



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE –
FACES

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

ANA LUÍSA NEIVA MELO
NAYRA COSTA MOREIRA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE QUANTO À CAMPANHA DO ALERTA AMARELO E
CONDUTA NA COLESTASE NEONATAL

BRASÍLIA-DF
2016



**ANA LUÍSA NEIVA MELO
NAYRA COSTA MOREIRA**

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE QUANTO À CAMPANHA DO ALERTA AMARELO E
CONDUTA NA COLESTASE NEONATAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa pela Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES.

Orientação: Dra. Elisa de Carvalho

**BRASÍLIA-DF
2016**

RESUMO

A elevação da bilirrubina direta em recém-nascidos e lactentes (colestase neonatal) traduz a diminuição da secreção biliar por doença hepatocelular ou biliar, precisando de exploração clínica urgente. Dentre as causas da icterícia patológica em crianças, a atresia biliar (AB) é a principal delas, e necessita de correção cirúrgica antes dos 60 dias de vida. (BEZERRA, 2010). O prognóstico e a sobrevida dos pacientes têm influência direta do diagnóstico precoce, tendo em vista, que o diagnóstico tardio se relaciona à necessidade de transplante hepático ou morte nos primeiros 3 anos de vida (CARVALHO, 2010). As razões para os atrasos na detecção da AB estão possivelmente relacionadas com aspectos, como conhecimento sobre a doença na comunidade, reconhecimento da doença por profissionais de saúde de atenção básica e acesso a atendimento especializado (CARVALHO, 2010). Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento de profissionais de saúde do Distrito Federal quanto ao diagnóstico, seguimento adequado da colestase neonatal e quanto à campanha do Alerta Amarelo. O método utilizado consistiu-se de busca ativa de profissionais da área de pediatria para resposta de questionário nas Unidades de Saúde da SES-DF. Foram entrevistados 93 pediatras, 69 residentes e 43 enfermeiros, totalizando 203 profissionais. Do total, 49,47% julgaram não conhecer a campanha do alerta amarelo, e 37,07% não tem conhecimento sobre a cartela de coloração das fezes na caderneta de saúde da criança. É possível perceber que ainda existe grande desinformação sobre a campanha do alerta amarelo, influenciando o encaminhamento e o diagnóstico tardios de pacientes com Atresia Biliar.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. METODOLOGIA
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO
4. CONCLUSÃO
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
6. ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A icterícia é manifestação de numerosas doenças, sendo consequência de alterações na produção, captação ou excreção das bilirrubinas. O predomínio da bilirrubina indireta em recém-nascidos é comum e, na maioria das vezes, é de causa fisiológica. Já a elevação da bilirrubina direta indica a diminuição da secreção biliar por doença hepatocelular ou biliar e necessita de exploração clínica urgente. Dentre as causas da icterícia patológica em crianças, a atresia biliar (AB) é a principal delas. (BEZERRA, 2010)

A AB se manifesta nas primeiras semanas de vida e é caracterizada por rápida fibrose e obliteração do trato biliar que destrói o seu epitélio, interrompendo o fluxo e promovendo uma obstrução fibrótica dos ductos extra-hepáticos, desencadeando colestase, fibrose progressiva e por último cirrose. (BALISTRERI, 1996). Essa doença é a causa de 50% das indicações de transplante hepático na infância (QUEIROZ, 2014). Apresenta distribuição universal, com incidência variável nas diferentes regiões do mundo e estima-se que 1 em cada 10.000 nascidos vivos desenvolvam-na. (FERREIRA, 2003).

A etiologia ainda não é muito bem definida. Estudos indicam que infecções (citomegalovírus, Epstein-bar, rubéola), agentes tóxicos e insultos metabólicos (citocinas, isquemia) combinados a imunossusceptibilidade estão associados. (BALISTRERI, 1996).

O quadro clínico caracteriza-se por: colestase persistente por até 1 a 2 meses, icterícia, acolia fecal, colúria e hepatomegalia. Do ponto de vista laboratorial, ocorre elevação da bilirrubina total, com predomínio da bilirrubina direta ou conjugada; elevação dos ácidos biliares e elevação das aminotransferases e fosfatase alcalina. Geralmente, estes neonatos nascem a termo, com peso normal, e sem alterações no desenvolvimento e no crescimento no período pós-natal imediato. (CARVALHO, 2012).

O diagnóstico deve ser considerado em todos os neonatos com icterícia por aumento de bilirrubina não conjugada com mais de 14 dias de vida e pode ser obtido por: quadro clínico e laboratorial sugestivos, histopatologia hepática sugestiva de obstrução biliar, biopsia do fígado, cintilografia hepatobiliar e

colangiografia exploratória, que mostra a obstrução do ducto biliar extra-hepático. (CARVALHO, 2012).

O tratamento cirúrgico - Hepatoportoenterostomia ou cirurgia de Kassai - consegue restaurar o fluxo biliar em 70 a 80% das crianças tratadas com menos de 60 dias de vida. A partir desse período, o benefício da cirurgia decai gradualmente, sendo de 40 a 50% entre 60 e 90 dias de vida, 25% entre 91 e 120 dias e por fim, 25% naqueles com mais de 120 dias (QUEIROZ,2014).

O transplante de fígado é realizado em pacientes que falharam a cirurgia primária de Kassai, dentro de 12 a 14 meses após o procedimento, e se manifesta com progressão hepatocelular descompensada, falha no crescimento, disfunção de síntese hepática, coagulopatia e hipertensão portal com hemorragia intestinal recorrente ou hiperesplenismo. (BEZERRA, 2010).

É necessário ressaltar que há poucos doadores de fígado compatíveis com o tamanho dos neonatos, além de ser o tratamento mais caro. Podendo ser postergado ou evitado se os pacientes forem diagnosticados até cerca de 60 dias de vida, ainda sem complicações da cirrose e da hipertensão portal, e com isso puderem ser submetidos à portoenterostomia (CARVALHO, 2012).

Caso a criança não realize nenhum tratamento, a cirrose se desenvolve dentro de 3 a 6 meses e evolui para morte por falência hepática, geralmente até os 2 anos de idade (CARVALHO, 2007).

O diagnóstico precoce e o encaminhamento dos pacientes para realização de portoenterostomia em tempo adequado (até 60 dias de vida), é um desafio em todo o mundo, embora, em países desenvolvidos, a média da realização cirúrgica já seja de aproximadamente 60 dias. No Brasil, o atraso é um problema a ser resolvido em nível nacional, tendo em vista que a média da idade de realização da portoenteroscopia é de $82,6 \pm 32,8$ dias (CARVALHO, 2010). Apenas (26,3%) dos pacientes foram operados com idade igual ou menor que 60 dias de vida. Comparando as regiões brasileiras, as crianças das regiões Nordeste e Norte foram operadas mais tardiamente [92,3 ($\pm 36,1$) e 102,2 ($\pm 36,4$) dias, respectivamente] do que as crianças das regiões Centro-Oeste [84,9 ($\pm 29,9$) dias], Sul [80,8 ($\pm 36,6$) dias] e Sudeste [79,5 ($\pm 25,4$) dias] (CARVALHO, 2010).

Neste contexto, a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Grupo de Estudos em Hepatologia Pediátrica (GEHPed) lançaram a campanha nacional

"Alerta Amarelo" (ANEXO 1) com o objetivo de aumentar a conscientização da comunidade através da incorporação de um cartão colorido com graduação de cores das fezes (ANEXO 2) na Caderneta de Saúde da Criança entregue pelo Ministério aos pais de cada recém-nascido. Além de chamar a atenção dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e seguimento adequados da colestase neonatal (CARVALHO, 2010).

Apesar da ampla divulgação da Campanha, o país ainda apresenta atraso na realização do tratamento, diferentemente do que ocorreu outros países, como Japão, China, França e Inglaterra (CARVALHO, 2010; QUEIROZ, 2013). As razões para esses atrasos estão possivelmente relacionadas com aspectos como conhecimento sobre a doença na comunidade, reconhecimento da doença por profissionais de saúde de atenção básica e acesso a atendimento especializado. Pode refletir, ainda, a dificuldade de acesso aos centros de referência ou a falta de suspeição do diagnóstico pelos pais e pelos serviços de pediatria não especializados (CARVALHO, 2010).

A segunda área que requer melhorias está relacionada ao uso de transplante hepático para aumentar a sobrevida quando a criança desenvolve doença hepática avançada. Nos centros que participaram do estudo, a sobrevida de crianças tratadas com portoenterostomia e, mais tarde, com transplante hepático aumentou nos anos 2000 para 77,6%. Apesar desse sucesso, apenas 46,6% dos pacientes foram submetidos a transplante hepático. A resposta simples para esse problema é aumentar o acesso de crianças com doença hepática progressiva a centros de transplante hepático. Embora seja simples, essa solução é altamente dependente de uma expansão no número de centros de transplante acreditados, de um suporte aos custos relacionados a transplante e de um seguimento adequado. Para se tornar uma realidade, esses fatores devem passar a ser prioridades na área da pediatria e na sociedade como um todo. (CARVALHO, 2010)

Esse estudo visa quantificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde do Distrito Federal referente ao conhecimento do programa Alerta Amarelo e ao diagnóstico e seguimento adequado da colestase neonatal. Além disso, avaliar se existem dificuldades para o encaminhamento dos pacientes portadores de colestase neonatal, ao serviço de referência de Gastroenterologia/Hepatologia do Hospital de Criança de Brasília. A partir da

pesquisa realizada, objetiva-se direcionar novas estratégias de divulgação do programa Alerta Amarelo por meio da elaboração de um folheto explicativo, orientando a conduta e os centros de referência. Por fim, reavaliar o impacto desta conduta após um ano destas ações.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal. A fim de alcançar os objetivos foi elaborado um instrumento específico para a presente pesquisa, sendo este submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Foi realizada uma busca ativa, nas Unidades de Saúde da SES-DF, por profissionais para responder o questionário. Para a participação no estudo era necessário que os participantes fossem médicos (as) ou enfermeiros (as). Também foi exigido que os profissionais exercessem suas atividades na área pediatria como especialistas ou residentes. Foram excluídos apenas os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa, após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram entrevistados 205 profissionais, sendo 93 pediatras, 69 residentes e 43 enfermeiros. A aplicação do instrumento foi realizada em todas as regionais de saúde da rede SES-DF, incluindo: Regional Centro Sul (Hospital Materno Infantil de Brasília; Hospital de Base do Distrito Federal e Hospital Regional do Guará), Centro Norte (Hospital Regional da Asa Norte; Centros de Saúde de Brasília números 11, 12 e 13; Hospital Universitário de Brasília), Leste (Hospital Regional do Paranoá mais um Centro de Saúde do Paranoá), Norte (Hospital Regional de Sobradinho e Hospital Regional de Planaltina mais dois centros de saúde de Planaltina), Sudoeste (Hospital Regional de Taguatinga), Oeste (Hospital Regional da Ceilândia e Hospital Regional de Brazlândia), Sul (Hospital Regional do Gama e Hospital Regional de Santa Maria).

O questionário (Anexo 3) é composto de 15 questões fechadas e teve como objetivos analisar o conhecimento do profissional de saúde referente ao programa Alerta Amarelo e sua conduta na colestase neonatal. Para tanto, questiona: se o profissional avalia a cor das fezes e da urina de um recém-

nascido; se tem conhecimento e utiliza a cartela colorimétrica das fezes da caderneta de saúde da criança; se sabe classificar as fezes em coradas, hipocólicas (indeterminadas) e acólicas; se acha necessário que o gastroenterologista avalie o recém-nascido icterício; se sabe o que é colestase neonatal ou icterícia colestática; se sabe o que é Atresia Biliar; se conhece a campanha do Alerta Amarelo; se sabe identificar quando a icterícia pode ser fisiológica; se solicita exames e orienta condutas adequadas a um recém-nascido icterício e se sabe identificar quando a icterícia é associada ao aleitamento materno ou decorrente de hemólise ou de colestase.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e a sua análise consistiu em calcular, pelo programa Microsoft Excel 2007, a porcentagem dos profissionais que conheciam a campanha do alerta amarelo, bem como a realização do diagnóstico e do segmento nos pacientes com colestase neonatal, e também comparar o conhecimento entre as diferentes classes profissionais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada foi constituída de 93 pediatras, 43 residentes em pediatria, e 69 enfermeiros da área de pediatria, totalizando 205 profissionais. Dentre eles, 93 (45,37%) médicos pediatras, 69 (33,66%) enfermeiros e 43 (20,98%) residentes, ambos da área de pediatria. A maioria (41,86%) dos residentes estavam no primeiro ano (R1), conforme a Tabela 1.

Tabela 1: porcentagem de residentes por ano.

ANO DA RESIDÊNCIA		
Ano de residência	nº	%
R1	18	41,86%
R2	14	32,56%
R3	7	16,28%
R4	4	9,30%
Total	43	100%

Todas as regionais de saúde do DF foram incluídas no estudo, sendo na Regional Centro-sul, onde foram obtidos o maior número de entrevistados,

com 52 participantes, o que equivale a 25,37% do total. A Tabela 2 apresenta a quantidade de entrevistados em cada regional.

Tabela 2: número de entrevistas realizadas por regional.

REGIONAIS		
Regional	nº	%
Centro-sul(HMIB/HBDF/HRGA)	52	25,37%
Sul (HRG/HRSM)	19	9,27%
Leste (HRPA/CS1)	25	12,20%
Centro-norte (HRAN/HUB/CS9/11/12/13)	30	14,63%
Norte (HRPL/HRS/CSPL1/2/4)	22	10,73%
Sudoeste (HRT)	30	14,63%
Oeste (HRC/HRBZ)	27	13,17%
Total	205	100%

Dos entrevistados, tem-se que 79,02% declararam que sabiam o que é colestase neonatal, 0,98% não sabiam e 19,02% demonstraram dúvida quanto ao assunto. Dentre os profissionais que mais demonstraram dúvida foram os enfermeiros, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Questão A – Você sabe o que é colestase neonatal ou icterícia colestática?

Profissão	% POR PROFISSÃO						Branco
	Não	%	Sim	%	Sim, mas tenho dúvida	%	
Médico	1	1,08%	87	93,55%	5	5,38%	0
Enfermeiro	1	1,45%	39	56,52%	27	39,13%	2
Residente	0	0,00%	36	83,72%	7	16,28%	0
Total	2	0,98%	162	79,02%	39	19,02%	2

A colestase neonatal é uma condição frequente que se caracteriza pela elevação de bilirrubina direta, acolia fecal e colúria. Resulta da redução da produção de ácidos biliares ou de obstrução que impede sua excreção, ocorrendo nos ductos intra ou extra-hepáticos ou em ambos. Entre suas causas, as de maior prevalência são AB e hepatite neonatal (BARRETO, 2004).

Na presente pesquisa, demonstrou-se que ainda há desinformação, principalmente por parte dos enfermeiros, apenas 56,52% disseram que sabem

o que é, o que certamente determina o encaminhamento tardio da criança aos centros de referência especializados. Adiciona-se que apesar de 72,02% do total de profissionais afirmarem saber o que é colestase neonatal, muitos não souberam caracterizá-la adequadamente. Conforme a tabela 4, apenas 47 profissionais (22,93%) classificaram-na como aumento da bilirrubina direta, colúria e acolia fecal, sendo que deles 35 (37,63%) eram médicos, e apenas 1,45% enfermeiros.

Tabela 4: Questão N – A icterícia decorrente de colestase caracteriza-se por:

% POR PROFISSÃO														
Profissão	Aumento da bilirrubina direta		Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados		Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais		Colúria		Acolia fecal		Aumento da bilirrubina Direta e Acolia Fecal		Aumento da bilirrubina direta, Colúria e Acolia fecal	
		%		%		%		%		%		%		%
Médico	46	49,46%		0,00%		0,00%		0,00%	2	2,15%	4	4,30%	35	37,63%
Enfermeiro	17	24,64%	10	14,49%	5	7,25%	8	11,59%	13	18,84%	2	2,90%	1	1,45%
Residente	27	62,79%		0,00%	3	6,98%		0,00%		0,00%	0	0,00%	11	25,58%
Total	90	43,90%	10	4,88%	8	3,90%	8	3,90%	15	7,32%	6	2,93%	47	22,93%

Em relação ao conceito de Atresia Biliar mais de 80% informaram que sabiam o significado, dentre os que responderam que não, 5 foram enfermeiros e 1 médico, totalizando 2,93% dos entrevistados. Dos 32 que responderam “sim, mas tenho dúvidas” (15,61%) , 25 eram enfermeiros (36,23%).

A AB deve ser considerada uma emergência cirúrgica neonatal, pois a intervenção precoce altera a sobrevida dos pacientes, tendo em vista, que o diagnóstico tardio se relaciona à necessidade de transplante hepático ou morte nos primeiros 3 anos de vida (CARVALHO, 2010). Neste estudo um percentual considerável dos entrevistados afirmou não saber definir esta entidade adequadamente, o que traduz desinformação acerca das patologias que fazem parte do diagnóstico diferencial da colestase, determinando sérias consequências para o prognóstico dessas crianças.

Quando interrogados se a icterícia pode ser fisiológica em um lactente icterício de 15 dias de vida, as respostas foram divididas, sendo que 32,20% declararam que não e que 23,90% e 18,05% disseram que sim desde que a criança esteja ganhando peso ou desde que as fezes estejam coradas,

respectivamente. Sobre a caracterização da icterícia fisiológica, 139 profissionais, ou seja 67,80%, acertaram a resposta ao afirmarem que a icterícia fisiológica é caracterizada por aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais. Entre os enfermeiros, acertaram (36,23%) e erraram a resposta (59,13%).

A Icterícia fisiológica no recém-nascido (RN) define-se como a coloração amarela da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina indireta nos primeiros 15 dias de vida. Manifesta-se 48 a 72 horas após o nascimento, e o nível sérico de bilirrubina atinge um pico de 4 a 12 mg/dl em torno do 3º ao 5º dia após o nascimento. Em média, o nível de bilirrubina aumenta menos de 5mg/dl/dia, comumente desaparece ao final do 7º dia (BARRETO, 2004). A maioria dos profissionais disseram que poderia ter icterícia fisiológica por mais de 15 dias de vida, demonstrando um alto desconhecimento no assunto. Além disso, apenas 36,23% dos enfermeiros souberam classificar e 14 % dos médicos não o souberam.

Em relação a caracterização da icterícia associada ao aleitamento materno a maioria dos entrevistados (64,88%) informou corretamente que essa icterícia está relacionada ao aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais. Quando questionados sobre a icterícia decorrente de hemólise, 74,63% dos profissionais também acertaram a resposta ao declarar que ela é caracterizada por aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados.

Ao questionar em que situações o profissional avaliava as fezes de um recém-nascido ou lactente, 73,17% dos entrevistados informaram que sempre avaliavam. Porém, quando perguntado a respeito da utilização da cartela de colorimetria das fezes presente na caderneta de saúde da criança apenas 4,39% dos profissionais a utilizam tanto para esclarecimento dos pais quanto para tirar dúvida pessoal. Além disso, 76 profissionais (37,07%) declararam não ter conhecimento desta cartela, como apresentado na Tabela 5.

Tabela 5: Questão D – Você utiliza a cartela colorimétrica das fezes da cardeneta da criança?

% POR PROFISSÃO											
Profissão	Não tenho conhecimento desta cartela de coloração das fezes		Não, pois ainda não foi necessário		Sim, para esclarecer os pais		Sim, para tirar minhas dúvidas quanto a coloração das fezes do paciente		Sim, para esclarecer os pais e Sim, para tirar minhas dúvidas quanto a coloração das fezes do paciente		Branco
		%		%		%		%		%	
Médico	27	29,03%	28	30,11%	26	27,96%	6	6,45%	5	5,38%	1
Enfermeiro	44	63,77%	13	18,84%	8	11,59%	2	2,90%	2	2,90%	0
Residente	5	11,63%	13	30,23%	19	44,19%	4	9,30%	2	4,65%	0
Total	76	37,07%	54	26,34%	53	25,85%	12	5,85%	9	4,39%	1

Ao comparar a questão D entre as regionais, percebe-se que 44,44% dos profissionais da Região Oeste não tem conhecimento sobre a cartela de coloração das fezes, sendo esta a região com maior percentual, como pode ser demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6: Questão D por Regionais

% POR REGIONAL											
Regional	Não tenho conhecimento desta cartela de coloração das fezes		Não, pois ainda não foi necessário		Sim, para esclarecer os pais		Sim, para tirar minhas dúvidas quanto a coloração das fezes do paciente		Sim, para esclarecer os pais e Sim, para tirar minhas dúvidas quanto a coloração das fezes do paciente		Branco
		%		%		%		%		%	
Centro-sul(HMIB/HBI)	20	38,46%	16	30,77%	9	17,31%	3	5,77%	4	7,69%	1
Sul (HRG/HRSM)	6	31,58%	8	42,11%	5	26,32%	0	0,00%	0	0,00%	0
Leste (HRPA/CS1)	10	40,00%	5	20,00%	8	32,00%	1	4,00%	1	4,00%	0
Centro-norte (HRAN)	11	36,67%	5	16,67%	11	36,67%	1	3,33%	2	6,67%	0
Norte (HRPL/HRS/C)	7	31,82%	5	22,73%	7	31,82%	1	4,55%	1	4,55%	0
Sudoeste (HRT)	10	33,33%	11	36,67%	6	20,00%	3	10,00%	0	0,00%	0
Oeste (HRC/HRBZ)	12	44,44%	4	14,81%	7	25,93%	3	11,11%	1	3,70%	0
Total	76	37,07%	54	26,34%	53	25,85%	12	5,85%	9	4,39%	1

Por fim, ao serem indagados sobre a classificação da coloração das fezes, 91,22% dos entrevistados responderam corretamente quais eram as fezes acólicas; 84,88% classificaram assertivamente as fezes coradas e 80% as hipocólicas.

Chama atenção que um percentual ainda elevado de profissionais da área de pediatria (37%) ainda não realiza a avaliação da coloração das fezes de um recém-nascido. Além disso, apenas (4,39%) utilizam a cartela colométrica das fezes da caderneta de saúde da criança para esclarecimento e orientação dos pais e ou para retirar duvidas pessoais, demonstrando uma

avaliação muitas vezes ineficiente, conforme demonstrado pelo percentual considerável dos profissionais que não responderam corretamente a classificação da coloração das fezes. Adiciona-se que o desconhecimento da cartela ainda é muito grande, 37% dos profissionais, demonstrando que a divulgação do Alerta Amarelo deve ocorrer de forma mais incisiva.

A acolia fecal é um fator bastante relevante para o diagnóstico da icterícia colestática e tem início mais precoce, em média aos 16 dias, nas crianças com AB e por volta de 30 dias no caso dos pacientes com patologias intra-hepáticas (BARRETO,2004). Observa-se, portanto, que a necessidade e importância da observação do aspecto das fezes na criança ainda não está adequadamente incorporada pelo pediatra geral.

Quanto ao conhecimento da Campanha do Alerta Amarelo, a maioria dos entrevistados nega conhecimento (49,27%), conforme demonstrado na Tabela 7. Apenas 65 (31,71%) dos participantes informam conhecê-la plenamente. Chama atenção, o maior percentual de desconhecimento dos enfermeiros (73,91%) e dos residentes em pediatria (53,49%).

Tabela 7: Questão E – Você conhece a campanha do Alerta Amarelo?

Profissão	% POR PROFISSÃO						
	Não	%	Sim	%	Sim, mas superficialmente	%	Branco
Médico	27	29,03%	50	53,76%	14	15,05%	2
Enfermeiro	51	73,91%	4	5,80%	14	20,29%	0
Residente	23	53,49%	11	25,58%	9	20,93%	0
Total	101	49,27%	65	31,71%	37	18,05%	2

Quando analisado por Regional, a falta de conhecimento a respeito da campanha é maior na Regional Sudeste (59,26%) e menor na Regional Leste (40%), conforme a tabela 8.

Tabela 8: Questão E – Quanto as regionais

Profissão	% POR REGIONAL						
	Não	%	Sim	%	Sim, mas superficialmente	%	Branco
Centro-sul(HMIB/HBI)	22	42,31%	17	32,69%	13	25,00%	
Sul (HRG/HRSM)	11	57,89%	4	21,05%	3	15,79%	1
Leste (HRPA/CS1)	10	40,00%	12	48,00%	3	12,00%	
Centro-norte (HRAN)	16	53,33%	9	30,00%	5	16,67%	
Norte (HRPL/HRS/CS)	11	50,00%	6	27,27%	5	22,73%	
Sudoeste (HRT)	15	50,00%	10	33,33%	5	16,67%	
Oeste (HRC/HRBZ)	16	59,26%	8	29,63%	3	11,11%	
Total	101	49,27%	66	32,20%	37	18,05%	

A divulgação maciça da campanha do alerta amarelo entre os profissionais de saúde da área de pediatria e pais é muito importante para investigação diagnóstica e encaminhamento adequados das crianças com AB, a fim de que se realize a intervenção terapêutica indicada com menos de 60 dias de vida. (CARVALHO, 2010). Recomenda-se, para tanto, educação continuada sobre o tema para estes profissionais, além da ampliação das atividades educativas para estudantes, residentes e outros profissionais da saúde que assistem a criança de baixa idade. Além disso, há a necessidade de criação de um centro de referência e o repasse adequado das informações aos profissionais que se encontram em intensa rotatividade (BARRETO, 2004).

Um estudo recentemente apresentado no Hospital da Criança de Brasília (HCB) – Atresia Biliar: situação atual e impacto da campanha do Alerta Amarelo no DF – demonstrou que no Distrito Federal, comparando o prontuário de pacientes com AB do HCB, de 2002 a 2008 – período anterior à campanha - com os de 2009 a 2015 - período pós campanha -, o tempo para realização da cirurgia de Kassai passou de 90,6 para apenas 83,7 dias após a divulgação da campanha. Demonstra, portanto que o alerta amarelo necessita de ampla divulgação para ser mais bem aproveitado como instrumento de capacitação dos profissionais, visando o diagnóstico precoce da colestase neonatal. Além disso, é de suma importância a criação de um centro de referência no assunto.

Questionados sobre a necessidade de solicitar exames para criança de 20 dias de vida que persiste com icterícia, a maioria dos médicos (76,34%), ou seja, 71 médicos de 93, responderam que deve solicitar exames independente de outros sinais e sintomas. Contudo, ainda há uma quantidade considerável

de profissionais que não o fariam implicando sérias consequências para o prognóstico dessas crianças.

Em relação a orientação para um paciente com 25 dias de vida, icterico e com bom estado geral, a maioria respondeu que indicaria realização de exames, porém é possível notar que a maioria dos enfermeiros (50,72%) optou pela indicação do banho de sol, conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9: Questão H – Se o paciente estiver com 25 dias de vida, em bom estado geral, você orienta:

% POR PROFISSÃO

Profissão	Banho de sol		Chá de picão		Fototerapia		Suspensão do aleitamento materno		Realização de exames	
		%		%		%		%		%
Médico	7	7,53%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	72	77,42%
Enfermeiro	35	50,72%	1	1,45%	3	4,35%	1	1,45%	14	20,29%
Residente	12	27,91%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,33%	25	58,14%
Total	54	26,34%	1	0,49%	3	1,46%	2	0,98%	111	54,15%

A campanha nacional do alerta amarelo, recomenda que todo recém-nascido que persista com icterícia com mais de 14 dias, ou que apresente acolia deve ser investigado. (CARVALHO, 2010). A sequência adequada, na avaliação do neonato com colestase, consiste em reconhecer a icterícia prolongada por mais de 10 dias, verificar se a hiperbilirrubinemia ocorre à custa do predomínio da bilirrubina direta, excluir as causas tratáveis de colestase, realizar ultrassonografia, encaminhar o paciente ao centro de referência e realizar biópsia hepática, para diferenciar a atresia biliar de outras causas de colestase intra-hepática. (BARRETO, 2004)

Na presente pesquisa, os enfermeiros demonstraram ser o grupo que mais tem dúvidas quanto ao conhecimento da colestase neonatal, da atresia biliar, e da caracterização da icterícia fisiológica e colestática. Além disso, são os que mais demonstraram desconhecimento da campanha do Alerta Amarelo (73,91%). Estes dados indicam uma falta de preparo e conhecimento por estes profissionais que são a porta de entrada ao atendimento destes pacientes.

Analisando as repercussões sobre icterícia neonatal, observa-se a frequência com que essa patologia aparece nos recém-nascidos e a importância do enfermeiro no cuidado a esse recém-nascido, visto que o

enfermeiro está mais próximo à criança e à família e tem um importante papel de orientador (MURAKAMI, 2011). Existe uma precariedade de produções científicas voltadas para assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia neonatal, sendo essencial que haja o desenvolvimento de estudos com este enfoque, além de uma maior divulgação da Campanha do Alerta Amarelo neste grupo (ARAUJO, 2014).

Em relação a necessidade da avaliação de um Gastroenterologista para um neonato icterício, de mais de 15 dias de vida, 68 profissionais afirmaram que há necessidade de encaminhamento apenas se houver acolia fecal e/ou colúria; 40 ainda responderam que sim, no caso de suspeita de atresia biliar. Apenas 32 (15,61%) afirmam a necessidade de especialista nesse caso, independente de outros sinais ou sintomas, conforme a tabela 10.

Tabela 10: Questão I – Acha necessário que o gastroenterologista avalie o neonato icterício com mais de 15 dias de vida?

% POR PROFISSÃO

Profissão	Não		Sim, sempre		Sim, se houver acolia fecal e/ou colúria		Sim, caso suspeita de atresia biliar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	11	11,83%	14	15,05%	27	29,03%	22	23,66%
Enfermeiro	11	15,94%	14	20,29%	22	31,88%	7	10,14%
Residente	3	6,98%	4	9,30%	19	44,19%	11	25,58%
Total	25	12,20%	32	15,61%	68	33,17%	40	19,51%

O pediatra é o primeiro profissional a identificar a icterícia no recém-nascido ou lactente jovem e deve ter competência para estabelecer o diagnóstico diferencial desta síndrome e encaminhar os pacientes de forma adequada aos serviços especializados, favorecendo um melhor prognóstico para as crianças portadoras dessa patologia. A interlocução entre o pediatra e o hepatologista é imprescindível para que estas etapas sejam cumpridas num

espaço de tempo adequado para definir a terapêutica em cada caso. (BARRETO,2004)

A pesquisa indicou uma falta de padronização quanto a conduta a ser adotada entre os profissionais quanto ao encaminhamento dos neonatos, demonstrando a alta rotatividade de profissionais de saúde associados a falta de um centro de referência no assunto, além da baixa amplitude atingida pelo programa alerta amarelo,

Ao questionar sobre o encaminhamento do paciente para serviços especializados tanto do Hospital da Criança de Brasília (HCB) quanto do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), 29 médicos (31,18%) afirmaram ter dificuldade para realizar o encaminhamento para HCB e 26 (27,96%) para o HBDF. Sendo que número semelhante de pediatras declara nunca ter encaminhado um paciente. Observa-se, portanto, que a dificuldade de encaminhamento dos neonatos aos serviços especializados é, também, um dos fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio da AB.

4. CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que o conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e seguimento adequado da icterícia colestática ainda é falho e sua importância ainda não foi sistematizada. A necessidade de investigação laboratorial em ictericos com mais de 15 dias de vida e a importância da observação do aspecto das fezes na criança ainda não estão adequadamente incorporados pelo pediatra geral. Ressalta-se, ainda, o desconhecimento acentuado dos enfermeiros sobre icterícia fisiológica e icterícia colestática, os quais são a porta de entrada ao atendimento destes pacientes e os principais orientadores dos pais.

Apesar da ampla divulgação da Campanha, o país ainda apresenta atraso na realização do tratamento. A pesquisa demonstrou que as razões para este atraso incluem o baixo conhecimento sobre a AB e a Campanha do Alerta amarelo pelos profissionais de saúde; orientação ineficiente aos pais em relação a importância da observação das fezes do recém-nascido; dificuldade

de acesso a atendimento especializado e falta de encaminhamento adequado dos profissionais a eles.

A participação nesta pesquisa pode direcionar novas estratégias de divulgação do alerta amarelo e de capacitação dos profissionais de saúde no diagnóstico de colestase neonatal. A partir dela, foi elaborado um folheto explicativo (ANEXO 4), a ser distribuído em todas as regionais do Distrito Federal que possibilitará, posteriormente, a reavaliação deste impacto. O folder tem como objetivo melhor orientar a conduta dos profissionais de saúde quanto a icterícia colestática, enfatizando que todo recém-nascido icterício com mais de 15 dias de vida deve ser investigado urgentemente e encaminhado ao centro de referência (Hospital da Criança de Brasília nas quartas feiras pela manhã) caso apresente elevação dos níveis de bilirrubina direta e ou acolia fecal.

A segunda área que requer melhorias está relacionada ao uso de transplante hepático, necessita-se aumentar o acesso de crianças com doença hepática progressiva a centros de transplante hepático, o que depende de uma expansão no número de centros de transplante acreditados, de um suporte aos custos relacionados a transplante e de um seguimento adequado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALISTRERI, Willian F. *et al.* Biliary atresia: current concepts and research directions. Summary of a symposium. *Hepatology*, Boston, v. 23, nº. 6, p 1682-1692, june.1996

BEZERRA, Jorge. Biliary atresia in Brazil: where we are and where we are going. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.86, nº.6, p. 445 - 447. 2010

CARVALHO, Elisa *et al.* Biliary atresia: the Brazilian experience. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 86, nº.6, p. 473 – 479, nov-dec. 2010

CARVALHO, Elisa; BEZERRA, Cláudia; SANTOS, L. Advances in biliary atresia: from patient care to research. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v.43, n. 6, p. 522 – 599. 2010

CARVALHO, Elisa *et al.* **Hepatologia em Pediatria**. Baueri, São Paulo: Manole, 2012.

CARVALHO, Elisa; IVANTES, Cláudia; BEZERRA, Jorge. Extrahepatic biliary atresia: current concepts and future directions. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n.2, p. 105 – 120. 2007

FERREIRA, Cristina *et al.* Biliary atresia: diagnostic methods. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 375. 2003

QUEIROZ, Thais. *et al.* Yellow alert: icterus after two weeks of life is equal of medical evaluation. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, v. 23, p. 20 – 26. 2013

QUEIROZ, Thais. *et al.* Biliary atresia: evaluation on two disinct periods at a reference pediatric service. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v.51, n.1, p.53-58. Mar, 2014.

BARRETO, Junaura R. *et al.* The pediatrician's knowledge on neonatal cholestasis. *Pediatria Moderna*, São Paulo. 2004

CARVALHO, Elisa; WANDER, Rafaela. Atresia Biliar: situação atual e impacto da campanha do Alerta Amarelo no DF. Apresentado no Hospital Da Criança de Brasília. 2016

ARAUJO, Ingrid; OLIVEIRA, Loíssy; SANTOS, Tatiana. *et al.* Nursing care of the newborns with neonatal jaundice: an integrative review. *Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina*, v. 4, n. 1, p 120 -124. 2014

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei. Importance of interpersonal relationship of the nurse with the family of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, V. 64, n. 2. 2011

6. Anexos

6.1 Anexo 1



ALERTA AMARELO

O aumento da bilirrubina direta (colestase) representa a presença de doença hepatocelular ou biliar e necessita exploração clínica urgente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado influem decisivamente na sobrevida e na qualidade de vida de muitos pacientes, como nos portadores de atresia biliar e alguns erros inatos do metabolismo.

A atresia biliar é a principal causa de transplante hepático em crianças e, se não tratada, é fatal em 100% dos casos. A cirurgia de Kasai (portoenterostomia) é a única alternativa para evitar o transplante hepático, tendo melhores resultados se realizada precocemente. No Brasil, o encaminhamento tardio destes pacientes é um importante problema. Medidas simples, como as descritas a seguir, podem facilitar o diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico destas crianças:

- O recém-nascido que persistir com icterícia com idade igual ou maior que 14 dias deve ser avaliado do ponto de vista clínico (global e coloração das fezes e urina) e laboratorial (bilirrubinas).
- Se as fezes foram "suspeitas" ou a criança apresentar aumento de bilirrubina direta, encaminhar o paciente para serviços especializados.



A COLESTASE NEONATAL É UMA URGÊNCIA EM PEDIATRIA!

Departamento Científico de
Gastroenterologia Pediátrica
SBP



6.2 Anexo 2

CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA

Sinais de perigo

Os sinais de perigo variam com a idade e indicam que a criança pode estar com uma doença grave.

Crianças com menos de 2 meses

Se a criança tiver menos de 2 meses de idade, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Está muito "molinha" e "caidinha" – movimentando-se menos que o normal.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.
- Dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar.
- Vomita tudo o que ingere.
- Umbigo com vermelhidão ao redor ou com secreção malcheirosa.
- Temperatura do corpo baixa, menor ou igual a 35,5°C.
- Febre – temperatura maior ou igual a 37,8°C.
- Pus saindo da orelha.
- Cor amarelada da pele (icterícia), atingindo os braços e as pernas do bebê.
- Cor amarelada da pele em crianças com mais de 2 semanas.
- Urina escura.
- Fezes claras. Observe a cor das fezes da criança usando a escala de cores abaixo. Se a cor das fezes for suspeita, procure com urgência o serviço de saúde.



Fezes normais



Fezes suspeitas

6.3 Anexo 3

PESQUISA: Avaliação do Conhecimento de Profissionais da Saúde quanto à Campanha do Alerta Amarelo e Conduta na Colestase Neonatal

I. Identificação do entrevistado

Idade: _____ Sexo: masculino () feminino ()
Profissão: _____ Tempo de formado (em anos): _____
Área de atuação: _____. Se residente, especifique o ano: _____
Local de Trabalho: _____

II. Questionário (Atenção: Mais de uma resposta pode ser marcada)

- A. Você sabe o que é colestase neonatal ou icterícia colestática?
() Não () Sim () Sim, mas tenho dúvidas.
- B. Você sabe o que é Atresia Biliar?
() Não () Sim () Sim, mas tenho dúvidas.
- C. Você avalia a coloração das fezes de um recém-nascido ou lactente?
() Não
() Sim, quando Ictérico
() Sim, em outras situações especiais
() Sim, sempre avalio a coloração das fezes e da urina do recém-nascido ou lactente
- D. Você utiliza a cartela colorimétrica das fezes da caderneta da criança?
() Não tenho conhecimento desta cartela de coloração das fezes.
() Não, pois ainda não foi necessário.
() Sim, para esclarecer os pais.
() Sim, para tirar minhas dúvidas quanto a coloração das fezes do paciente.
- E. Você conhece a campanha do Alerta Amarelo?
() Não
() Sim
() Sim, mas superficialmente
- F. Se um lactente de 15 dias de vida encontra-se icterício, a icterícia pode ser fisiológica?
() Não.
() Sim, desde que a criança esteja ganhando peso de modo satisfatório.
() Sim, desde que as fezes estejam coradas.
() Sim, desde que a urina não esteja escura.
- G. Se a criança persiste com icterícia com 20 dias de vida, você solicita exames?
() Não, se ela estiver com exame clínico normal e bom ganho de peso.
() Sim, independentemente de outros sinais ou sintomas
() Sim, se houver acolia fecal e/ou colúria.
- H. Se o paciente estiver com 25 dias de vida, em bom estado geral, você orienta:
() Banho do sol.
() Chá de picão
() Fototerapia.

- Suspensão do aleitamento materno.
- Realização de exames.

I. Acha necessário que o gastroenterologista avalie o Neonato Ictérico com mais de 15 dias de vida?

- Não
- Sim, sempre
- Sim, se houver acolia fecal e/ou colúria.
- Sim, caso suspeita de atresia biliar

J. Tem dificuldade de encaminhar o RN ou Lactente com icterícia para o serviço de Gastroenterologia Pediátrica do:

Hospital da Criança de Brasília

Hospital de Base do Distrito

Federal

- Não
- Não, pois faço contato prévio com colega médico
- Sim
- Nunca encaminhei
- Não se aplica

- Não
- Não, pois faço contato prévio com colega médico
- Sim
- Nunca encaminhei
- Não se aplica

K. A icterícia fisiológica caracteriza-se por:

- Aumento da bilirrubina direta.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais.
- Colúria
- Acolia fecal

L. A icterícia associada ao aleitamento materno caracteriza-se por:

- Aumento da bilirrubina direta.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais.
- Colúria
- Acolia fecal

M. A icterícia decorrente de hemólise caracteriza-se por:

- Aumento da bilirrubina direta.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados.
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais.
- Colúria
- Acolia fecal

N. A icterícia decorrente de colestase caracteriza-se por:

- Aumento da bilirrubina direta
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados
- Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais
- Colúria
- Acolia fecal

O. Classifique as fezes em coradas, hipocólicas e acólicas: (Atenção: Mais de uma letra pode ser marcada em cada classificação)

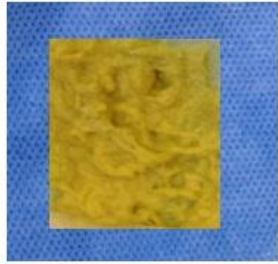
A

B

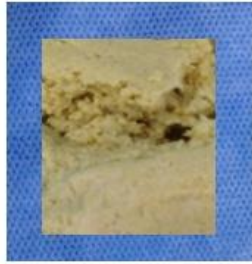
C



D



E



F



Fezes CORADAS
Letras:

Fezes HIPOCÓLICAS
Letras:

Fezes ACÓLICAS
Letras:

6.4 Anexo 4



ALERTA AMARELO

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DOENÇAS HEPÁTICAS EM RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES

Pais e Profissionais de Saúde

A icterícia em recém-nascidos é comum e, na maioria dos casos fisiológica, quando se associa ao aumento da bilirrubina indireta (BI). Entretanto, se for decorrente do aumento da bilirrubina direta (BD), traduz a presença de doenças do fígado ou das vias biliares e necessita exploração clínica urgente.

Como a icterícia é comum, este é um sinal muitas vezes pouco valorizado ou, mesmo, negligenciado, nos cuidados dos recém-nascidos e lactentes, o que atrasa o diagnóstico de doenças, nas quais a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente dependem do tratamento precoce. Assim, a campanha do Alerta Amarelo orienta que:



Se os exames demonstrarem aumento da bilirrubina direta, o paciente deverá ser encaminhado ao ambulatório de Hepatologia Pediátrica do Hospital da Criança de Brasília, com a solicitação de Parecer Especializado, nas quartas-feiras pela manhã. Enfatizamos que as consultas do "Alerta Amarelo" serão autorizadas para os pacientes portadores de aumento da bilirrubina direta.

- Avaliar a cor das fezes e da urina faz parte do exame físico da criança icterícia.
- Se a urina for escura (colúria) ou as fezes forem claras (hipocolia ou acolia fecal), devem ser solicitados exames de sangue (hemograma, bilirrubinas e reticulócitos), em qualquer idade do paciente. A cartela de cores das fezes ao lado define o que são fezes normais e as suspeitas esbranquiçadas.
- Se o bebê mantiver icterícia (amarelão) com idade igual ou maior que 14 dias de vida,



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL

