

QUEIXAS DE RESPONSÁVEIS POR RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA ÁREA DE EMERGÊNCIA INFANTIL DE UM HOSPITAL ESCOLAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA ZONA LESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO

COMPLAINTS FROM RESPONSIBLE PEOPLE OF NEWBORN ADMITTED TO THE CHILDREN'S EMERGENCY AREA OF A TEACHING HOSPITAL OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM IN THE EAST ZONE OF THE CITY OF SÃO PAULO

Alana Ricardo Bertagna¹
Joselita Batista Azuma²

1 Médica formada pela Faculdade Santa Marcelina FASM.

2 Prof. Dra. Da Disciplina de Neonatologia e Pediatria Geral do Curso de Medicina da Faculdade Santa Marcelina.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.

Recebido para publicação: 2023

Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina P114/2020.

Endereço para correspondência:
joselita.azuma@santamarcelina.edu.br

RESUMO

Introdução: Frente à inespecificidade de sintomas apresentados por recém-nascidos (≤ 28 dias), muitas famílias buscam o pronto-socorro infantil para atendimento à saúde. Contudo estamos diante de uma faixa etária com fragilidade imunológica exposta a um ambiente contaminado. Objetivo: Identificar as queixas dos responsáveis por neonatos apresentadas a um pronto-socorro infantil. Método: Estudo observacional, quantitativo e retrospectivo, desenvolvido a partir do banco de dados de um hospital público quaternário. Resultados: Queixas do trato respiratório apresentaram-se com maior frequência (pulmonares propriamente ditas em primeiro lugar e de via aérea superior em segundo lugar), seguidas de queixas com potencial risco de vida. Em quarto e quinto lugar, apresentaram-se queixas de vômito e febre, respectivamente. As queixas foram mais preponderantes nas estações de outono e inverno e a maioria dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo. Conclusão: O presente estudo ofereceu dados descritivos preliminares do perfil dos bebês que vêm ao pronto-socorro infantil de um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde, de referência terciária e quaternária, e quais as suas principais queixas, sendo elas as do trato respiratório.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido, Serviços Médicos de Emergência, Medicina de Emergência Pediátrica, Sintomas Gerais

ABSTRACT

Introduction: Faced with the lack of specificity of symptoms presented by newborns (≤ 28 days), many families seek the children's emergency room for health care. However, we are facing an age group with immunological fragility exposed to a contaminated environment. Objective: To identify the complaints that neonates bring to a children's emergency room. Method: Observational, quantitative and retrospective study developed from the database of a quaternary public hospital. Results: Complaints related to the respiratory tract were more frequent (pulmonary in first place and upper airway in second place), followed by potentially life-threatening complaints. In fourth and fifth place, there were

complaints of vomiting and fever, respectively. Complaints were more prevalent in the autumn and winter seasons and most babies were exclusively breastfed. Conclusion: The present study provided preliminary descriptive data on the profile of babies who come to the children's emergency room of a teaching hospital of the Unified Health System, of tertiary and quaternary reference, and what their main complaints are, being those of the respiratory tract .

KEYWORDS: Newborn, Emergency Medical Services, Pediatric Emergency Medicine, General Symptoms

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a imunidade neonatal acontece por transmissão vertical durante o período gestacional, em especial durante o terceiro trimestre, quando Imunoglobulinas G (IgG) vão da mãe até o feto através da placenta. Essa IgG enviada é específica de cada mulher, pois depende da sua exposição a antígenos do ambiente e das vacinas que foram tomadas.¹ Além disso, no período pós-natal, temos a imunidade passiva do leite materno, por meio do qual a mãe passa para seu filho citocinas, células ativas e IgA secretora – que atuam no trato gastrointestinal e respiratório - e outros componentes, como lisozima. Juntos, atuam como antimicrobianos, anti-inflamatórios e imunorreguladores.² Assim, a criança no período neonatal tem ação/resposta imunológica devido aos anticorpos maternos, tanto da gestação, quanto da amamentação. Apenas aos seis meses de idade, inicia-se a produção de autoanticorpos.¹

Durante os seis primeiros meses de vida, a imunidade do bebê está em desenvolvimento. Ela é dividida entre imunidade inata (inespecífica) e adquirida (específica), sendo esta separada entre humoral e celular. A imunidade inata - primeira linha de defesa, quando há exposição a um agente infeccioso - é composta por barreiras epiteliais (pele e mucosas), citocinas, proteínas do sistema complementar e células circulantes – fagócitos e células natural killer (NK). Todavia o neonato possui uma pele imatura e permeável e todas as células e proteínas que compõem a imunidade inespecífica apresentam funções reduzidas. Já, acerca da imunidade adquirida, se comparada ao adulto, os neonatos possuem um número maior de linfócitos, porém são imaturos e poucos guardam memória, visto que ela se dá através da exposição a antígenos e isso não ocorre intraútero.²

Com isso, conclui-se que a susceptibilidade dos neonatos a infecções se dá pela imaturidade das células efetoras da resposta imune inata e adquirida e pode variar, de acordo com os anticorpos enviados pela mãe, tanto no período gestacional, quanto através da amamentação. Conseqüentemente, microrganismos como streptococos do grupo B, Escherichia coli, vírus do herpes simplex (HSV), citomegalovírus (CMV), vírus varicela zoster (VZV), vírus sincicial respiratório (RSV) e espécies de Candida, pela frequência com que são apresentados aos recém-nascidos, causam morbidade significativa.³

Em razão da conhecida fragilidade dos recém-nascidos, muitos responsáveis procuram atendimento à saúde em Prontos-Socorros Infantis (PSI) diante de sintomas inespecíficos. Esse fato, porém, preocupa a equipe de saúde, uma vez que os hospitais são ambientes contaminados.⁴ Somado a isso, nem todas as queixas neonatais no PSI estão associadas a patógenos e infecções como demonstraram Batu *et al.*, cujo estudo aponta que 44,3% das visitas neonatais ao departamento de emergência pediátrica não configuravam acometimento grave, ou seja, não havia necessidade de internação.⁵ Tendo em vista a fragilidade imunológica dos RN, o perigo do contato com o ambiente hospitalar e a ansiedade dos responsáveis, é de grande valia o estudo dos casos de procura de atendimento no PSI para que sejam determinadas causas patológicas ou respostas fisiológicas. Assim, será possível que medidas de informação sejam empregadas a fim de diminuir a exposição dos bebês e sobrecarga do sistema.

OBJETIVOS

Objetivo primário

Identificar as queixas dos responsáveis pelos neonatos num pronto-socorro infantil do Sistema Único de Saúde (SUS) de janeiro a julho de 2019.

Objetivos secundários

- Relacionar a queixa apresentada com o sistema imune do recém-nascido.
- Determinar se a queixa apresentada é uma manifestação fisiológica ou uma resposta a um patógeno.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de enfoque quantitativo e retrospectivo, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina sob o número P114-2020.

Foram selecionadas 138 fichas de atendimento de recém-nascidos que vieram ao pronto-socorro infantil de um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde da Zona Leste da cidade de São Paulo, de referência terciária e quaternária e com acesso à demanda espontânea no período de janeiro a julho de 2019. Os dados clínicos foram coletados em prontuários médicos eletrônicos e registrados em ficha de coleta de dados elaborada especificamente para este estudo (Anexo 4).

Os pacientes foram identificados no banco de dados do hospital por meio de uma busca com filtros, em que foram considerados os critérios de inclusão: data do atendimento (janeiro a julho de 2019), dias de vida (≤ 28 dias) e origem do atendimento (pronto-socorro infantil).

Já os critérios de exclusão foram: neonatos encaminhados ao PSI via "vaga-zero" para avaliação de especialidades pediátricas ou que deram entrada devido a parto emergencial; pacientes que evoluíram a óbito e pacientes sem dados clínicos e/ou telefônicos disponíveis em prontuário.

Assim, a amostra contemplou 74 pacientes, cujos dados foram analisados retrospectivamente e classificados em sexo (feminino e masculino), dias de vida, tipo de alimentação (amamentação materna exclusiva, mista/parcial ou uso de fórmula infantil)⁶; estação do ano em que ocorreu o atendimento (verão, outono ou inverno); e queixa principal - que foram classificadas pelas investigadoras com base no sistema orgânico acometido e num provável diagnóstico sindrômico.

Sabe-se que um paciente pode apresentar mais de um diagnóstico sindrômico, principalmente em se tratando de neonatos cujas queixas são inespecíficas. Então, foi estabelecido, como queixa, o sintoma mais preponderante para que a sua classificação fosse possível. Com isso, obtivemos as seguintes categorias: queixas de via aérea superior (coriza, congestão nasal, espirros e tosse), queixas respiratórias (dispneia/desconforto respiratório e sibilos), queixas de sangramentos (em coto umbilical; vaginal), queixas de icterícia e febre, queixas neurológicas (relacionadas a alterações de crânio - bossa serossanguínea, céfalo-hematoma - e irritabilidade, sonolência e hipoatividade), queixas de vômito, queixas intestinais, queixas dermatológicas (erupções cutâneas), oftalmológicas (edema, secreção e hiperemia ocular), queixas não agudas (relacionadas a dúvidas sobre malformações), ortopédicas/traumáticas (alterações de membros e queda), queixas de eventos com potencial risco de vida (engasgo, cianose, apneia; síndrome convulsiva) e outras queixas (dor ao manipular abaulamento de região inguinal, regurgitamento, hiperemia genital e alteração de diurese).

Por fim, os dados foram alocados em tabelas do Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO, analisados e correlacionados de forma descritiva. Os nomes dos participantes foram organizados em ordem alfabética e, então, substituídos por números cardinais para a preservação de privacidade e confidencialidade.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina em 11 de janeiro de 2021. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi ofertado aos pais e/ou responsáveis pelos recém-nascidos via telefone celular cadastrado na ficha de admissão do hospital em três tentativas – primeira em 04/11/21 às 21h30; segunda em 17/11/21 às 8h45 e terceira em 21/11/21 às 12h50 -, conforme o registro (Anexo 5). Dos 74 neonatos, 6 responsáveis atenderam, tiveram suas dúvidas esclarecidas e assinaram o TCLE virtual. Os demais não responderam às tentativas de contato.

Tendo em vista que a vinda desses bebês ao PSI foi um evento pontual, que os bebês foram referenciados por números cardinais e que as queixas coletadas foram agrupadas em categorias, compreende-se que não é possível identificar os participantes e que a confidencialidade da pesquisa foi assegurada. Assim, demos segmento ao trabalho.

RESULTADOS

Dos nossos 74 neonatos participantes do estudo, a média da idade foi de 17 dias de vida, sendo idade mínima 2 e máxima 28 dias de vida. Foram 52,7% dos bebês do sexo masculino e 47,3% do sexo feminino (Gráfico 1). No que tange à alimentação, 75,68% declararam oferta de aleitamento materno exclusivo (AME); 12,16%, aleitamento misto (parte materno, parte de fórmula láctea, sem especificar qual a quantidade ofertada de cada um) e 12,16% declararam utilizar apenas fórmula infantil (Gráfico 2).

Foi observado que a procura pelo PSI foi significativamente maior nos meses que correspondem à estação de outono/inverno – abril a julho – numa frequência de 81,09% versus 18,92% correspondente aos meses de janeiro e fevereiro, estação de verão (Gráfico 3). Vale ressaltar que não há registros de atendimentos de neonatos no PSI realizados no mês de março, o que pode ser atribuído à atualização no sistema de prontuários eletrônicos do Hospital feita no período.

Gráfico 1: Distribuição entre os sexos

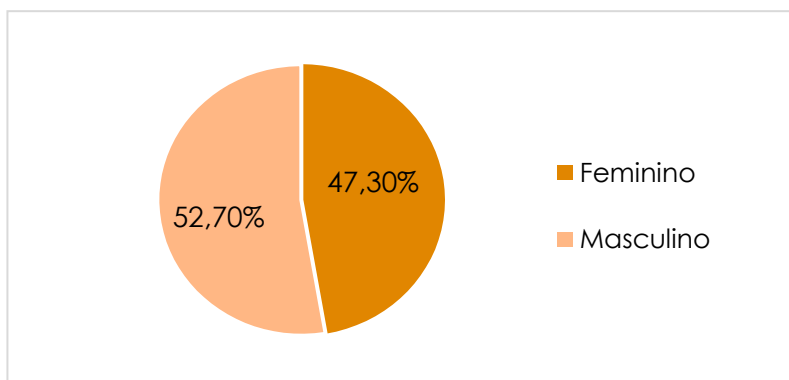


Gráfico 2: Alimentação dos neonatos atendidos no PSI

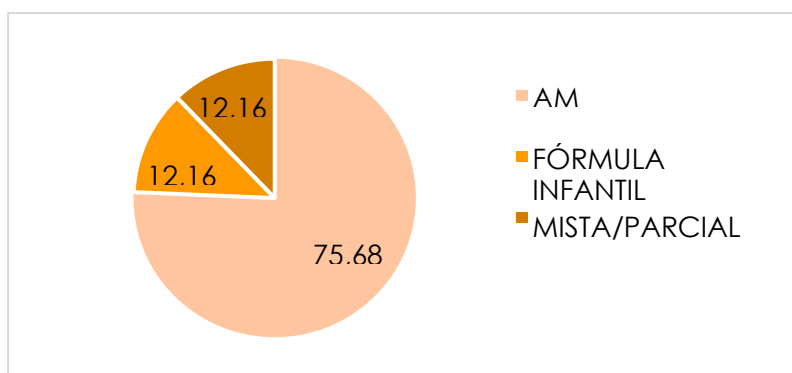
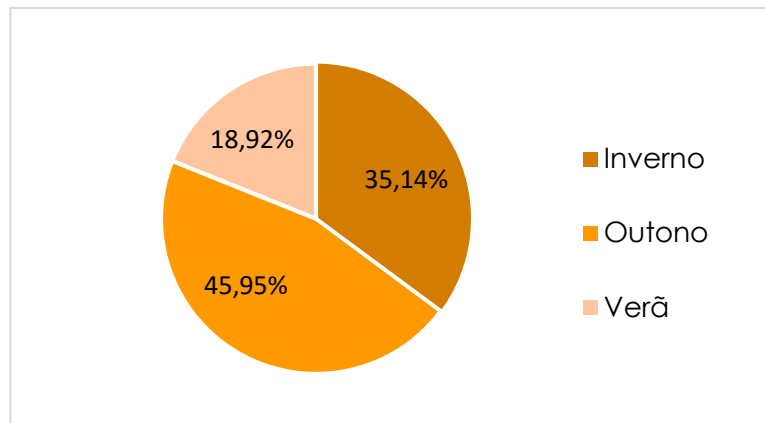


Gráfico 3: Estações em que ocorreram os atendimentos no PSI



Com relação às queixas sindrômicas, têm-se as do trato respiratório com maior frequência (32,43%), sendo respiratórias propriamente ditas em 20,27% e de via aérea superior em 12,16%. Em terceiro lugar, têm-se as queixas de eventos com potencial risco de vida, correspondendo a 10,81%, seguidas de vômito e febre numa frequência de 9,46% e 8,11% respectivamente. As demais queixas representam 39,18% das queixas apresentadas pelos pais e/ou responsáveis no PSI (Gráfico 4).

Com base na estação do ano, vê-se que, no verão, a queixa mais preponderante foi vômito (21,4%), seguida de febre, icterícia e queixas neurológicas, correspondendo a 14,2% cada. Essa estação totalizou 18,92% das queixas apresentadas no PSI e não houve registros de queixas com potencial risco de vida.

O outono destacou-se com maior presença das queixas no geral (45,95%), com predominância das relativas ao trato respiratório - 16,22% de queixas respiratórias e 5,42% de via aérea superior -, contra 4,05% de respiratórias e 5,42% de via aérea superior no período do inverno. Foi visto, também, que as queixas de eventos com potencial risco de vida concentraram-se nessa época, com 87,5% delas no outono versus 12,5% no inverno. As queixas intestinais e oftalmológicas foram mais presentes no outono, perfazendo, respectivamente, 59,9% e 66,6% dessas no período.

A estação do inverno concentrou 35,14% das queixas totais. Têm-se como preponderantes as de febre (49,9%), neurológicas (59,9%), sangramento (100%) e dermatológicas (100%). As queixas não agudas apresentaram-se somente nessa época. A distribuição das queixas no decorrer do período desta pesquisa pode ser vista no Gráfico 5.

Gráfico 4: Frequência das queixas sindrômicas

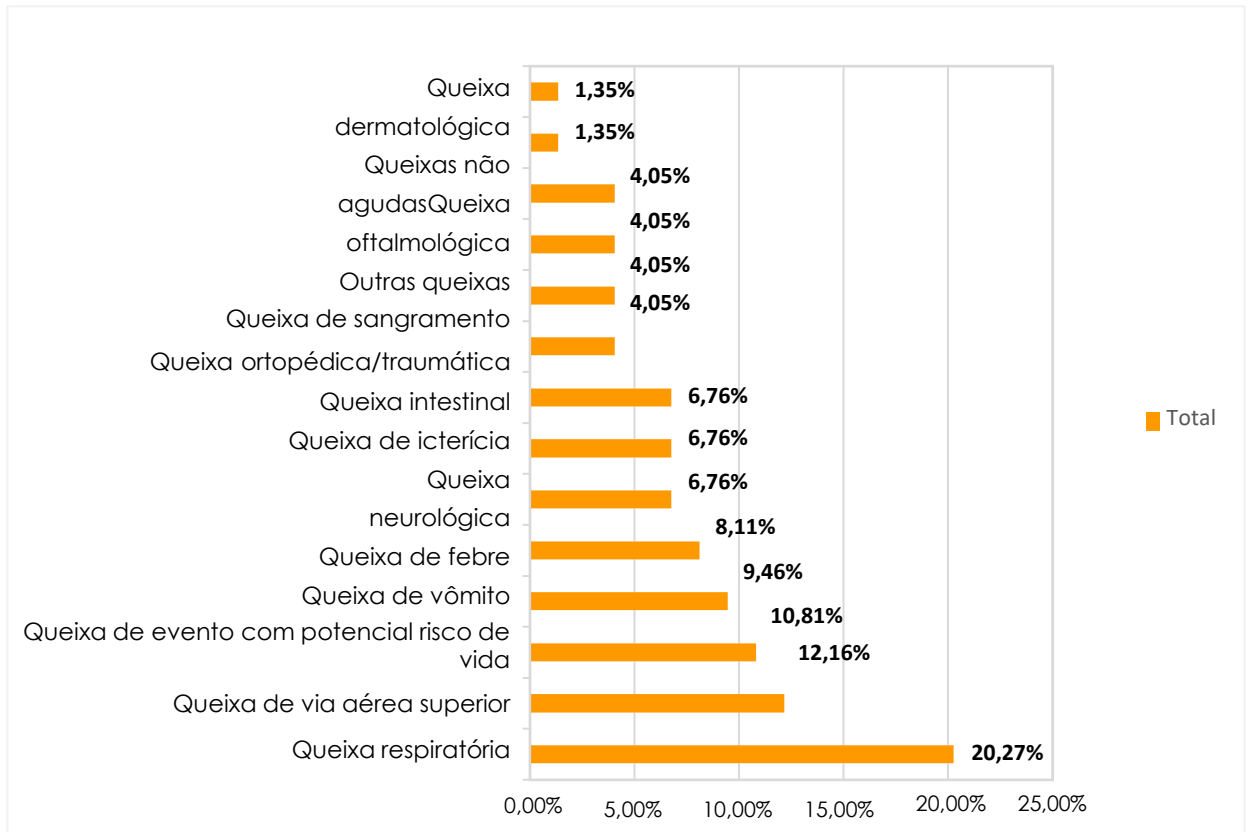
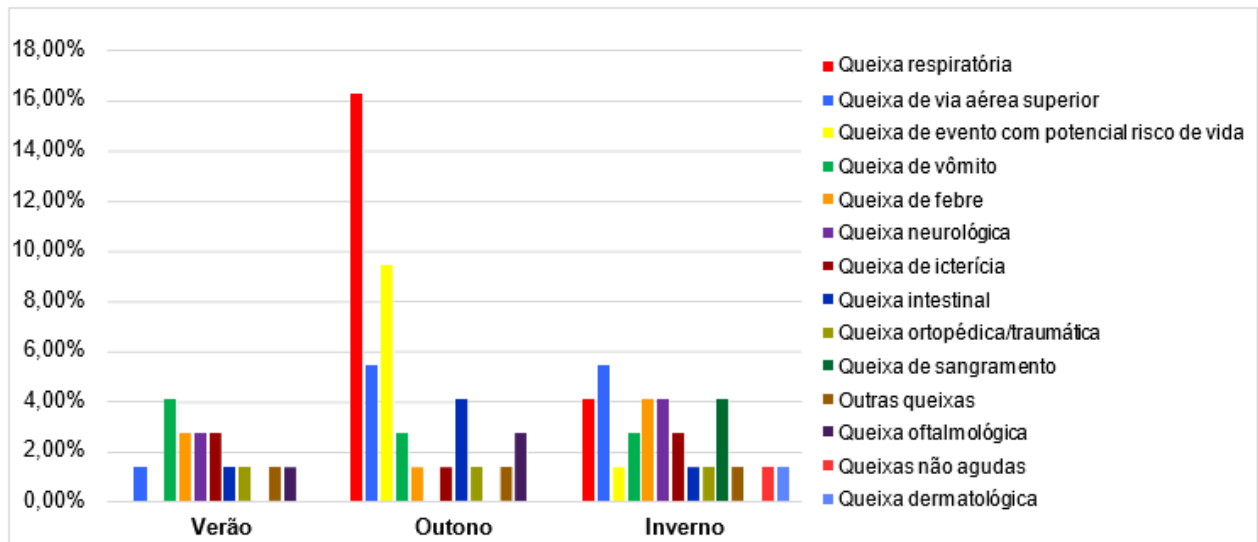


Gráfico 5: Distribuição das queixas de janeiro a julho de 2019



DISCUSSÃO

Ao avaliar o perfil dos neonatos atendidos em nosso estudo, observa-se que a distribuição entre os sexos não demonstrou diferença significativa, dado também encontrado em outros estudos^{7, 8, 9, 10}. No que tange à variável dias de vida, a idade dos bebês foi heterogênea.

Com relação ao tipo de alimentação dos recém-nascidos, nota-se que o aleitamento materno exclusivo foi preponderante, sendo a minoria em uso de aleitamento misto e o uso exclusivo de fórmula láctea. Dados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019)¹¹ do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2019 a março de 2020, apontam que a prevalência de aleitamento materno exclusivo na idade de 0 mês de vida, no Brasil, tem uma frequência de 75,1% numa amostragem de 125.100 crianças - frequência esta que se aproxima da encontrada em nosso estudo.

Porém é preciso ressaltar que 12,9% dos pais e/ou responsáveis pelas crianças deste trabalho ofertam fórmula infantil exclusivamente para seus bebês com menos de um mês de vida. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde¹² indicou que o leite materno traz proteção para os bebês, principalmente aos mais novos, e que a mortalidade em menores de dois meses não amamentados, por doenças infecciosas, é seis vezes maior. Em 1999, Cesar, J. A. *et al.*¹³ mostraram um aumento de 25 vezes na chance de morrer por diarreia e de 3,3 vezes a probabilidade de morrer por doença respiratória em crianças que não foram amamentadas comparadas com as em AME. Além disso, o mesmo trabalho revelou que as crianças que não amamentam têm seis vezes mais chance de precisarem ser internadas, nos primeiros três meses de vida, por pneumonia. Por fim, foi visto por Albernaz; Menezes; Cesar¹⁴, em 2003, que crianças têm sete vezes mais risco de internação hospitalar por bronquiolite, quando amamentadas por menos de um mês. Dessa forma, torna-se alarmante o percentual, em nosso estudo, de neonatos em uso exclusivo de fórmula infantil.

Com relação às estações do ano, sabe-se que o clima da Região Sudeste brasileira é subtropical, configurando verões chuvosos e invernos secos, com temperaturas moderadamente baixas. Um estudo de Gardinassi, L.G. *et al.*¹⁵ mostrou uma associação entre a umidade relativa do ar mínima e a temperatura média mensal mínima com infecções respiratórias virais, concluindo que baixas temperaturas e umidade relativa do ar afetam o sistema respiratório e imunológico de crianças, o que os torna mais suscetíveis a patógenos. Esse dado está em consonância com os encontrados em nosso trabalho, onde a vinda de recém-nascidos ao PSI foi significativamente maior nos meses de outono e inverno, comparada aos meses de verão. Ademais, vimos que as queixas respiratórias foram as mais frequentes no período da pesquisa e, também, nas estações secas e frias de outono e inverno, corroborando os achados no trabalho supracitado.

Assim, ao individualizar as queixas respiratórias, temos os sibilos e dispneia/desconforto respiratório que, num primeiro momento, nos fazem considerar como queixas que necessitam de intervenção médica rápida. Tomando a queixa "desconforto respiratório" como base, podemos considerar que estamos diante de alterações como broncoaspiração e processos infecciosos como, também, de apenas congestão nasal, que é capaz de alterar a respiração do bebê. Com isso, percebe-se que apenas a queixa apresentada pelos pais pode compor quadro clínico de

diversas afecções diferentes. Isso ocorre por dois motivos: muitas queixas são inespecíficas e cada família tem uma concepção diferente do que é ou não doença e quais condições e experiências possuem para lidar com elas.

Conforme apresentado no estudo *Parental use of a paediatric emergency department as an ambulatory care service*¹⁶, há diversos fatores que influenciam a decisão dos pais de procurarem um pronto-atendimento: a avaliação dos pais sobre a gravidade dos sintomas dos filhos, a busca por serviços de qualidade e atendimento com especialista e o acesso à saúde em qualquer momento. Além disso, Millar *et al.*¹⁷ demonstraram quatro características maternas que influenciaram a autorreferência nos prontos-atendimentos para cuidados de saúde não urgentes: mães primíparas, solteiras, com menos de 21 anos e que não participaram de aulas de pré-natal. Desta forma, diante dos fatores expostos que implicam a vinda ao PSI e na apresentação das queixas pelos pais, compreendemos que é preciso considerar não somente a queixa, mas também (se não principalmente) o diagnóstico médico e condutas tomadas para discriminar se o que o bebê tem é uma patologia ou uma manifestação fisiológica e, acima de tudo, se é uma afecção urgente ou não.

Associado aos fatores referidos, há uma outra questão que dificulta a avaliação correta da condição do bebê apenas pela queixa: a inexistência de um escore neonatal que aponte gravidade de sintomas e qual é serviço de saúde ideal para a abordagem deles. Por isso, é preciso considerar qual a avaliação médica, o diagnóstico aventado, os exames solicitados e a classificação de risco para, então, sugerir se é uma doença ou de um "recém-nascido normal" e se é urgente ou não urgente.

Kennedy *et al.*¹⁸ utilizaram quatro critérios para classificar a afecção em não aguda: 1) sem encaminhamento médico; 2) código de triagem não urgente; 3) nenhuma investigação realizada no pronto-atendimento e 4) alta para casa, ou seja, consideraram as condutas médicas adotadas. Já, o estudo *The Clinical Differences between Urgent Visits and Non-Urgent Visits in Emergency Department During the Neonatal Period*¹⁹ classificou as consultas na emergência como não urgentes, se o paciente recebeu alta após raio-x simples de tórax ou abdome ou se não realizou nenhum exame laboratorial e, como urgentes, se foram feitos outros exames além do raio-x ou se foi hospitalizado, independentemente dos exames solicitados. Eles também avaliaram o tratamento realizado na emergência com base na apresentação do bebê, diagnóstico final, tempo de permanência no PS e disposições finais. Assim como em nosso trabalho, devido à presença de várias queixas, Yang HJ *et al.*¹⁹ as relacionou ao sistema de órgão acometido, considerando a apresentação inicial do neonato e o diagnóstico final.

Diante do exposto, ao considerar os diversos fatores que influenciam as famílias a levarem seus recém-nascidos ao pronto-atendimento, que são a inespecificidade dos sintomas que essa faixa etária apresenta e que pode compor diferentes quadros clínicos, e a inexistência de escores que norteiem a gravidade dos sintomas dos neonatos, concluímos que é preciso considerar outras variáveis, como a avaliação médica, o diagnóstico aventado, os exames solicitados e a classificação de risco que o neonato recebe ao ser admitido no hospital para, então, determinar se a queixa é uma manifestação fisiológica ou uma resposta a um patógeno e se é urgente ou não.

Uma outra limitação de nosso estudo foi não ter correlacionado a variável queixa com o sistema imune do recém-nascido, pois os dados não foram analisados de forma epidemiológica.

Estudos posteriores poderão nos oferecer melhor embasamento para avaliar a condição e a gravidade de sintomas dos recém-nascidos. Com isso, poderemos compreender, também, qual o uso do pronto-socorro infantil pela população da Zona Leste de São Paulo, como emergência propriamente dita, para tratamento de afecções urgentes, ou como ambulatório, para atendimento de manifestações fisiológicas ou afecções não urgentes. Assim, será possível direcionar e orientar as famílias sobre quais serviços de saúde são os mais adequados para levar seu neonato, sem que ele seja exposto, desnecessariamente, à microbiologia hospitalar e esteja sujeito a infecções nosocomiais.

CONCLUSÃO

Este estudo nos ofereceu dados descritivos preliminares do perfil dos bebês que vêm ao pronto-socorro infantil de um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde, de referência terciária e quaternária, e quais as suas principais queixas.

Isso nos possibilitará planejar estratégias de saúde como ações educativas para os pais e/ou responsáveis, de modo a instrumentalizar as famílias para o reconhecimento de sintomas urgentes de seus bebês.

REFERÊNCIAS

1. Condino-Neto A. Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência?/Susceptibility to infections: immunological immaturity or immunodeficiency? *Rev Med (São Paulo)*. 2014 abr.-jun.;93(2):78-82.
2. Diniz, L. M. O., & Figueiredo, B. de C. G. e. (2014). The newborn's immune system. *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(2), 233–240.
3. Ilan Dalal, MD, Chaim M Roifman, CM, MD, FRCPC, FCACB. Immunity of the newborn. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acesso em 9 mar, de 2020.)
4. Perry AM, Caviness AC, Allen JY. Characteristics and diagnoses of neonates who revisit a pediatric emergency center. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:58–62.
5. Batu, E. D., Yeni, S., & Teksam, O. (2015). The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 48(5), 542–547.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p
7. Lara BL, Aguilera PF, Garrido MV, Hirsch TB, Swadron S, Saldías FP. Consulta ambulatorial pediátrica no departamento de emergência de um hospital universitário. *Rev. Chilena pediátrica*. Santiago. 2014 abril; 85 (2).
8. Bazarra HM1, El Houchi S, Rady HI. Perfil dos pacientes que visitam o serviço de emergência pediátrica em um hospital universitário egípcio. *Pediatr Emerg Care*. 2012 fev; 28 (2).
9. Salgado, Pereira RM; Agüero, Concépcion FM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria (São Paulo)*. 2010 abr-jun; 32(2):90- 97.
10. Miranda NA. Rezende BD. Oliveira JSF. Franco MBS. Kawata LS. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Caracterização de crianças atendidas no pronto-socorro de um Hospital Universitário. *Revista eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4

(1):1531-1645

11. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em 19, jan de 2022.
12. World Health Organization (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.
13. Cesar J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *B.M.J.*1999; [S.l.], v. 318, p. 1316-20..
14. Albernaz E , Menezes A M, Cesar J A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *Rev. Saúde Pública*, 2003; [S.l.], v. 37, p. 37.
15. Gardinassi, Luiz Gustavo et al. Seasonality of viral respiratory infections in Southeast of Brazil: the influence of temperature and air humidity. *Brazilian Journal of Microbiology* [online]. 2012, v. 43, n. 1 [Accessed 19 January 2022], pp. 98-108. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1517-83822012000100011>>. Epub 02 May 2012. ISSN 1678-4405. <https://doi.org/10.1590/S1517-83822012000100011>.
16. Woolfenden, S., Ritchie, J., Hanson, R., & Nossar, V. Parental use of a paediatric emergency department as an ambulatory care service. *Australian and New Zealand journal of public health*,2000; 24(2), 204-206
17. Millar K R, Gloor J E., Wellington N , Joubert G I.. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*, 2000 16(3), 145-150.
18. Kennedy, T. J. T., Purcell, L. K., LeBlanc, J. C., & Jangaard, K. A.. Emergency department use by infants less than 14 days of age. *Pediatric emergency care*,2004; 20(7), 437-442.
19. Yang HJ, Jeon W, Yang HJ, Kwak JR, Seo HY, Lee JS. The Clinical Differences between Urgent Visits and Non-Urgent Visits in Emergency Department During the Neonatal Period. *J Korean Med Sci*. 2017 Nov; 32(11):1870-1875. <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.11.1870>.

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores.

Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações inclusas no trabalho a ser publicado.