

DOCUMENTO CIENTÍFICO

**TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO
A TERMO SAUDÁVEL**

Relatora: Helenilce de Paula F. Costa

(atualização em 15 de maio de 2012)

O tempo de permanência hospitalar vem decrescendo em vários países nas últimas décadas e essa tendência tem sido incorporada no Brasil, particularmente após o parto, sempre que a puérpera e o seu recém-nascido (RN) estiverem saudáveis.

A Academia Americana de Pediatria (AAP), em conjunto com o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), em 1992, definiram como **alta precoce** aquela que ocorre dentro das primeiras 48 horas pós-parto e **alta muito precoce** aquela que ocorre dentro das primeiras 24 horas¹.

A alta precoce foi implementada na década de 1990 nos Estados Unidos da América, em parte por iniciativa das agências de seguro saúde para reduzir os custos hospitalares. Estudos posteriores a esta rotina mostraram resultados conflitantes em relação às taxas de readmissão hospitalar nos primeiros 10 dias de vida²⁻⁶. Em resposta aos debates que se seguiram a respeito da morbidade pós-alta, e preocupados com o cuidado e a segurança das mães e de seus filhos, a maioria dos Estados e o Congresso Americano aprovaram uma lei em 1996 que garante um tempo médio de internação de 48 horas para o parto vaginal não complicado e de 96 horas para a cesariana⁴.

No Brasil não existe uma definição oficial sobre o tempo de permanência hospitalar pós-parto, estando vigente a **Portaria 1016 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União 167, de 1º de setembro de 1993**: *“As altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de Alojamento Conjunto e, ser este período importante na detecção de patologias neonatais”*.

Os entusiastas da alta precoce afirmam que ela é segura e vantajosa do ponto de vista médico, psicossocial e econômico, por reduzir o número de infecções hospitalares, satisfazer a vontade dos pais com menor tempo de internação e diminuir os custos hospitalares. Entretanto, as **desvantagens** desse tipo de alta são inúmeras⁵⁻¹⁰, a saber:

1. Pouco tempo para orientar sobre o aleitamento materno e o cuidado ao recém-nascido;
2. Falha na identificação de problemas neonatais e maternos, tais como: problemas cardiopulmonares, icterícia, cardiopatias congênitas canal dependente, obstruções gastrintestinais, megacolo congênito e endometrite ou outras infecções maternas, que podem se tornar aparentes durante os primeiros dias pós-parto e requerem um período de observação mais longo, por profissional qualificado e experiente;
3. Falência na identificação de problemas nutricionais precoces;
4. Não realização da triagem neonatal para erros inatos do metabolismo, hipotireoidismo, hemoglobinopatias e fibrose cística;
5. Aumento do número de reinternações por icterícia, febre e desidratação associadas à ingestão inadequada de leite, hipotermia, apneia, infecções e sepse com agravos à saúde;
6. Ausência de diminuição de custos, pois um programa com profissionais treinados em seguimento ficaria tão caro quanto o prolongamento da internação.

A estadia hospitalar da mãe e do RN é importante para identificar problemas e certificar que a mãe se sinta segura, capaz e preparada para cuidar dela e de seu filho em casa.

Não existe até o momento qualquer evidência científica de que a alta precoce seja um procedimento seguro na ausência de orientações pré-alta documentadas e de acompanhamento agendado, planejado e executado por profissionais qualificados¹¹⁻¹⁴.

O Comitê sobre Feto e Recém-nascido da AAP, em 2010, revisou os critérios publicados anteriormente e estabeleceu os **critérios mínimos**, listados abaixo, para o tempo de permanência e alta hospitalar de puérperas submetidas a parto vaginal, sem auxílio de instrumentos, e de seus recém-nascidos a termo (37 a 41 semanas completas) saudáveis, salientando que é pouco provável que todas estas condições sejam preenchidas antes de 48 horas do nascimento¹⁵.

1. Evolução pré, intra- e pós-parto sem complicação para a mãe;
2. RN com peso adequado para a idade gestacional;
3. Período de transição da vida intra- para a extra- uterina sem anormalidades;
4. Presença de diurese e eliminação de mecônio espontaneamente;
5. Ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
6. Existência de anotação escrita de que o RN está hábil para coordenar sucção, deglutição e respiração, enquanto é amamentado ao seio e/ou alimentado pelo menos por duas vezes com sucesso. É importante relatar a saciedade do RN e a inexistência de dor ou fissura na mama;
7. Avaliação e monitorização adequadas dos recém-nascidos para sepse neonatal precoce com base nos fatores de risco da mãe e de acordo com as diretrizes atuais para a prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B;
8. Documentação dos sinais vitais do RN, que devem estar normais e estáveis nas 12 horas que antecedem a alta (frequência respiratória < 60 respirações por minuto, frequência cardíaca de 100-160 batimentos por minuto, temperatura axilar de 36,1 a 37,0°C em berço aberto com vestimenta apropriada);
9. Administração das orientações sobre amamentação por equipe treinada. A mãe, ou preferencialmente ambos os pais, devem ter conhecimento, habilidade e confiança para dispensar cuidados adequados ao RN e reconhecer a ingestão inadequada de alimento, o agravamento da icterícia e eventual desidratação nos primeiros sete dias de vida;
10. Verificação de sangramento importante no local da circuncisão, se esta foi realizada;
11. Revisão de possíveis anormalidades no exame físico que podem requerer prolongamento da hospitalização;
12. Revisão dos exames laboratoriais realizados: sorologia materna para sífilis, HIV, hepatite B, tipagem sanguínea e Coombs da mãe e RN;
13. Realização dos testes de triagem para erros inatos do metabolismo, hipotireoidismo, hemoglobinopatias e fibrose cística com 48 horas após, no mínimo, duas alimentações plenas.
14. Realização do teste de triagem auditiva antes da alta;
15. Avaliação, por ocasião da alta, do risco clínico de desenvolvimento de hiperbilirrubinemia grave, segundo as diretrizes da AAP;
16. Realização da imunização para hepatite B na unidade neonatal ou encaminhamento para aplicação na primeira semana de vida, sendo importante a orientar sobre a continuidade da imunização em serviço de referência;
17. Orientação da família sobre a posição de dormir recomendada pela AAP (supina) e sobre os cuidados no transporte da criança;

18. Avaliação da família, do ambiente e dos fatores de risco social, como uso de drogas ilícitas, alcoolismo, fumo, antecedentes de negligência com irmãos, violência doméstica e doença mental, doenças transmissíveis, suporte social e econômico insuficiente, ausência de residência fixa. Deve-se retardar a alta, quando esses fatores estiverem presentes, solicitar apoio do serviço social e de ambulatórios da comunidade para salvaguardar o RN. É o princípio do cuidado centrado na família;
19. Todos os RN que recebem alta hospitalar antes de 48h devem ser examinados por médico pediatra nas próximas 48-72 horas com a finalidade de:
 - ◆ Avaliar a saúde em geral, padrão alimentar, técnica de aleitamento materno, aceitação e saciedade, hidratação, grau de icterícia e identificação de novos problemas clínicos que possam estar presentes;
 - ◆ Avaliar a adequada eliminação de urina e fezes;
 - ◆ Reforçar as técnicas dos cuidados de higiene, trocas de fralda, banho, posição adequada de dormir (supina) e durante o transporte;
 - ◆ Avaliar a segurança e habilidade dos pais nos cuidados com o RN, a qualidade da interação mãe-filho e detalhes de comportamento dos familiares;
 - ◆ Orientar que o ambiente da casa deve ser limpo e o quarto da criança livre de fumo;
 - ◆ Rever os resultados dos testes laboratoriais realizados antes da alta e
 - ◆ Encaminhar para seguimento em serviço de atenção primária em saúde orientando referências para situações de emergência.

Considerando-se todos os aspectos anteriormente citados, o **Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) alerta para os perigos e desvantagens de uma permanência hospitalar inferior a 48 horas e para a necessidade de cumprimento dos critérios mínimos citados e recomendados pela AAP para que a alta de recém-nascidos de termo saudáveis seja segura.**

Recomendações **antes da alta:**

- ◆ Esclarecer sobre os benefícios da amamentação para o binômio mãe-filho;
- ◆ Verificar resultado do VDRL, HIV e todas as sorologias realizadas na gestação;
- ◆ Verificar a perda total de peso. Se maior que 6%, reorientar as técnicas de amamentação, e considerar prolongamento da estadia hospitalar para o binômio mãe-filho;
- ◆ Verificar a tipagem sanguínea e teste de Coombs da mãe e do recém-nascido;
- ◆ Avaliar o risco clínico de hiperbilirrubinemia grave através da identificação de fatores epidemiológicos de agravo e/ou exames laboratoriais;
- ◆ Realizar o teste do “pezinho”, da “orelhinha” (emissões otoacústicas), reflexo vermelho e teste do “coraçãozinho” (saturação pré e pós-ductal);
- ◆ Realizar vacinação com vacina BCG e hepatite B;
- ◆ É desejável que a alta hospitalar e a saída sejam simultâneas: mãe-filho
- ◆ Recém-nascidos em condições clínicas estáveis, em aleitamento materno e sem intercorrências clínicas, pais capacitados, orientados e seguros – dar alta hospitalar **após 48 horas de vida;**
- ◆ Retorno ambulatorial 48 a 72 horas após a alta, de preferência já agendado, para vincular a família com as novas fontes de apoio, e para avaliar as condições de amamentação, hidratação, eliminações, icterícia e outras intercorrências ou possíveis doenças.

O Departamento de Neonatologia da SBP chama a atenção ainda para o cuidado de um grupo de RN com **idade gestacional de 34 a 36 semanas completas** (prematuros tardios) que comumente apresentam **peso acima de 2500g, ficam em alojamento conjunto com suas mães**, assemelham-se a RN de termo, **mas são pré-termos e imaturos** em vários aspectos fisiológicos e metabólicos e **não devem ser cuidados como se fossem de termo**¹⁶.

Esses prematuros tardios que recebem alta em 48 horas, especialmente em aleitamento materno exclusivo apresentam risco duas vezes maior de morbidade até 28 dias com perda de peso maior que 2% ao dia, icterícia (pico de icterícia ocorre do quinto ao sétimo dia), problemas alimentares, desidratação, hipotermia, apneia e infecções, as principais causas da reinternação hospitalar nos primeiros 10 dias de vida.

A extensão da estadia deverá ser baseada em **características únicas de cada binômio mãe-filho**, incluindo a saúde da mãe; saúde e estabilidade do RN; capacidade, habilidade e confiança da mãe para cuidar de si e de seu RN, o adequado suporte em casa e o acesso à assistência e seguimento qualificado.

Todos os esforços devem ser feitos para que mãe e RN tenham alta hospitalar juntos, e os profissionais que prestam assistência devem decidir, em concordância com a família, sobre o momento mais adequado da saída.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. In: Guidelines for Perinatal Care. 3th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics;1992.
2. Braveman PA, Egerter SA, Pearl M, Marchi KS, Miller C. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics*. 1995; 96: 716-26.
3. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr*. 1995;127:758-66.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*. 1995; 96:788-90.
5. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. *JAMA* 1997;278:293-8.
6. Maisels MJ, Kring E. Early discharge from the newborn nursery-effect on scheduling of follow-up visits by pediatricians. *Pediatrics*. 1997;100:72-4.
7. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. In: Guidelines for Perinatal Care. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
8. Egerter SA, Braveman PA, Marchi KS. Follow-up of newborns and their mothers after early hospital discharge. *Clin Perinatol*. 1998; 25:471-81.
9. Malkkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early post partum discharge. *Obstet Gynecol*. 2000;96:183-8.
10. Hyman DA. What lessons should we learn from drive-through deliveries? *Pediatrics*. 2001;107: 406-7.
11. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(3):CD 002958.
12. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics*. 2003;111:519-24.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*. 2004;113:1434-6.
14. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state medicaid population. *Pediatrics* 2004;113:1619-27.
15. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125:405-9.
16. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S, *et al*. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Clin Perinatol*. 2006; 30:61-8.