

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE RECÉM-NASCIDOS ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MORADA NOVA, CEARÁ

Geraldo Gonzalez Talabera ⁽¹⁾; Francisco Regis da Silva ⁽¹⁾; Tereza Cristina Mota de Souza Alves ⁽²⁾; Maria Luciana de Almeida lima ⁽³⁾; Francisco José Maia Pinto ⁽⁴⁾

¹ Universidade de Havana, Cuba; Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Morada Nova, Ceará.

E-mail: geraldogonzaleztalabera@yahoo.es;

¹ Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

E-mail: regisfrs@hotmail.com;

² Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Morada Nova, Ceará.

E-mail: terezacristinamotadesousaalves@gmail.com;

³ Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Morada Nova, Ceará.

E-mail: mllima_1@homail.com;

⁴ Universidade Estadual do Ceará (UECE).

E-mail: maia.pinto@yahoo.com.br.

Resumo: Para que um recém-nascido cresça de forma saudável, este deve ter sido acompanhado através de um pré-natal de qualidade e humanizado, e posterior puericultura. Logo, objetivou-se com este estudo traçar o perfil clínico dos recém-nascidos acompanhados por uma Equipe Estratégia Saúde da Família em Morada Nova, Ceará. Trata-se de um estudo documental e transversal. Os dados foram coletados no mês de abril de 2016. Foram incluídos 30 recém-nascidos no estudo, todos de uma área adstrita a Unidade Básica de Saúde “São Francisco I”. As variáveis analisadas foram: sexo, número de consultas (pré-natal), tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, patologias perinatais, tempo de lactância materna e/ou alimentação do recém-nascido e vacinação. Os dados foram tabulados através do programa *Excel*[®], 2010, e analisados através de percentual e confrontados com a literatura científica que aborda tal temática. Foi observado que entre os recém-nascidos, a maioria era do sexo feminino 63,33% (n=19), e 36,66% (n=11) do sexo masculino. Todos as crianças, apresentaram esquema de vacinação atualizada. Em relação ao número de consultas pré-natal, percebeu-se que 96,66% (n=29) tiveram entre 10 a 12 consultas. Já o tipo de parto, predominou o tipo cesárea 73,33% (n=22), e parto normal, com 26,66%. Em relação ao tempo de lactância materna e/ou alimentação do recém-nascido, 36,66% (n=11) foi amamentado até um mês de vida. Apenas 6,66% (n=02) foi amamentado até o sexto mês. Desta forma, ressalta-se a importância deste estudo, para que se possa traçar ações que promovam a saúde mãe-filho(a), em diversos aspectos.

Palavras-chave: Epidemiologia, Saúde da Criança, Saúde Coletiva.

Introdução

Sabe-se que desde a fecundação até o nascimento ocorrem diversas transformações para que uma vida se torne viável. Todas estas transformações aproximadamente tem um tempo de duração de quarenta semanas gestacionais, dando lugar a um ser extremamente complexo. Essas alterações precisam serem acompanhadas e avaliadas ao longo da gestação, para o nascimento de uma criança saudável. Esta deve ser acompanhada por uma da Estratégia Saúde da Família (BARONE; CROSSETI; OSKI, 2007).

Neste sentido, destaca-se que a assistência em neonatologia, que se inicia desde o planejamento familiar, em que o casal se prepara para a gravidez. Esta acontecerá de forma saudável desde que seja acompanhada através de um pré-natal de qualidade e humanizado, e principalmente, de fácil acesso nos serviços de saúde e que garanta consultas durante toda a gestação e com um serviço de qualidade (BRASIL, 2006).

Desta forma, é por meio da assistência prestada durante a gravidez que é possível detectar intercorrências que possam antecipar ou prolongar o nascimento da criança. Desta forma, destaca-se a importância de se classificar o recém-nascido de acordo com a idade gestacional e o peso de nascimento. Além disso, deve-se investigar outras

situações, tais como: tipo de parto, patologias perinatais, entre outras variáveis. Desta forma, tais classificações são úteis para o profissional de saúde para avaliar o estado geral da criança durante o acompanhamento na puericultura pela Equipe de Saúde (LIMA; BRAGA, 2004; BARONE; CROSSETI; OSKI, 2007).

Neste contexto, elenca-se a importância de se realizar a puericultura, que segundo o Ministério da Saúde (2006), ela deverá ser iniciada na primeira semana de vida da criança com a visita domiciliar, por meio da busca ativa, para detectar precocemente as doenças prevalentes no recém-nascido, principalmente no período neonatal, e, assim, reduzir os índices de mortalidade por causas evitáveis.

Nesta situação, além de providenciar meios de enfrentar condições desfavoráveis ao crescimento, o atendimento visa, também, compreender a criança em seu ambiente social e familiar, envolvendo a mãe no cuidado para fortalecer o vínculo do binômio e promover os cuidados com a criança, nos mais diversos aspectos, como, por exemplo, destaca-se a lactância materna. (SEGRE; SANTORO JUNIOR, 2001; DEL CIAMPO, et al., 2006).

Baseado nas considerações acima, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico dos recém-nascidos acompanhados por uma Equipe Estratégia Saúde da Família em Morada Nova, Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental e transversal, do tipo descritivo-analítico. Os dados foram coletados no mês de abril de 2016. Foram incluídos 30 recém-nascidos no estudo, todos de uma área adstrita a Unidade Básica de Saúde “São Francisco I”, na cidade de Morada Nova, Ceará. São, portanto, dados primários e secundários, pois, os referidos foram obtidos através das consultas médicas e prontuários.

As variáveis analisadas foram: sexo, número de consultas (pré-natal), tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, patologias perinatais, tempo de lactância materna e/ou alimentação do recém-nascido e vacinação.

Assim, os dados foram tabulados através do programa *Microsoft Office Excel*[®], 2010, e analisados através de percentual. Além disso, os resultados foram confrontados com a literatura científica que aborda tal temática.

Resultados e Discussões

Foi observado que entre os recém-nascidos, a maioria era do sexo feminino 63,33% (n=19), e 36,66% (n=11) do sexo masculino. Todas as crianças, apresentaram esquema de vacinação atualizada.

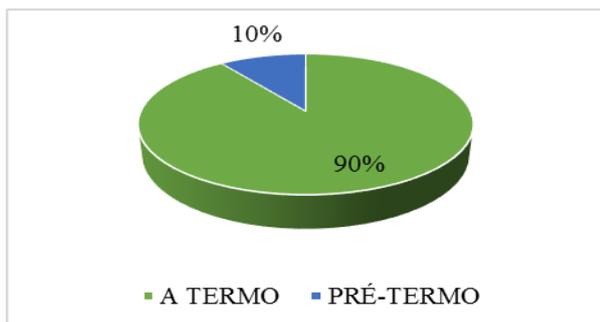
Investigou-se o número de consultas pré-natal, percebeu-se que 96,66% (n=29) tiveram entre 10 a 12 consultas, o que se classifica como ideal (Gráfico 01).

Gráfico 01. Número de consultas pré-natal. Morada Nova/CE, 2016.



Em um estudo realizado por Ramos e Cuman (2009) ao estudar os fatores de risco para prematuridade, em um estudo do tipo documental, em relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, os autores perceberam que 32% realizaram sete ou mais consultas, 51% realizaram de 4 a 6 consultas, 14% realizaram de 1 a 3 consultas e 3% não realizaram nenhuma consulta. Nossos resultados indicam que, apesar da padronização no serviço de saúde para a realização do acompanhamento do pré-natal, ainda há baixa adesão a esse protocolo. Assim, tais resultados foram divergentes dos demonstrados na presente pesquisa.

Desta forma, de acordo com Alexander e Kotelchuck (2001), um atendimento de qualidade nas consultas de pré-natal pode e deve desempenhar um papel



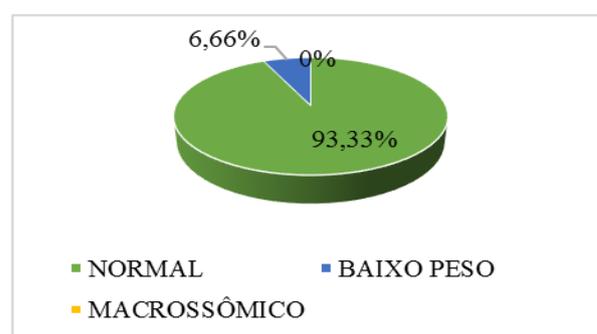
Em uma pesquisa realizada por Rodrigues e Zagonel (2010), os referidos autores, investigaram em um grupo de adolescentes, a variável idade gestacional, assim, percebeu-se que as adolescentes que tiveram recém-nascidos prematuros, o percentual variou de 5,58% a 7,13%; os resultados deste estudo concordam com os dados da literatura, quanto à idade gestacional de pré-termo. Em outro estudo no município de Campinas, São Paulo, pelos dados coletados através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), mostrou índice geral de prematuridade de 6,2%, sendo 7,6% filhos de adolescentes; e, entre as mães de nascidos vivos de baixo peso e prematuros, 22,8% e 25,9%, respectivamente, eram adolescentes.

Neste contexto, segundo a literatura, quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional maior o risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico. Assim, prematuros que nascem com menos de 1,5 kg e/ou 32 semanas de idade gestacional são considerados de maior

risco para alterações do desenvolvimento (VIANA; ANDRADE; LOPES, 2014).

Neste sentido, o peso ao nascer foi outra variável estudada, assim, em relação ao referido, constatou-se que 93,33% (n=28) nasceram com o peso normal, ou seja, entre 2500g a 4000g (Gráfico 04).

Gráfico 04. Peso ao nascer. Morada Nova/CE, 2016.

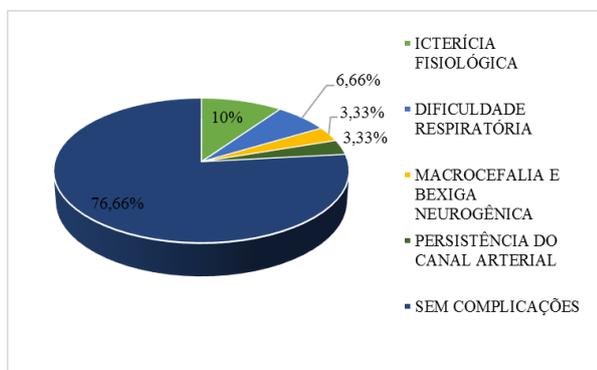


Em um estudo realizado em Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, Rodrigues e Zagonel (2010), ao avaliarem o peso ao nascer de crianças, verificaram que 69,39% a 71,29% de neonatos nascidos, apresentaram peso acima de 3.000g. Já o estudo realizado por Oliveira, Junior e Costa (2013), os referidos, ao estudarem epidemiologicamente, o perfil de óbitos em sala de parto, caracterizaram os recém nascidos de acordo com o peso ao nascer, os pesquisadores perceberam que a média de peso foi de 1.850g considerado como baixo peso ao nascer. Assim, fica evidente que o baixo peso é um fator de risco para óbito dos recém-nascidos.

Desta forma, em um estudo sobre mortalidade perinatal, foi encontrada maior associação entre óbitos no período perinatal e presença de prematuridade, seguida pelo baixo peso ao nascer. Outras variáveis, como idade da mãe superior a 34 anos, hospital de nascimento pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e escolaridade materna, mantiveram-se como fatores de risco (AQUINO et al., 2007).

No que se refere as patologias perinatais, percebeu-se que a maioria 76,66% (n=23) não apresentaram nenhuma complicação/patologia (Gráfico 05).

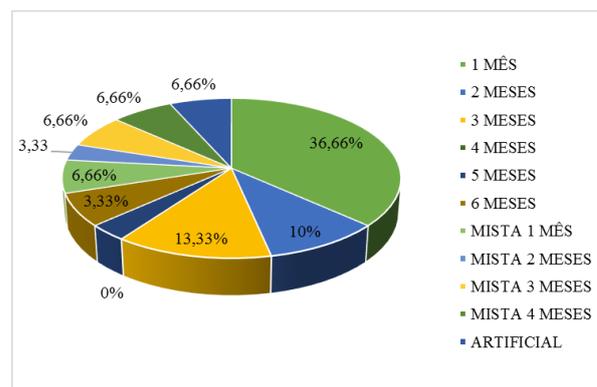
Gráfico 05. Patologias perinatais. Morada Nova/CE, 2016.



No presente estudo houve um predomínio de nascidos vivos sem complicações e/ou patologias associadas. Isso, remete ao um bom funcionamento da equipe de saúde que presta os serviços de assistência de pré-natal (VIANA; ANDRADE; LOPES, 2014).

Em relação ao tempo de lactância materna e/ou alimentação do recém-nascido, 36,66% (n=11) foi amamentado até um mês de vida. Apenas 6,66% (n=02) foi amamentado até o sexto mês (Gráfico 06).

Gráfico 06. Lactância materna e/ou alimentação do recém-nascido. Morada Nova/CE, 2016.



Em anos recentes põe-se novamente em destaque a importância de se iniciar precocemente a amamentação. Um estudo realizado em quatro distritos rurais de Gana analisou dados de 11.316 crianças não gêmeas nascidas entre julho de 2003 e junho de 2004, sobreviventes ao segundo dia após o nascimento e que haviam iniciado a amamentação. Os principais achados apontam que a amamentação precoce pode levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Essa mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora. Os efeitos da amamentação sobre a redução da

mortalidade infantil já são conhecidos há alguns anos, como citado acima, mas este parece ter sido o trabalho pioneiro a discutir a importância da amamentação precoce na prevenção da mortalidade neonatal (EDMOND et al., 2006).

Assim, os autores procuram justificar como a amamentação precoce poderia afetar o risco de morrer no período neonatal. Os mecanismos seriam pelo menos os seguintes: (1) as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem-sucedidas na prática da amamentação; (2) os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino imaturo; (3) o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos; (4) o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia (EDMOND et al., 2006).

Conclusões

Os resultados demonstram no presente estudo, que as consultas de pré-natal foram adequadas, ou seja, entre 10 a 12 consultas. Prevaleceu como aspecto negativo um alto índice de cesáreas, o qual, traz inúmeras complicações. Houve, um predomínio de recém-nascidos a termos, com peso ao nascer adequado, sem patologias e com aleitamento materno até um mês. Assim, elenca-se a

necessidade, de ações que promovam os benefícios do aleitamento materno.

Desta forma, ressalta-se a importância deste estudo, para que se possa traçar ações que melhorem a saúde do binômio mãe-filho(a), em diversos aspectos.

Portanto, destaca-se, a necessidade de estudos que avaliem o perfil clínico-epidemiológico de recém-nascidos, no intuito de se aprimorar o trabalho da Equipe Estratégia Saúde da Família.

Agradecimentos

Agradecemos a Prefeitura Municipal de Morada Nova, Ceará, e a Secretaria Municipal de Saúde deste município, pelo total apoio na realização deste trabalho.

Referências

AQUINO, T. A.; GUIMARÃES, M. J.; SARINHO, S. W.; FERREIRA, L. O. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 12, p. 2853-2861, 2007.

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research. **Public Health Reports**, v. 116, s/n, p. 306-316, 2001.

BARONE, M. CROSSETI M, O. S. K. I. **Fundamentos de Pediatria**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas. Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré- natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.unitau.br/scripts/2009/arquivos_medicina/manual_tecnico_pre_natal_e_puerperio.pdf>. Citado em 20 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

COSTA, M. C. O, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. **Cad Saude Publica**, v. 18, s/n, 715-722, 2002.

DEL CIAMPO L. A, et al.,. O Programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-43, 2006.

EDMOND K. M, et al.,. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, s/n, p. 380-386, 2006.

LIMA, G. S.; BRAGA, T. D. A. **Neonatologia**: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MARQUE, F. C.; DIAS I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439 – 447, 2006.

OLIVEIRA, A. R. R.; JUNIOR, J. C. L.; COSTA, M. F. S. Perfil dos óbitos de recém-nascidos ocorridos na sala de parto de uma maternidade do Rio de Janeiro, 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 501-508, 2013.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em foz do iguaçu/ pr: indicador para planejamento do

cuidado do enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 534-542, 2010.

SEGRE, C. A. M.; SANTORO JUNIOR M. Pediatría: diretrizes básicas de organização de serviços. In: JUNIOR, M. S. **Hierarquização da assistência ambulatorial pediátrica**. São Paulo: Savier; 2001. p.54-8.

VIANA, T. P.; ANDRADE, I. S.; LOPES, A. N. Desenvolvimento cognitivo e linguagem em prematuros. **Audiol Commun Res**, v. 19, n. 1, p. 1-6, 2014.