



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

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**ANA LUÍSA NEIVA MELO**

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

**BRASÍLIA-DF**

**2017**



**ANA LUÍSA NEIVA MELO**

**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**

**2017**

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

**Ana Luísa Neiva Melo – UniCEUB, PIBIC-CNPq, aluna bolsista**

*analuisa.nmelo@gmail.com*

**Elisa de Carvalho – UniCEUB, professora orientadora**

*elisacarvalho@terra.com.br*

## **I. RESUMO**

Esse estudo visa quantificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde da área de pediatria do Distrito Federal referente ao conhecimento do programa Alerta Amarelo e ao diagnóstico e seguimento adequado da colestase neonatal. Foi realizada a busca ativa destes profissionais nas Unidades de Saúde da SES-DF de todas as regionais para divulgação da campanha do alerta amarelo e, após esse período, aplicação de questionário. Foram incluídos 39 médicos, 14 enfermeiros e 31 residentes na área de pediatria, totalizando 84 profissionais. O mesmo questionário foi aplicado no período anterior à divulgação (2015-2016) em 205 profissionais, sendo 93 pediatras, 43 residentes e 69 enfermeiros. 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 seguimento nos pacientes com colestase neonatal. Por fim, foi realizada a comparação entre os dados obtidos no período anterior à divulgação da campanha (2015-2016) com os do período pós divulgação da campanha (2016 - 2017) com intuito de avaliar o impacto desta ação. Quanto ao conhecimento da Campanha do Alerta Amarelo, houve um grande avanço na porcentagem de profissionais que declararam conhecê-la quando comparado os dois períodos (49,76% no anterior e 70,24% no posterior). Apesar do grande avanço, a divulgação maciça da Campanha do Alerta Amarelo deve continuar, pois é um fator 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.

*Palavras-chave:* Atresia Biliar. Colestase neonatal. Alerta Amarelo.

## **II. SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
3. METODOLOGIA
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO
5. CONCLUSÃO
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA
7. ANEXOS

### **1. INTRODUÇÃO**

O aumento da bilirrubina direta em recém-nascidos e lactentes (colestase neonatal) representa a presença de doença hepatocelular ou biliar e necessita de exploração clínica urgente. A atresia biliar (AB), uma das principais causas de icterícia colestática em crianças, necessita de correção cirúrgica (portoenteroscopia). A idade do paciente por ocasião da cirurgia tem sido, comprovadamente, um importante fator prognóstico. Pacientes operados tardiamente apresentam pior prognóstico, ficando sujeitos ao transplante hepático ou vindo a falecer mais precocemente. Obtém-se o melhor resultado quando a cirurgia é realizada antes dos 60 dias de vida. (KIELING, 2008)

No Brasil, o diagnóstico de AB e encaminhamento tardios é um importante problema. A campanha do alerta amarelo foi criada com intuito de possibilitar o diagnóstico precoce das doenças hepáticas em lactentes. Orienta aos pais e profissionais de saúde que todo recém-nascido que mantém icterícia com idade igual ou superior a 14 dias de vida deve ser avaliado pelo profissional de saúde através do exame físico (avaliação da coloração das fezes e urina) e laboratorial (dosagem de bilirrubinas e reticulócitos). Uma vez confirmada a colestase, é necessário o encaminhamento urgente para um centro de referência em Gastroenterologia (QUEIROZ, 2013).

O diagnóstico precoce da AB influencia, portanto, decisivamente na sobrevivência dos pacientes. Por isso, a divulgação da importância da análise da cor das fezes e da dosagem de bilirrubinas, a partir de campanhas como alerta amarelo, é necessária e deve atingir não apenas os pais, mas também os profissionais da saúde. (HO, 2013)

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. Incluiu, ainda, divulgar a campanha do Alerta Amarelo por meio da elaboração e distribuição de folder explicativo aos profissionais de saúde da área de pediatria da rede SES-DF, orientando a conduta e os centros de referência. Por fim, a partir da divulgação, objetivou-se avaliar o impacto desta conduta, comparando os resultados do período pós-divulgação (2017) com os resultados da pesquisa já realizada no período anterior à divulgação (2015-2016).

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

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). Segundo 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 da Saúde 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. (KELLY, 2008)

### **3. 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).

A partir da pesquisa já realizada no período de 2015-2016, uma nova estratégia de divulgação da Campanha do Alerta Amarelo foi direcionada a partir da elaboração de um folder explicativo (ANEXO 3). O mesmo explicita aos pais e profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas da AB, bem como a importância da análise da coloração das fezes de um recém-nascido a partir da cartela colorimétrica das fezes. Além disso, orienta a conduta dos profissionais de saúde do Distrito Federal expondo que todo recém-nascido que permanece icterico com mais de 14 dias de vida deve ser investigado (exame físico e dosagem de bilirrubina e reticulócitos), e, caso a bilirrubina direta esteja elevada e/ou presente colúria e/ou acolia fecal, deve ser encaminhado ao ambulatório de hepatologia pediátrica do Hospital da Criança de Brasília, sem necessidade de marcação de consulta (porta aberta) às quartas feiras pela manhã.

Foi realizada uma busca ativa de profissionais da área da pediatria, nas Unidades de Saúde da SES-DF, primeiramente para distribuição do folder explicativo e divulgação da Campanha do Alerta Amarelo, e, após essas ações, para responder um questionário reavaliando o impacto desta conduta. 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.

A divulgação da campanha do Alerta Amarelo foi realizada no período de agosto de 2016 a maio de 2017 em todas as regionais da rede SES-DF, incluindo: Regional Centro Sul (Hospital Materno Infantil de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital da Criança de Brasília, centros de saúde da asa sul),



Centro Norte (Hospital Regional da Asa Norte, centros de saúde da asa norte), Leste (Hospital Regional 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). Foi feita a distribuição do folheto explicativo para profissionais da área de pediatria da rede SES-DF, além da explanação sobre a Campanha do Alerta Amarelo. Além disso, cartazes maiores do folder foram afixados nos murais destes locais - acima detalhados.

O questionário foi aplicado, após o período de divulgação da campanha (junho e julho de 2017). Abrangeu 84 profissionais no total, sendo 39 pediatras, 31 residentes em pediatria e 14 enfermeiros da área de pediatria. 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), Centro Norte (Hospital Regional da Asa Norte), Leste (Hospital Regional 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 ), Sul (Hospital Regional do Gama e Hospital Regional de Santa Maria).

O mesmo questionário foi aplicado no período de 2015-2016 (período anterior a divulgação da Campanha). Foram abrangidos, neste período, 93 pediatras, 43 residentes em pediatria, e 69 enfermeiros da área de pediatria, totalizando 205 profissionais. As regionais foram as mesmas, porém alguns locais a mais foram abordados (Hospital Regional do Guará, Centros de saúde 11, 12 e 13 da asa norte, Hospital Universitário de Brasília, Hospital Regional de Brazlândia e Hospital de Base do Distrito Federal).

O questionário (Anexo 4) é composto de 16 questões fechadas e duas discursivas 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 icterico; se encaminha o recém-nascido icterico de acordo com o

preconizado pela campanha; se tem dificuldade de encaminhamento do 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 e entre as diferentes regionais de saúde. Por fim, foi realizada a comparação entre os dados obtidos no período anterior a divulgação da campanha (2015-2016) com os do período pós divulgação da campanha (2017) com intuito de avaliar o impacto desta ação.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Quanto a população estudada**

Para facilitar o entendimento, os gráficos aqui apresentados na cor azul são do período anterior à divulgação da campanha do alerta amarelo (2015-2016) – doravante período A - e àqueles em verde, do período pós divulgação da campanha – doravante período B (2017).

No período A, a população estudada foi constituída de 93 pediatras, 43 residentes em pediatria, e 69 enfermeiros da área de pediatria, totalizando 205 profissionais. Já no período B, 39 pediatras, 31 residentes em pediatria e 14 enfermeiros da área de pediatria, totalizando 84 profissionais. As tabelas 1 e 2 demonstram a proporção dos profissionais.

Tabela 1

TOTAL DE ENTREVISTADOS		
Profissão	nº	%
Médico	93	45,37%
Enfermeiro	69	33,66%
Residente	43	20,98%
Total	205	100%

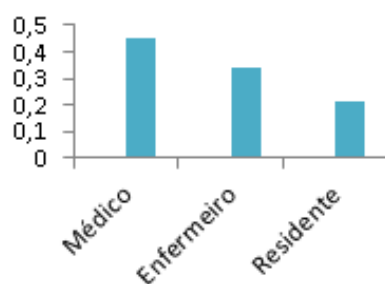
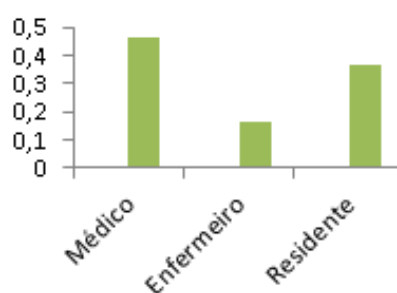


Tabela 2

TOTAL DE ENTREVISTADOS		
Profissão	nº	%
Médico	39	46,43%
Enfermeiro	14	16,67%
Residente	31	36,90%
Total	84	100%



Todas as regionais de saúde do DF foram incluídas no estudo, porém, no período A mais locais de cada regional foram abrangidos. As tabelas 3 e 4 apresentam a quantidade e proporção de entrevistados por regional, assim como os hospitais e centros que foram abordados em cada uma, respectivamente.

Tabela 3

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%

Tabela 4

REGIONAIS		
Regional	nº	%
Centro-sul(HMIB)	15	17,86%
Sul (HRG/HRSM)	17	20,24%
Leste (HRPA)	6	7,14%
Centro-norte (HRAN)	11	13,10%
Norte (HRPL/HRS/CSPL1)	10	11,90%
Sudoeste (HRT)	10	11,90%
Oeste (HRC)	15	17,86%
Total	84	100%

#### 4.2 Quanto ao diagnóstico da AB

Quando perguntado se o profissional sabe o que é colestase neonatal 98,04% dos profissionais no período A e 100 % no período B, afirmaram saber o que é,

conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5

Você sabe o que é colestase neonatal?

% POR PROFISSÃO						% POR PROFISSÃO				
Profissão	Não	%	Sim	%	Branco	Profissão	Não	%	Sim	%
Médico	1	4,00%	92	98,92%	0	Médico	0	0,00%	39	100,00%
Enfermeiro	1	3,33%	66	95,65%	2	Enfermeiro	0	0,00%	14	100,00%
Residente	0	0,00%	43	100,00%	0	Residente	0	0,00%	31	100,00%
Total	2	6,67%	201	98,04%	2	Total	0	0,00%	84	100,00%

Apesar da soma maioria dos profissionais afirmar saber o que é colestase neonatal em ambos os períodos, muitos não souberam caracterizá-la adequadamente. Apenas 22,93% classificaram-na corretamente como aumento da bilirrubina direta, colúria e acolia fecal no período A e 55,95% no período B. Destaca-se o grupo que mais demonstrou desconhecimento – enfermeiros- sendo apenas 1,45% no período A e 14,29% no período B, conforme demonstrado na tabela 6.

TABELA 6

Profissão	A		B	
	Aumento da bilirrubina direta, Colúria e Acolia fecal	%	Aumento da bilirrubina direta e colúria e % acolia fecal	%
Médico	35	37,63%	25	64,10%
Enfermeiro	1	1,45%	2	14,29%
Residente	11	25,58%	20	64,52%
Total	47	22,93%	47	55,95%

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 (URGANCI, 2012).

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 não soube caracterizar a icterícia colestática

adequadamente, o que traduz desinformação acerca do diagnóstico de patologias que cursam com colestase, como a AB, determinando sérias consequências para o prognóstico dessas crianças.

Quando interrogados se a icterícia pode ser fisiológica em um lactente icterico de 15 dias de vida, apenas 32,20% marcaram corretamente que não na pesquisa A e 40,48% na B, conforme as tabelas 8 e 9.

**Tabela 8**

Tabela 8					
% POR PROFISSÃO					
Profissão	Não	%	Sim	%	Branco
Médico	27	29,03%	64	68,82%	2
Enfermeiro	21	30,43%	44	63,77%	4
Residente	18	41,86%	25	58,14%	0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>32,20%</b>	<b>133</b>	<b>64,88%</b>	<b>6</b>

**Tabela 9**

Tabela 9					
% POR PROFISSÃO					
Profissão	Não	%	Sim	%	
Médico	18	46,15%	21	53,85%	
Enfermeiro	6	42,86%	8	57,14%	
Residente	10	32,26%	21	67,74%	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>40,48%</b>	<b>50</b>	<b>59,52%</b>	

Sobre a caracterização da icterícia fisiológica, 67,80% dos profissionais na pesquisa A acertaram a resposta ao afirmarem que a icterícia fisiológica é caracterizada por aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais, e 72,62% na B, conforme demonstrado na tabela 10.

**Tabela 10**

Profissão	A		B	
	Aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais	%	Aumento da bilirrubina indireta com reticulócitos normais	%
Médico	80	86,02%	30	76,92%
Enfermeiro	25	36,23%	5	35,71%
Residente	34	79,07%	26	83,87%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>67,80%</b>	<b>61</b>	<b>72,62%</b>

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 (BEZERRA, 2010). A maioria dos profissionais disseram que poderia ter icterícia fisiológica por mais de 15 dias de

vida, demonstrando desconhecimento do assunto, apesar de ter havido uma discreta melhora entre os períodos A e B.

Em relação a caracterização da icterícia associada ao aleitamento materno a maioria dos entrevistados na pesquisa A (64,88%) informou corretamente que essa icterícia está relacionada ao aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos normais. Já na pesquisa B, houve uma discreta melhora, sendo (75,00%) dos entrevistados, conforme demonstrado na tabela 11.

Tabela 11

Profissão	A		B	
	Aumento da bilirrubina indireta com reticulócitos normais	%	Aumento da bilirrubina indireta com reticulócitos normais	%
Médico	82	88,17%	34	87,18%
Enfermeiro	17	24,64%	2	14,29%
Residente	34	79,07%	27	87,10%
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>64,88%</b>	<b>63</b>	<b>75,00%</b>

A icterícia decorrente do aleitamento materno ocorre devido ao aumento da reabsorção intestinal da bilirrubina provocado pelo aleitamento natural e é caracterizada pelo aumento da bilirrubina indireta. (LOPEZ, 2010)

Quando questionados sobre a icterícia decorrente de hemólise, 75,12% dos profissionais na pesquisa A e 76,19% na B, também, acertaram a resposta ao declarar que ela é caracterizada por aumento da bilirrubina indireta, com reticulócitos aumentados, conforme a tabela 12.

Tabela 12

Profissão	A		B	
	Aumento da bilirrubina indireta com reticulócitos aumentados	%	Aumento da bilirrubina indireta com reticulócitos aumentados	%
Médico	84	90,32%	31	79,49%
Enfermeiro	31	44,93%	6	42,86%
Residente	39	90,70%	27	87,10%
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>75,12%</b>	<b>64</b>	<b>76,19%</b>

A icterícia decorrente de hemólise está relacionada a incompatibilidade mãe-feto do sistema RH e/ou ABO. A primeira, pode ser caracterizada pelo quadro de

anemia, icterícia de rápida progressão e hepatoesplenomegalia associada à prova de Coombs direto positiva, hemoglobina baixa, aumento da bilirrubina indireta e contagem de reticulócitos acima de 6%. Já a segunda, apresenta anemia não tão acentuada, mas, também, aumento de reticulócitos e bilirrubina indireta. (LOPEZ, 2010)

O diagnóstico diferencial da icterícia colestática neonatal é muito amplo, e, portanto, para realizá-lo faz-se necessário Informações sobre a data e duração da icterícia, visualização das características das fezes e da urina, o tipo de dieta que o lactente está recebendo, se há comprometimento no estado geral, e se há hepatomegalia ao exame físico. Além disso, a dosagem das bilirrubinas deve ser feita em todo lactente icterico com mais de 14 dias de vida. Caso os níveis de bilirrubina direta apresentem-se elevados, faz-se necessário a investigação da colestase e encaminhamento para serviço especializado. (PINTO, 2016)

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 (QUEIROZ,2014). Portanto, é de suma importância que o profissional avalie as fezes de um recém-nascido ou lactente em toda consulta. Adiciona-se que a escala cromática das fezes, inserida na Caderneta de Saúde da Criança (Ministério da Saúde) é um método simples e fidedigno de triagem para atresia biliar disponível no Brasil e deve ser utilizado pelos pais e pediatras. (PINTO, 2016)

Ao questionar em que situações o profissional avaliava as fezes de um recém-nascido ou lactente, apenas 73,17% - na pesquisa A - e 63,17% - na pesquisa B - dos entrevistados informaram que sempre avaliavam, conforme tabela 13.

**Tabela 13**

% POR PROFISSÃO									
Profissão	Quando há queixas (alteração da cor das fezes e/ou icterícia e/ou colúria e/ou desconforto abdominal)				Sim, em outras situações especiais				
	Não	%	Sim	%	%	%	%	%	Branco
Médico	0	0,00%	78	83,87%	10	10,75%	4	4,30%	1
Enfermeiro	2	2,90%	40	57,97%	11	15,94%	16	23,19%	0
Residente	0	0,00%	32	74,42%	4	9,30%	7	16,28%	0
Total	2	0,98%	150	73,17%	25	12,20%	27	13,17%	1

% POR PROFISSÃO										
Profissão	Quando há fezes na fralda				Quando há queixas (alteração da cor das fezes e/ou icterícia e/ou colúria e/ou desconforto abdominal)				Às vezes (sem especificações)	
	Não	%	Sim	%	%	%	%	%	%	%
Médico	3	7,69%	29	74,36%	1	2,56%	4	10,26%	2	5,13%
Enfermeiro	0	0,00%	10	71,43%	0	0,00%	3	21,43%	1	7,14%
Residente	3	9,68%	17	54,84%	2	6,45%	6	19,35%	3	9,68%
Total	6	7,14%	56	66,67%	3	3,57%	13	15,46%	6	7,14%

Quando perguntado a respeito da utilização da cartela de colorimetria das fezes presente na caderneta de saúde da criança poucos profissionais afirmaram que a utilizam. Adiciona-se que, apesar do desconhecimento da cartela ter diminuído 37,07% dos profissionais para 8,33%, não ocorreu aumento significativo na utilização da mesma, conforme tabela 14.

Tabela 14

% POR PROFISSÃO								% POR PROFISSÃO							
Profissão	Não tenho conhecimento dessa cartela				Não tenho conhecimento dessa cartela										
	Não	%	Sim	%	%	Branco	Profissão	Não	%	Sim	%	%			
Médico	28	30,11%	37	39,78%	27	29,03%	1	Médico	25	64,10%	11	28,21%	3	7,69%	
Enfermeiro	13	18,84%	12	17,39%	44	63,77%	0	Enfermeiro	10	71,43%	1	7,14%	3	21,43%	
Residente	13	30,23%	25	58,14%	5	11,63%	0	Residente	13	41,94%	17	54,84%	1	3,23%	
Total	54	26,34%	74	36,10%	76	37,07%	1	Total	48	57,14%	29	34,52%	7	8,33%	

Por fim, ao serem indagados sobre a classificação da coloração das fezes, a maioria dos entrevistados responderam corretamente quais eram as fezes acólicas e coradas em ambos os períodos, porém uma porcentagem significativa dos profissionais responderam erroneamente as fezes hipocólicas, conforme tabelas 15, 16 e 17.



Tabela 15 (Fezes acólicas)

% POR PROFISSÃO							% POR PROFISSÃO								
Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco	Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco						
Médico	0	0,00%	0	0,00%	39	100,00%	0	Médico	0	0,00%	2	2,15%	90	96,77%	1
Enfermeiro	0	0,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	Enfermeiro	1	1,45%	8	11,59%	54	78,26%	6
Residente	0	0,00%	0	0,00%	31	100,00%	0	Residente	0	0,00%	0	0,00%	43	100,00%	0
Total	0	0,00%	0	0,00%	84	100,00%	0	Total	1	0,49%	10	4,88%	187	91,22%	7

Tabela 16 (Fezes coradas)

% POR PROFISSÃO							% POR PROFISSÃO								
Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco	Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco						
Médico	34	87,18%	5	12,82%	0	0,00%	0	Médico	70	75,27%	19	20,43%	1	1,08%	3
Enfermeiro	12	85,71%	2	14,29%	0	0,00%	0	Enfermeiro	49	71,01%	4	5,80%	2	2,90%	14
Residente	30	96,77%	1	3,23%	0	0,00%	0	Residente	35	81,40%	4	9,30%	0	0,00%	4
Total	76	90,48%	8	9,52%	0	0,00%	0	Total	154	75,12%	27	13,17%	3	1,46%	21

Tabela 17 (Fezes Hipocólicas)

% POR PROFISSÃO							% POR PROFISSÃO								
Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco	Profissão	Coradas	% Hipocólicas	% Acólicas	% Branco						
Médico	0	0,00%	30	76,92%	9	23,07%	0	Médico	7	7,53%	78	83,87%	4	4,30%	4
Enfermeiro	1	7,14%	12	85,71%	1	7,14%	0	Enfermeiro	3	4,35%	49	71,01%	2	2,90%	15
Residente	9	29,03%	22	70,96%	0	0,00%	0	Residente	2	4,65%	37	86,05%	2	4,65%	2
Total	10	11,90%	64	76,19%	10	11,96%	0	Total	12	5,85%	164	80,00%	8	3,90%	21

Observa-se, portanto, que a necessidade e importância da observação do aspecto das fezes na criança ainda não está adequadamente incorporada pelo pediatra geral, visto que boa parte ainda não observa a coloração em todas as consultas. Adiciona-se que a cartela colorimétrica das fezes ainda é pouco utilizada, apesar do aumento do conhecimento da mesma em ambos os períodos e, portanto, pode acarretar em interpretações errôneas da coloração das fezes conforme o exposto acima.

Quanto ao diagnóstico da colestase neonatal, o grupo dos enfermeiros teve um destaque negativo, visto que foi o grupo que mais demonstrou desconhecimento acerca da caracterização das icterícias neonatais (colestática, por hemólise, do aleitamento materna e fisiológica). Além disso, é o grupo de profissionais que menos avalia a coloração das fezes do recém-nascido e que menos utiliza a cartela colorimétrica das fezes. O enfermeiro é de suma importância no cuidado ao recém-nascido, pois é a porta de entrada ao atendimento destes pacientes e, portanto, está mais próximo à criança e à família, tendo 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).

### 4.3 Quanto a conduta

Questionados sobre a necessidade de solicitar exames para criança de 30 dias de vida que persiste com icterícia, a maioria dos médicos e residentes 74,24% no período A e 91,42% no período B responderam corretamente que deve ser solicitado exames independente de outros sinais e sintomas. Ressalta-se a melhora considerável na conduta médica entre esses dois períodos, conforme a tabela 18.

Tabela 18

% POR PROFISSÃO								
Profissão	Não		Sim		Sim, se houver outros sinais e sintomas		Não, se ela estiver com exame clínico normal e bom ganho de peso	
		%		%		%		%
Médico	0	0,00%	71	76,34%	16	17,20%	6	6,45%
Residente	0	0,00%	30	69,77%	7	16,28%	6	13,95%
Total	0	0,00%	101	74,26%	23	16,91%	12	8,82%

% POR PROFISSÃO								
Profissão	Não		Sim		Sim, se houver outros sinais da doença		Não, se ela estiver com exame clínico normal e bom ganho de peso	
		%		%		%		%
Médico	0	0,00%	37	94,87%	2	5,13%	0	0,00%
Residente	0	0,00%	27	87,10%	3	9,68%	1	3,23%
Total	0	0,00%	64	91,42%	5	7,14%	1	1,42%

Em relação a orientação para um paciente com 25 dias de vida, icterico e com bom estado geral, houve um aumento significativo na resposta correta que indica a realização de exames ( de 68,9% dos profissionais no período A para 80,95% no período B, conforme tabela 19).

Tabela 19

% POR PROFISSÃO											
Profissão	Banho de sol		Chá de picão		Fototerapia		Suspensão do aleitamento materno		Realização de exames		Branco
		%		%		%		%		%	
Médico	7	7,53%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	84	90,32%	2
Enfermeiro	36	52,17%	1	1,45%	3	4,35%	1	1,45%	26	37,68%	2
Residente	12	27,91%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,33%	30	69,77%	0
Total	55	26,83%	1	0,49%	3	1,46%	2	0,98%	140	68,29%	4

% POR PROFISSÃO											
Profissão	Banho de sol		Chá de picão		Fototerapia		Suspensão do aleitamento materno		Realização de exames		
		%		%		%		%		%	
Médico	1	2,56%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,56%	37	94,87%	
Enfermeiro	8	57,14%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	42,86%	
Residente	6	19,35%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	25	80,65%	
Total	15	17,86%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,19%	68	80,95%	

Em relação a necessidade da avaliação de um Gastroenterologista para um neonato icterico, de mais de 15 dias de vida, apenas 13,97% dos médicos e residentes no período A afirmaram que sempre há, independentemente de outros

sinais e sintomas. Apesar do aumento para 31,4% no período B, ainda permanecem a minoria, conforme demonstrado na tabela 20.

Tabela 20

% POR PROFISSÃO						
Profissão	Não		Sim, sempre		Sim, se houver acolia fecal e/ou colúria e/ou aumento de bilirrubina direta	
	Não	%	Sim, sempre	%		%
Médico	11	11,83%	15	16,13%	67	72,04%
Residente	3	6,98%	4	9,30%	36	83,72%
Total	14	10,29%	19	13,97%	103	75,73%

% POR PROFISSÃO										
Profissão	Não		Sim, sempre		Sim, se houver acolia fecal e/ou colúria e/ou aumento de bilirrubina direta		Sim, após descartar icterícia fisiológica		Sim, se houver queda do estado geral	
	Não	%	Sim, sempre	%		%		%		%
Médico	6	15,38%	11	28,21%	21	53,85%	1	2,56%	0	0,00%
Residente	7	22,58%	11	35,48%	12	38,71%	0	0,00%	1	3,23%
Total	13	18,54%	22	31,42%	47,14	56,12%	1	1,42%	1	1,42%

A campanha nacional do alerta amarelo, recomenda que todo recém-nascido que persista com icterícia com mais de 14 dias e/ou que apresente acolia fecal e/ou colúria deve ser investigado por meio da realização de exames e encaminhado ao serviço de gastropediatria. (CARVALHO, 2010). A sequência adequada, na avaliação do neonato com icterícia prolongada, consiste em reconhecer se persiste por mais de 14 dias, realizar exame físico avaliando coloração das fezes e da urina, verificar se a hiperbilirrubinemia ocorre à custa do predomínio da bilirrubina direta ou indireta, excluir as causas tratáveis de colestase caso seja pela direta, 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)

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 diagnóstico e segmento adequado dos neonatos. Apesar do avanço obtido após a divulgação da Campanha do Alerta Amarelo, ainda há muito a ser alcançado.

#### 4.4 Quanto ao conhecimento da Campanha do Alerta Amarelo

Quanto ao conhecimento da Campanha do Alerta Amarelo, houve um grande avanço na porcentagem de profissionais que declararam conhecê-la quando comparado o período A (49,76%) com o período B (70,24%). O grupo dos enfermeiros permaneceu como o que mais desconhece (57,14%) do total, conforme a tabela 21.

Tabela 21

% POR PROFISSÃO						% POR PROFISSÃO					
Profissão	Não	%	Sim	%	Branco	Profissão	Não	%	Sim	%	
Médico	27	29,03%	64	68,82%	2	Médico	8	20,51%	31	79,49%	
Enfermeiro	51	73,91%	18	26,09%	0	Enfermeiro	6	42,86%	8	57,14%	
Residente	23	53,49%	20	46,51%	0	Residente	11	35,48%	20	64,52%	
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>49,27%</b>	<b>102</b>	<b>49,76%</b>	<b>2</b>	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>29,76%</b>	<b>59</b>	<b>70,24%</b>	

Analisando por Regional, destacam-se: a Regional Oeste que permanece com a maioria dos profissionais desconhecendo a campanha, apesar do discreto aumento; as regionais sul, leste, norte e sudoeste que alcançaram um conhecimento de mais de 80% dos profissionais, com destaque para leste e norte com 100%; e, por fim, a regional centro-sul que teve uma diminuição na porcentagem de profissionais que conhecem a campanha, mesmo após a divulgação maciça da mesma. As porcentagens por regional são demonstradas na tabela 22.

Tabela 22

% POR REGIONAL						% POR REGIONAL					
Regional	Não	%	Sim	%	Branco	Regional	Não	%	Sim	%	
Centro-Sul (HMIB)	22	42,31%	30	57,69%		Centro-Sul (HMIB)	10	66,66%	5	33,33%	
Sul (HRG/HRSM)	11	57,89%	6	42,11%	2	Sul (HRG/HRSM)	2	11,76%	15	88,23%	
Leste (HRPA)	10	40,00%	15	60%		Leste (HRPA)	0	0,00%	6	100%	
Centro-Norte (HRAN/HUB)	16	53,33%	14	46,67%		Centro-Norte (HRAN)	3	27,27%	8	72,72%	
Norte (HRPI/HRP)	11	50,00%	11	50%		Norte (HRPI/HRP)	0	0,00%	10	100%	
Sudoeste (HRT)	15	50,00%	15	50,00%		Sudoeste (HRT)	2	20,00%	8	80,00%	
Oeste (HRC/HRBZ)	16	59,26%	11	40,74%		Oeste (HRC)	8	53,33%	7	46,66%	
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>49,27%</b>	<b>102</b>	<b>49,76%</b>	<b>2</b>	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>29,76%</b>	<b>59</b>	<b>70,24%</b>	

Apesar do grande avanço, a divulgação maciça da campanha do alerta amarelo entre os profissionais de saúde da área de pediatria e pais deve continuar, pois é um fator 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. Ainda há muitos profissionais que desconhecem a campanha e, dentre os motivos, sugere-se a alta rotatividade de profissionais de saúde associados a falta de centros de referência no assunto (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 mais centros de referência e o repasse adequado das informações aos profissionais que se encontram em intensa rotatividade (BARRETO, 2004).

#### 4.5 Quanto ao segmento e encaminhamento

Ao questionar sobre o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de gastroenterologia do HCB e do HBDF, muitos profissionais afirmaram ter dificuldade de encaminhar. Não houve diferenças significativas quanto aos períodos A e B, e quanto aos hospitais, conforme tabelas 23 e 24.

Tabela 23

% POR PROFISSÃO (HCB)									% POR PROFISSÃO (HCB)						
Profissão	Não	%	Sim	%	Nunca Encaminhei	%	Não se aplica	%	Profissão	Não	%	Sim	%	Nunca encaminhei	%
Médico	41	44,09%	29	31,18%	22	23,66%	1	1,08%	Médico	16	41,03%	10	25,64%	13	33,33%
Residente	9	20,93%	11	25,58%	20	46,51%	2	4,65%	Residente	15	48,39%	7	22,58%	9	29,03%
Total	50	36,76%	40	29,41%	42	30,88%	3	2,20%	Total	31	44,28%	17	24,28%	22	31,42%

Tabela 24

% POR PROFISSÃO (HBDF)										% POR PROFISSÃO (HBDF)						
Profissão	Não	%	Sim	%	Nunca Encaminhei	%	Não se aplica	%	Branco	Profissão	Não	%	Sim	%	Nunca encaminhei	%
Médico	37	39,78%	26	27,96%	25	26,88%	4	4,30%	1	Médico	9	23,08%	14	35,90%	16	41,03%
Residente	8	18,60%	5	11,63%	25	58,14%	3	6,98%	2	Residente	7	22,58%	9	29,03%	15	48,39%
Total	45	33,08%	31	22,79%	50	36,76%	7	5,14%	3	Total	16	22,86%	23	32,86%	31	44,28%

Quando perguntado aos médicos e residentes quando eles encaminham o recém-nascido icterico com mais de 15 dias de vida as respostas foram bastante heterogêneas, porém a maioria (57,14%) respondeu conforme o preconizado pela Campanha do alerta amarelo, como podemos verificar na tabela 25.

Tabela 25

% POR PROFISSÃO														
Profissão	Nunca encaminhei	Quando há aumento da bilirrubina direta e/ou colúria e/ou acolia fecal e/ou icterícia por mais de 15 dias de vida		Quando há icterícia por mais de 30 dias de vida		Quando há baixo ganho ponderal		Quando diagnóstico inconclusivo		Quando ecografia abdominal alterada		Em branco		
		%		%		%		%		%		%		
Médico	1	1,08%	24	25,81%	1	1,08%	1	1,08%	1	1,08%	1	1,08%	10	10,75%
Residente	0	0,00%	16	37,21%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	15	34,88%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1,43%</b>	<b>40</b>	<b>57,14%</b>	<b>1</b>	<b>1,43%</b>	<b>1</b>	<b>1,43%</b>	<b>1</b>	<b>1,43%</b>	<b>1</b>	<b>1,43%</b>	<b>25</b>	<b>36,53%</b>

Quando perguntado aos profissionais como eles encaminham o o recém-nascido icterico com mais de 15 dias de vida as respostas foram diversas. Chama atenção que apenas 8,57% dos médicos e pediatras encaminham conforme o especificado no folder da campanha, e, muitos, ainda encaminham por meio de formulários do SUS, conforme demonstrado na tabela 26.

Tabela 26

% POR PROFISSÃO																	
Profissão	Contato telefônico e ou via e-mail com equipe HCB		Ambulatório porta aberta quarta pela manhã no HCB		Não sei encaminhar		Contato telefônico com colega gastropediatra		Solicitação de parecer da gastropediatra		Por formulário próprio do HUB		Por formulário do HCB		Por formulário de encaminhamento de especialidades da SES-DF		Branco
		%		%		%		%		%		%		%		%	
Médico	2	2,15%	4	4,30%	1	1,08%	4	4,30%	2	2,15%	2	2,15%	0	0,00%	6	6,45%	18
Residente	6	13,95%	2	4,65%	0	0,00%	1	2,33%	2	4,65%	0	0,00%	1	2,33%	5	11,63%	14
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>11,42%</b>	<b>6</b>	<b>8,57%</b>	<b>1</b>	<b>1,42%</b>	<b>5</b>	<b>7,14%</b>	<b>4</b>	<b>5,71%</b>	<b>2</b>	<b>2,85%</b>	<b>1</b>	<b>1,42%</b>	<b>11</b>	<b>15,71%</b>	<b>32</b>

Quando questionado se o profissional sabe que as crianças que preenchem os critérios para a campanha do Alerta Amarelo podem ser encaminhadas ao ambulatório de Hepatologia do HCB às quartas-feiras pela manhã, sem necessidade de marcação de consulta, conforme especificado no folder da campanha, a maioria (66,67%) respondeu que não. Quando analisado por regionais, destacam-se

positivamente as regionais Leste e Norte como as de maior conhecimento, conforme demonstrado na tabela 27.

**Tabela 27**

% POR PROFISSÃO				
Profissão	Não	%	Sim	%
Médico	25	64,10%	14	35,89%
Enfermeiro	11	78,57%	3	21,42%
Residente	20	64,51%	11	35,48%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>66,67%</b>	<b>28</b>	<b>33,33%</b>

% POR REGIONAL				
Regional	Não	%	Sim	%
Centro-Sul (HMIB)	13	86,67%	2	13,33%
Sul (HRG/HRSM)	13	76,47%	4	23,53%
Leste (HRPA)	2	33,33%	4	66,66%
Centro-Norte (HRAN)	7	63,63%	4	36,37%
Norte (HRPI/HR5)	3	30,00%	7	70,00%
Sudoeste (HRT)	5	50,00%	5	50,00%
Oeste (HRC)	13	86,67%	2	13,33%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>66,67%</b>	<b>28</b>	<b>33,33%</b>

Apesar do aumento do conhecimento da campanha do alerta amarelo, muitos profissionais ainda não seguem o preconizado por ela quanto ao segmento e encaminhamento adequados de recém-nascidos ictericos por mais de 15 dias. Além disso, boa parte continua declarando dificuldade de encaminhar aos serviços especializados do HCB e do HBDF. Destaca-se, ainda, a heterogeneidade quanto a forma e quanto a necessidade de encaminhamento, o que pode ser um fator contribuinte adicional na chegada tardia destes neonatos aos centros de referência, e, portanto, diagnóstico tardio da AB.

## 5. CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que o diagnóstico precoce da AB é fator determinante no prognóstico e sobrevida dos recém-nascidos, e, no Brasil, o encaminhamento continua sendo tardio e um desafio a ser alcançado.

O conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico de icterícia colestática e seus diferenciais, no Distrito Federal, ainda é falho, tendo

destaque o grupo dos enfermeiros os quais são porta de entrada ao atendimento destes pacientes e os principais orientadores dos pais.

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. Adiciona-se que a cartela colorimétrica das fezes ainda é pouco utilizada o que pode acarretar em interpretações errôneas da coloração das fezes (importante fator para o diagnóstico diferencial de icterícia colestática).

Apesar do aumento do conhecimento da campanha do alerta amarelo, muitos profissionais ainda não seguem o preconizado por ela quanto ao segmento e encaminhamento adequados de recém-nascidos ictericos por mais de 15 dias, havendo, ainda, falta de padronização.

Ainda há dificuldade de encaminhamento aos serviços especializados do HCB e do HBDF. Destacam-se a heterogeneidade quanto a forma e quanto a necessidade de encaminhamento, o que pode ser um fator contribuinte adicional na chegada tardia destes neonatos aos centros de referência, e, portanto, diagnóstico tardio da AB.

Apesar do grande avanço, a divulgação maciça da campanha do alerta amarelo entre os profissionais de saúde da área de pediatria e pais deve continuar, pois é um fator 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.

Recomenda-se educação continuada sobre o tema com ampliação das atividades educativas para estudantes, residentes e outros profissionais da saúde que assistem a criança de baixa idade. Além disso, a criação de mais centros de referência no assunto.

## **6. 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

URGANCI, Nafiye; KALYONCU, Derya. *et al.* Infants with Cholestasis: Diagnosis, Management and Outcome. *Marmara Medical Journal*, v. 25, p 83-86. 2012

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

KELLY, D. Liver transplantation in children. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p 381-382. 2008

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

HO, Shaun et al. The complications and challenges of late diagnosis of extrahepatic biliary atresia. *Journal of Pediatrics' Child Health*, v. 49, n. 2, p. 152-155. 2013

KIELING, Carlos O. *et al.* Atresia biliar: continuamos operando tarde. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, nº. 5, p. 436 - 441. 2008

PINTO, Raquel; SILVEIRA, Themis. Colestase neonatal: uma abordagem prática. *Boletim Científico de Pediatria*, v.5, n. 3, p. 92-102. 2016

LOPEZ, Fábio; JÚNIOR, Dioclésio. **Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. Barueri, São Paulo: Manole. 2010

## **7. Anexos**

### **7.1 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



## 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



# 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:

- Avaliar a cor das fezes e da urina faz parte do exame físico da criança com icterícia (amarelão);
- Se a urina for escura (colúria) ou as fezes forem claras (hipocolia ou acolia), devem ser solicitados exames de sangue (hemograma, bilirrubinas e reticulócitos), em qualquer idade do paciente. A Figura 1 demonstra a cartela de cores das fezes e define o que são fezes normais e as suspeitas (esbranquiçadas);
- Se o bebê mantiver icterícia com idade igual ou maior que 14 dias de vida, solicitar exames hemograma, bilirrubinas e reticulócitos).

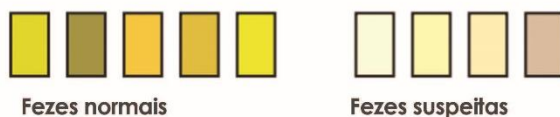


Figura 1. Cartela de cores das fezes

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 para campanha do "Alerta Amarelo" serão autorizadas para os pacientes portadores de aumento da **bilirrubina direta**, conforme a definição de colestase a seguir:

**BD > 1mg/dL se o nível de BT < 5mg/dL ou BD > 2 mg/dL ou maior que 20% do total, se BT > 5mg/dL**



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE PEDIATRIA



SOCIEDADE DE PEDIATRIA  
DO DISTRITO FEDERAL



UNICEUB  
Centro Universitário de Brasília

HOSPITAL DA  
CRIANÇA  
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



## 7.4 Anexo 4

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

## **I. Identificação do entrevistado**

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: masculino ( ) feminino ( )  
Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formado (em anos): \_\_\_\_\_  
Área de atuação: \_\_\_\_\_ Se residente, especifique o ano: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

## **II. Questionário:**

- A.** Você sabe o que é colestase neonatal?  
( ) Não ( ) Sim
- B.** Você sabe o que é Atresia Biliar?  
( ) Não ( ) Sim
- C.** Você avalia a coloração das fezes dos recém-nascidos e dos lactentes em toda consulta?  
( ) Não  
( ) Sim  
( \_\_\_\_\_ ) Às \_\_\_\_\_ vezes (especificar quando: \_\_\_\_\_)
- D.** Você utiliza a cartela colorimétrica das fezes da caderneta da criança?  
( ) Não  
( ) Sim  
( ) Não tenho conhecimento desta cartela.
- E.** Você conhece a campanha do Alerta Amarelo?  
( ) Não  
( ) Sim
- F.** Se um lactente de 15 dias de vida encontra-se icterício, a icterícia pode ser fisiológica?  
( ) Não  
( ) Sim
- G.** Se a criança persiste com icterícia com 30 dias de vida, você solicita exames?  
( ) Não.  
( ) Não, se ela estiver com exame clínico normal e bom ganho de peso.  
( ) Sim.  
( ) Sim, se houver outros sinais de doença.
- H.** Se o paciente estiver com 25 dias de vida, mantendo icterícia e com 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 que persiste com icterícia por mais de 15 dias de vida?  
( ) Não  
( ) Sim, sempre  
( ) Sim, apenas se: \_\_\_\_\_
- J.** Tem dificuldade de encaminhar o RN ou lactente com icterícia para o serviço de Gastroenterologia Pediátrica do:

**Hospital da Criança de Brasília**

- Não  
 Sim  
 Nunca encaminhei

**Hospital de Base do Distrito Federal**

- Não  
 Sim  
 Nunca encaminhei

**K.** Quando você encaminha: \_\_\_\_\_

**L.** Como você encaminha: \_\_\_\_\_

**M.** Você sabia que as crianças que preenchem os critérios para a campanha do Alerta Amarelo podem ser encaminhadas para o ambulatório de Hepatologia do HCB às quartas-feiras pela manhã, sem necessidade de marcação de consulta, conforme especificado no Folder da campanha?

- Não  
 Sim

**III. Nas questões de N à Q, coloque V (verdadeiro) ou F (falso)**

**N.** 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

**O.** 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

**P.** 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

**Q.** 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

**IV. Classifique as fezes abaixo em coradas (C), hipocólicas (H) e acólicas (A):**

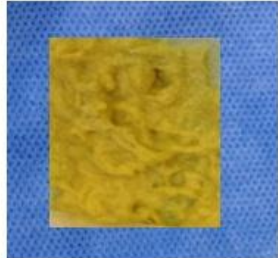
**1**

**2**

**3**



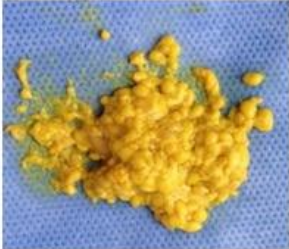
4



5



6



1:

2:

3:

4:

5:

6: