(2): 55-59.
12. 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 Apr;25(4):244-8.
13. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. Atención a neonatos en una unidad de urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc).* 2003; 59(1):54-58.
14. Hummel K, Mohler MJ, Clemens CJ, Duncan B. Why parents use the emergency department during evening hours for nonemergent pediatric care. *Clin Pediatr (Phila).* 2014; 53(11):1055-1061.
15. Batu ED, Yeni S, Teksam O. The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *J Emerg Med.* 2015; 48(5):542-547.
16. Brousseau T, Sharieff GQ. Newborn emergencies: the first 30 days of life. *Pediatr Clin North Am.* 2006; 53(1):69–84.

17. Kadivar M, Yaghmaie B, Allahverdi B, Shahbaznejad L, Razi N, Mosayebi Z. Apparent life-threatening events in neonatal period: clinical manifestations and diagnostic challenges in a pediatric referral center. *Iran J Pediatr.* 2013; 23(4):458-466.
18. Machado MC. Comentário ao artigo “ Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar”. *Acta Pediatr Port.* 2007; 38(6):231-232.