

ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO PARA ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO: ÊNFASE NAS VARIÁVEIS MATERNAS

Débora Teles de Oliveira¹
Leticia Kelly Costa Silva²
Natalia Rodrigues de Oliveira³
Lusiana Moreira de Oliveira⁴
Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso⁵

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar as variáveis sociodemográficas de mães de crianças que apresentam risco para alteração no crescimento e desenvolvimento. Tratou-se de estudo descritivo, documental e retrospectivo, desenvolvido em um ambulatório especializado de Pediatria da Universidade Federal do Ceará, por meio da análise dos dados de 72 instrumentos utilizados na consulta de Enfermagem. Os dados foram agrupados no programa Excel® e analisados por estatística descritiva. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. As principais intercorrências relatadas e observadas nas consultas relacionaram-se a hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes gestacional. Concluiu-se que as variáveis maternas são um dos fatores para desenvolvimento atípico das crianças, logo a capacitação dos enfermeiros é fundamental para a eficácia no atendimento, uma vez que permite a identificação precoce de fatores que podem contribuir para déficit no crescimento e no desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Binômio Mãe-Filho, Alterações Maternas, Desenvolvimento Infantil.

INTRODUÇÃO

Desde a gestação mãe e filho constroem uma interação. Esta por sua vez, estrutura-se de diversas formas, manifestando possibilidades de relações de dependência/autonomia, afeto/desafeto, onipotência e impotência frente a fragilidade e força da vida (Pereira *et al.*, 2014). Estas interações, que por vezes são consideradas contraditórias ou inadequadas, manifestam-se em diferentes ambientes e intensidades, em razão das variáveis às quais a mãe está exposta. (Esteves & Borges, 2007).

No decorrer do ciclo gravídico puerperal as mulheres e seus fetos estão suscetíveis à presença de doenças exclusivas ao período, culminando na classificação da gestação como

¹ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, debis.teles2@gmail.com;

² Graduado pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, leticiaa.costa@outlook.com;

³ Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, natalia87_r@yahoo.com.br;

⁴ Mestranda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, lusianamoreira03@gmail.com;;

⁵ Professor orientador: Professora Titular-Livre da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador 1B Cnpq. titulação, Faculdade Ciências - UF, cardoso@ufc.br.

alto risco para atendimento e cuidados nos serviços de saúde (Brasília, 2012). A ocorrência de tais doenças contribui com o aumento dos índices de morbimortalidade materna e perinatal (Kerber e Melere, 2017). As principais complicações incidentes para tal público são as Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) (Kerber e Melere, 2017) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (Luz, 2015).

Embora, a maternidade seja considerada como uma condição inerente à mulher, o fato é que tornar-se mãe envolve a aprendizagem de uma série de habilidades e competências, em contextos sociais que muitas vezes são desfavoráveis, ou mesmo, de risco (Gonçalves, 2008), dentre elas pode se destacar a hipertensão, o diabetes, o desemprego, o uso de drogas, a exposição a ambientes contaminados ou com baixo nível de saneamento básico e pobreza (Pereira *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da criança aborda dois processos intimamente ligados: a maturação biológica, determinada geneticamente, e os processos de aprendizagem, sendo estes influenciados pelo meio e, portanto, dotado de características individuais (Azcoaga JE, 1997).

As diversas necessidades adquiridas pelas crianças são heranças do processo terapêutico reparador de sua condição de saúde/doença referente às afecções perinatais, necessitando de cuidados de saúde mais complexos (MORAES, CABRAL, 2012). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é fundamental para prevenção de doenças, agravos e para a promoção da saúde desta clientela. Através do enfoque a atenção integral no atendimento, cada vez mais tem-se prevenido doenças na primeira infância (BRASIL, 2012).

As orientações que os profissionais da saúde dialogam nas consultas são essenciais para continuidade do cuidado no domicílio, sendo necessário, que a população se empodere para prevenir complicações advindas de um possível adoecimento, os cuidados que devem ser realizados para evitar reincidências e a explicação de cada patologia que a criança apresenta (PINTO *et al.*, 2015). Promoção de saúde, por meio da puericultura, diagnóstico precoce de desvios do crescimento e do desenvolvimento saudáveis ou de enfermidades e uso de condutas apropriadas podem ser facilitadas por meio de uso de normas padronizadas de acompanhamento e protocolos clínicos. (Ceará, 2016).

Diante disso, justifica-se este estudo mediante a necessidade de conhecer as principais condições clínicas maternas, para defender o desenvolvimento de estratégias de resolução adequadas as especificidades dessas crianças, dado o contexto atual de prevalência

de doenças vividas na infância e que favorecerá o desenvolvimento de outros estudos voltados a estes públicos.

OBJETIVO

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é caracterizar as variáveis sociodemográficas de mães de crianças que apresentam risco para alteração no crescimento e desenvolvimento.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, retrospectivo, desenvolvido em um serviço público especializado em pediatria no Ceará, por meio da análise dos dados instrumentos utilizados na consulta de Enfermagem. Os atendimentos tiveram início em 2013 com a implementação da consulta de enfermagem no referido serviço vinculado ao Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC), que trata-se de um grupo de ensino, pesquisa e extensão vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que desenvolve pesquisas sobre a saúde da criança, principalmente aquelas nascidas com risco para alteração na saúde como: prematuridade, malformações congênitas e egressas da unidade neonatal.

A amostra constou de 72 mães e 74 crianças, avaliados de janeiro de 2014 a julho de 2018. Vale ressaltar que a diferença entre a quantidade de mães e de filhos é referente à gemelaridade. O critério de exclusão foi instrumentos que apresentaram o comparecimento inferior a três consultas de Enfermagem, pois não permitiram acompanhar o desenvolvimento clínico e social da criança. A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2019, sendo realizada por cinco pesquisadoras de forma conjunta.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: na primeira etapa foi feita análise das evoluções das consultas de enfermagem e destacado nestas, idade, sexo da criança e as informações que traziam dados referentes às condições clínicas de adoecimento, queixa ou alteração fisiológica da criança. Na segunda etapa os dados foram tabulados no *Excel*® e separados conforme as alterações diferenciados em sistema respiratório, gastrointestinal, pele/anexos, sono, alimentação/nutrição, medicamentos utilizados e desenvolvimento neuromotor/neurológico. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e posteriormente analisados utilizando a estatística descritiva e inferencial e posteriormente apresentados em

tabelas.

O projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com parecer CAAE nº 02202918.7.0000.5054. Todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, como exigência para realização de pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 72 mães de filhos atendidos em um ambulatório especializado de pediatria por apresentarem algum risco para desenvolvimento saudável. Ao consultar os instrumentos utilizados nas consultas de enfermagem observou-se que as mães tinham uma média de 26 anos, variando de 15 a 38 anos, onde 47,6% relataram ter concluído o ensino médio.

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas de mães de recém-nascidos atendido com risco para alterações na saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2019.

Variáveis Maternas n=66	N	%	Média±Desvio Padrão
Idade (anos)			
15 – 18	9	13,6	26,8±6,8
19 – 29	35	53	
≥ 30	20	30	
Não Informado	2	3	
Estado Civil			
Solteira	10	15,1	
Casada	27	40,9	
União Consensual	29	43,9	
Escolaridade			
Ensino Fundamental incompleto	13	19,6	
Ensino Fundamental completo	6	9,09	
Ensino Médio Incompleto	13	19,6	
Ensino Médio Completo	28	42,4	
Ensino Superior Incompleto	2	3,03	
Ensino Superior Completo	3	4,5	
Não Informado	1	1,5	
Renda Familiar (Em Reais)			
724-1000	34	51,5	
1001-1500	8	10,6	
1501-2000	14	21,2	
2001-2500	1	3	
2501-3000	2	3	
3001-3940	1	1,5	
Não Informado	6	9	

Fonte: Prontuário dos recém-nascidos.

Idade materna: conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

Estudos mostram que o maior o nível de escolaridade das mães é um fator que está diretamente relacionado a uma maior variedade de estimulação e interação com os seus bebês (Cho J, *et al.*, 2004, Ceballos AGC, Cardoso C , 2009; Santos JN, 2008; Ribas AFP, Moura MLS., 2007) e ainda a um maior conhecimento do desenvolvimento do bebê (Hekavei T, Oliveira JP, 2009). A escolaridade materna também será determinante no desenvolvimento mental da criança, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o desenvolvimento da criança (Stoelhorst GMSJ *et al.*, 2003 e Andrade SA *et al.*, 2005)

O ambiente familiar de crianças de famílias de baixa renda é qualificado como de risco para interação familiar e com baixa estimulação verbal e cognitiva, principalmente no que se refere à interação materno-infantil de mães que possuem baixa escolaridade (Zamberlan MAT, 2002). Estes fatores são preponderantes inclusive em prematuros, pois há evidências da influência de fatores socioeconômicos e educacionais no desenvolvimento e prognóstico de crianças prematuras (Formiga CKMR, Linhares MBM, 2009).

Além dos fatores apresentados, outros estudos indicaram que variáveis maternas, como idade (Sartori, Saccani & Valentini, 2010), escolaridade, renda (Fraga, Linhares, Carvalho & Martinez, 2008) e indicadores emocionais maternos, como ansiedade (Pereira, Lima, Legay, Santos & Lovisi, 2011) podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento do bebê.

Tabela 2: Variáveis obstétricas de mães de recém-nascidos atendido com risco para alterações na saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2019.

Variáveis Obstétricas n=66	N	%
Tipo de parto		
Cesária	47	65,3
Normal	23	31,9
Não Informado	2	2,7
Doença Crônica Materna	Total	%
HAS	23	31,9
DMG	13	18
Coagulopatia do fator x	1	1,3
Enxaqueca	1	1,3
Epilepsia	1	1,3
Não Informado	33	50,7

Com relação aos dados ginecológicos e obstétricos, a cesárea correspondeu a 75,3% dos partos avaliados e as principais intercorrências durante a gravidez foi hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 35% dos casos e diabetes mellitus com 20%.

Quando direcionada por meio de uma indicação clínica adequada, a cesárea é uma intervenção eficaz que objetiva diminuir a morbimortalidade materna e neonatal. Porém, o problema está associado a diversos fatores não clínicos, mostrando grande relação com o número crescente de cesáreas (GIBBONS et al., 2012). No Brasil, o modelo de assistência ao parto é caracterizado por excesso de intervenções, o que tem contribuído para o aumento de cesáreas e a morbimortalidade materna e neonatal (GOMES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2015). No País, em 2013, as taxas de cesariana representaram 55% dos nascimentos, sendo 86% no setor privado e 46% no setor público (BRASIL, 2013).

Dentre as complicações maternas infecciosas mais frequentes após parto cesáreo incluem febre (morbidade febril), infecção da pele e dos tecidos moles (infecção de sítio cirúrgico), endometrite (inflamação do revestimento do útero) e infecção do trato urinário, que ocorrem em 8% das mulheres. Ocasionalmente, podem ocorrer complicações infecciosas graves, incluindo abscesso pélvico, bacteremia, choque séptico, fascite necrosante e tromboflebite da veia pélvica séptica, que podem levar à mortalidade materna (MARCHOCKI et al, 2018).

A síndrome hipertensiva gestacional atualmente é a principal causa de morte materna, atingindo entre 10% e 22% das gestantes, auferindo índices de mortalidade de 86% para as mães e 75% dentre os fetos (OLIVEIRA, 2010). A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), compreende a Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Síndrome de HELLP e a Hipertensão Arterial Sistêmica, e sua prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. A mortalidade materna durante a gravidez e o parto, caiu de 34% em todo o mundo, passando de uma estimativa de 546 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV) em 1990 para 358 mortes por 100.000 NV em 2008 (LIMA, et al. 2017).

A hipertensão gestacional é o aumento da pressão arterial após a 20ª semanas de idade gestacional sem proteinúria, havendo o risco de desenvolver uma pré-eclâmpsia precoce e posteriormente uma doenças cardiovasculares. Enquanto o feto pode apresentar uma restrição de crescimento intrauterino, risco em decorrência da resistência à insulina precoce (FREIRE E TOLDODI, 2009).

A Diabetes Mellitus Gestacional (SIGLA) consiste no problema metabólico de maior prevalência do período gestacional (OLIVEIRA, 2013). De acordo com Silva (2007), no sistema público de saúde do Brasil, 7,6% das gestantes com mais de 20 anos são portadoras de DMG. Além disso, a mortalidade perinatal é quatro vezes maior nesse grupo e a morbidade também está aumentada, com altos índices de macrossomia, toco-traumatismo e complicações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia), hematológicas (bilirrubinemia, policitemia) e respiratórias.

Além desses fatores, outros problemas relacionados com a DMG são a Síndrome de Angústia Respiratória, policitemia, hipocalcemia, retardo de crescimento intrauterino e hiperbilirrubinemia. O aumento do risco de obesidade e intolerância a glicose na infância e na fase adulta está relacionada com o contato do feto com o diabetes materno. É importante também a observação materna, já que as mulheres com DMG podem desenvolver certos riscos, como o de apresentarem a pré-eclâmpsia e, também, possuem maiores chances de adquirir diabetes após o parto (ABI-ABIB *et al.*, 2014).

Muitas são as anomalias congênitas presentes nos filhos de mães diabéticas, sendo as cardíacas, neurológicas e esqueléticas as mais comuns e a síndrome da regressão caudal a mais frequente. Já a manifestação mais característica é a macrossomia fetal, que pode ser detectada em cerca de 30% dos casos, levando até mesmo a traumas obstétricos e distorção do ombro. A hiperinsulinemia fetal, que resulta do diabetes materno, é um fator importante no crescimento fetal excessivo. Outros fatores maternos além da hiperglicemia, como obesidade e concentração sérica de aminoácidos e lipídeos, também influenciam o peso fetal. Filhos hiperinsulinêmicos de mães diabéticas possuem um risco aumentado de hipoglicemia após o parto (ABI-ABIB *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com essa pesquisa que as variáveis maternas contribuem para um possível desenvolvimento atípico entre as crianças observadas nos atendimentos de enfermagem, sobressaindo-se a hipertensão arterial sistêmica e diabetes gestacional. Com base nessa evidência, é importante salientar a importância do enfermeiro para o diagnóstico e tratamento precoce de prováveis complicações advindas do histórico materno, favorecendo uma intervenção multiprofissional rápida e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. ABI-ABIB, R, *et al.* Diabetes na gestação. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.13,n.3,p.40-47,2014 .Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12136>> . Acesso em: 12 Jul. 2019.
2. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev saúde públ [online]*. 2005;39(4):606-11. ISSN 0034-8910.
3. Azcoaga JE. Los retardos del lenguaje en el niño. Buenos Aires: Paidós; 1997
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2013**. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
6. CEBALLOS AGC, CARDOSO C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. **Rev soc bras fonoaudiol. [online]**. 2009;14(4):441-5. ISSN 1516-8034.
7. CHO J, HOLDITCH-DAVIS D, BELYEA M. GENDER, ethnicity, and the interections of prematurely born children and their mothers. **J pediatr nurs.** 2004;19(3):163-75
8. CRESPIAN, J. Puericultura: ciência, arte e amor. 3º ed. São Paulo: Roca, 2010.
9. FORMIGA CKMR, LINHARES MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev esc enferm USP [online]**. 2009;43(2):472-80. ISSN 0080-6234.
10. FREIRE, CMV; TEDOLDI, CL, Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.93, n.6, supl.1 São Paulo, 2009.
11. Hekavei T, Oliveira JP. Evoluções motoras e linguísticas de bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva de mães. *Rev bras educ espec [online]*. 2009;15(1):31-44. ISSN 1413-6538.
12. GIBBONS, L. *et al.* Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 206, n. 4, 2012.

13. GOMES, ARM, *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Rev Recien**, v. 11, n. 4, p. 23-7, 2014.
14. KERBER GF, MELERE C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Rev. cuid.** v. 8, n. 3, p. 899-906, 2010.
15. LIMA, CMS; *et al.* Estudo da Prevalência da Doença Hipertensiva da Gravidez – O Panorama no Sertão Central. **Faculdade Uicatólica - Mostra Científica Farmácia**, v. 4, n. 1, 2017.
16. LUZ, BG, *et al.* O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. **J. Health Biol. Sci**, v. 3, n. 3, p. 137-43, 2015.
17. Marcondes E. Ser Puericultor. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: **SARVIER**; 2002; p.33-48.
18. MARCHOCKI, Z. et al. Amniotic fluid C-reactive protein as a predictor of infection in caesarean section: a feasibility study. **SCIENTIFIC REPORTS**. v. 8, 2018.
19. Murahovschi J. Puericultura no ambulatório e no consultório. In: Murahovschi J. *Pediatria. Diagnóstico + Tratamento*. São Paulo: **SARVIER**; 2003.13.
20. NASCIMENTO, R. R. P. et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. esp, p. 119-26, 2015.
21. PEREIRA, Veronica Aparecida et al . Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando fam.**, v. 18, n. 1, p. 64-77, 2014.
22. OLIVEIRA ACM, GRACILIANO NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **J. nurs. health.** v. 24, n. 3, p. 441-51, 2015.
23. OLIVEIRA GS, PAIXÃO GPN, FRAGA CDS, SANTOS MKR, ANDRADE MS. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Rev. Cuid.** V. 8, n.2, p. 1561-72, 2017
24. Ribas AFP, Moura MLS. Responsividade materna: aspectos biológicos e variações culturais. *Psicol reflex crit* [online]. 2007;20(3):368-75. ISSN 0102-7972.
25. Santos JN, Lemos SMA, Rates SPM, Lamounier JA. Habilidades auditivas e desenvolvimento de linguagem em crianças. *Pró-Fono Rev atual cient* [online]. 2008;20(4);255-60. ISSN 0104-5687.

26. SILVA JC, et. al. Tratamento do diabetes mellitus gestacional com gli-benclamida: fatores de sucesso e resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 29, n. 11, p. 555-60, 2007
27. Stoelhorst GMSJ, Rijken M, Martens SE, Zwieten PHT, Feenstra J, Zwinderman H, Wit JM, Vees S. Developmental outcome at 18 and 24 months of age in very preterm children: A cohort study from 1996 to 1997. *Early hum dev*. 2003;72(2):83-95.
28. Zamberlan MAT. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estud psicol [online]*. 2002;7(2):399-406. ISSN 1413-294X.