



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia
España

Moreira Christoffel, M.; Ribeiro, F.; Terra, C. A.
RECIÉN NACIDOS EGRESADOS DE LA MATERNIDAD MUNICIPAL DE RIO DE JANEIRO:
DIAGNÓSTICO DE SALUD MATERNAL E INFANTIL A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE
ENFERMERÍA NEONATAL.

Enfermería Global, vol. 4, núm. 2, noviembre, 2005, pp. 1-16
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834730006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



CLÍNICA

RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS DAS MATERNIDADES MUNICIPAIS DO RIO DE JANEIRO: DAIGNÓSTICO MATERNO-INFANTIL ATRAVÉS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NEONATAL.

RECIÉN NACIDOS EGRESADOS DE LAS MATERNIDAD MUNICIPAL DE RIO DE JANEIRO; DIAGNÓSTICO DE SALUD MATERNAL E INFANTIL A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEONATAL.

***Moreira Christoffel, M., **Ribeiro, F., ***Terra, C. A.**

*Professora Adjunta. Departamento Materno-Infantil. **Aluna graduação enfermagem 8o. Período. Bolsista PIBIC/UERJ. ***Aluna graduação enfermagem. 9o. Período. Bolsista PIBIC/UERJ. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Brasil.

Palavras-chaves: Recém-nascido, Baixo peso ao nascer, Consulta de enfermagem, Cuidado.

Palabras clave: Recién nacido, Bajo peso al nacer, Consulta de enfermería, Cuidado.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo os recém-nascidos (RN) egressos das maternidades municipais do Rio de Janeiro, em especial, os de baixo peso ao nascer (BPN). O estudo tem como objetivos: identificar os recém-nascidos de baixo peso para a realização de seguimento do seu crescimento e desenvolvimento; determinar as principais intercorrências que acometem o RN e sua família no período neonatal, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde; caracterizar a situação de saúde dos RN e sua família atendidos no CMS; promover educação em saúde através da implementação da consulta de enfermagem coletiva. Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo e exploratório. A população foi constituída de 153 crianças, atendidas na consulta de enfermagem, no período de fevereiro a Dezembro de 2003. Fizeram parte da amostra 134 (87,6%) recém-nascidos com peso apropriado para a idade gestacional e 12,4% (19) recém-nascidos com baixo peso ao nascer com peso variando entre 2.035 a 2.490g. Os fatores como gravidez na adolescência e a qualidade do atendimento no pré-natal têm mostrado papel preponderante na cadeia casal de RNBP. Enquanto profissional de saúde, a enfermagem deve ter um olhar de vigilância para o cuidado integral acriança e sua família no período neonatal, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el perfil de salud del recién nacido y su madre atendidos en un centro municipal de salud, determinando los principales males intercurrentes que les acometen en el período neonatal; identificar el recién nacido de bajo peso con miras al acompañamiento de su crecimiento y desarrollo. Se trata de un estudio epidemiológico y descriptivo cumplido en un centro municipal de salud, sito en la ciudad de Río de Janeiro-Brasil. Los datos fueron recogidos a través de guión para consulta de enfermería, en 2003 y 2004, y sometidos a análisis estadístico. Son resultados: atención a 153 recién nacidos, la mayoría - 134 (87,6%) - con peso adecuado para la edad y 19 (12,4%) con peso bajo al nacer, variando entre 2035 g. y 2490 g. Factores como gravidez en la adolescencia, poca escolaridad y la calidad de la atención en el prenatal ejercen papel preponderante en la cadena causal de recién nacido de bajo peso. El enfermero debe primar por el cuidado integral al niño y a su madre en el período neonatal a fin de contribuir a la reducción de la mortalidad infantil.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde das crianças, mas também a qualidade da assistência à saúde e o nível sócio-econômico de uma determinada população. A maioria dessas mortes poderia ser evitada se os Direitos Fundamentais à vida e à saúde da criança fossem respeitados, já que foram efetivados desde 1988 com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Resolução no. 41 sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados no qual garantem estes direitos.^{1,2,3,4}

A mortalidade infantil no Brasil encontra-se em declínio a algumas décadas, de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85.6 óbitos por mil nascidos em 1980 para 28.6/1.000 nascidos vivos em 2001, tendo ocorrido à queda da mortalidade no período pós-neonatal (28 dias até 1 ano). Esta redução é atribuída a vários fatores como as intervenções ambientais, a ampliação serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde (imunização e terapia de reidratação oral), a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade. Porém o componente neonatal (0 a 27 dias) representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil a partir dos anos 90, mantendo-se estabilizada em níveis elevados. A mortalidade neonatal decorre dos problemas relacionados com a gravidez e o parto.^{5, 6}

No Brasil, 41.5% das crianças que morrem com menos de 1 ano, têm como principal causa as afecções perinatais (prematuridade, baixo peso ao nascer, insuficiência respiratória e cardíaca, afecções mal definidas), 13.5% por doenças infecciosas e parasitárias (diarréias), 10.4% por infecções respiratórias (pneumonia), 18.2% por causas mal-definidas e 16.4% por outras razões. As causas subjacentes desses óbitos estão relacionadas às condições de saúde e nutrição, ao nível de escolaridade e de vida da mulher e da família, bem como a qualidade da assistência prestada durante a gestação, o parto, o pós-parto e os cuidados com o recém-nascido.^{6, 7,8}

O peso de nascimento do recém-nascido, também reflete um importante indicador de risco não só para a sobrevivência infantil, das condições de crescimento intra-uterino e como para o déficit nutricional nos primeiros anos de vida. Estudos sobre o perfil nutricional de recém-nascidos e crianças nos primeiros anos de vida revelam que 8% de crianças com

baixo peso ao nascer provêm de regiões desenvolvidas como o Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, considerando-se a média para o País, 5% das crianças de 0 a 5 anos apresentam déficit ponderal.^{9:11}

O Ministério da Saúde apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil para a organização de uma rede integrada de assistência à criança, através da linha de cuidado integral da saúde da criança, com identificação de ações prioritárias, tais como: a assistência à criança, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas até o nível mais complexo da assistência.⁶ Dentre os principais eixos de ação estão o nascimento saudável com a atenção desde a concepção até atendimento ao pré-natal, parto e puerpério e a primeira semana “saúde integral” intensificando o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos, além do seguimento da criança até os 10 anos de idade.⁶

Nesse contexto, o Projeto de Extensão: Consulta de Enfermagem Neonatal uma alternativa para a assistência, tem sido uma das estratégias utilizadas pelo Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e os profissionais do Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão/ Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro.

A Consulta de Enfermagem Neonatal foi implantada em 1997, atendendo ao recém-nascido e sua família através de duas consultas consecutivas entre o 5º e o 15º dia de vida, oriundos da Sala do Teste do Pezinho e da Sala de Vacina (BCG), utilizando-se como metodologia a escuta sensível, reaproximando com as políticas desenvolvidas na unidade de saúde. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivos: identificar os recém-nascidos de baixo peso na consulta de enfermagem para a realização de seu seguimento e crescimento no primeiro ano de vida; determinar as principais intercorrências que acometem o recém-nascido e sua família, caracterizar a situação de saúde dos recém-nascidos e sua família atendida na consulta.

Este estudo mostrou-se relevante aos profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde, visto que os resultados permitirão uma maior compreensão para vigilância à saúde do recém-nascido e sua família. Além de contribuir para a integração do Programa Acolhimento Mãe-Bebê existente para o estabelecimento de um atendimento humanizado após a alta hospitalar, integrando e otimizando as ações preconizadas para o atendimento ao recém-nascido e puérpera e a implementação de práticas de educação em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo e exploratório. De acordo com Rouquayrol e Barreto^{10:84}

“A epidemiologia no seu processo descritivo estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço - ambientais e populacionais - e às pessoas, possibilitando detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença, de promoção da saúde”.

A população foi constituída de 153 crianças, atendidas na consulta de enfermagem, no período de Junho de 2003 a Junho de 2004. Fizeram parte da amostra 153 recém-nascidos dos quais 134 (87,6%) com peso apropriado para a idade gestacional (AIG) e 12,4% (19) recém-nascidos com baixo peso ao nascer (RBPN). Dos recém-nascidos de baixo peso ao

nascer, 2 (10.5%) não compareceram as consultas subseqüentes agendadas pela pesquisadora. Foram critérios de inclusão os recém-nascidos agendados previamente para a consulta de enfermagem e que compareceram a unidade. Foram excluídos os recém-nascidos atendidos pelo Serviço de Pronto Atendimento (SPA), pois não apresentavam registro de nascimento no momento da consulta e quando retornaram à unidade, poderiam ser atendidos em outros horários ou dias que não o da consulta de enfermagem.

O estudo foi realizado no Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão/CMSMFM, que está localizado na Área de Planejamento/AP- 3.2 e é composta por 18 bairros, dentre eles o bairro do Engenho de Dentro, que está localizado o Centro Municipal de Saúde. Esta área programática possui: 12 Unidades de Saúde Próprias da Esfera Governamental; 1 Unidade com Pronto-Socorro (Emergência); 1 Unidade com Pronto Atendimento Obstétrico (Maternidade); 4 Unidades Hospitalares (2 Hospitais Gerais e 2 Hospitais Especializados/Institutos); 8 Unidades Ambulatoriais e Mistas (3 Postos de Assistência Médica, 2 Centros Municipais de Saúde e 3 Postos de Saúde). O bairro do Engenho de Dentro possui apenas o CMSMFM como Unidade Pública de Saúde e oferece consultas ambulatoriais nos horários da manhã e tarde nas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, enfermagem, fonoaudiologia, homeopatia, medicina geral comunitária, nutrição, odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional. O CMSMFM também é pólo de atendimento em oftalmologia, otorrinolaringologia, audiologia, reabilitação da voz e patologia mamária. (ANEXO1)

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro atendendo às exigências da Resolução 196/96. (Anexo 2) Contou também com a autorização das chefias da unidade e do setor materno-infantil. Foram agendadas consultas de seguimento com os recém-nascidos de baixo peso ao nascer e todas as mães entrevistadas assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa científica, após tomarem conhecimento de seu conteúdo (Anexo 3).

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário constituído pelos dados do Prontuário da Criança utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 4), e que é próprio da unidade, sendo constituído de 13 itens, inclusive o exame físico. Os horários de atendimento foram estabelecidos pelos dias do atendimento do projeto de Extensão toda 6ª. Feira, no horário de 08h00min as 12h00min horas, no período 2003. Os dados foram coletados e os resultados foram descritos como freqüências absolutas e relativas e apresentação tabular.

RESULTADOS

Os dados relacionados às variáveis investigadas, serão apresentados a seguir a partir da aplicação do formulário, sendo distribuídos na seguinte ordem de apresentação.

A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas das mães. A idade média das 29.4% (45) das mães está entre a faixa etária de 20 e 24 anos, sendo que 23.5% (36) delas são adolescentes e 7.8% (12) são maiores de 35 anos. Vale salientar que 15.8% (3) das adolescentes tiveram filhos com peso baixo ao nascer. Enquanto 10.5% (2) das mães com mais de 35 anos tiveram filho com baixo peso ao nascer. Em relação ao grau de instrução materna 96.1% (147) lêem e escrevem enquanto 3.9% (6) não lêem e não escrevem. Em relação ao grau de instrução, 100% (19) das mães que tiveram filhos com baixo peso ao nascer lêem e escrevem. Verifica-se que 40.5% (62) tinham renda entre 2 a 5 salários mínimos e que 7.8% (12) recebiam menos que um salário mínimo. Entre as mães que tiveram RNBP, 5.3% (1) recebiam menos de um salário mínimo e 31.6% (6) recebiam mais de 5 salários mínimos.

Tabela 1 Distribuição da Frequência das mães, segundo características sócio-demográficas.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Idade (anos)	< 19 anos	3	15,8	33	24,6	36	23,5
	20 – 24	8	42,1	37	27,6	45	29,4
	25 – 30	6	31,6	32	23,9	38	24,8
	31 – 35	2	10,5	20	14,9	22	14,5
	> 35 anos	0	0	12	9,0	12	7,8
Total		19	100	134	100	153	100
Instrução materna	Lê e Escreve	19	100	129	96,3	147	96,1
	Não Lê e Não Escreve	-	-	5	3,7	6	3,9
	Total	19	100	134	100	153	100
Renda Familiar (SM)	< 1 SM	1	5,3	11	8,2	12	7,8
	1 a 2 SM	10	52,6	32	23,9	42	27,5
	2 a 5 SM	2	10,5	59	44,0	62	40,5
	> 5 SM	6	31,6	32	23,9	37	24,2
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A Tabela 2 apresenta as características relativas à história da gestação das mães. Verifica-se que apenas 4% (6) das mães não realizaram o pré-natal e a maioria, 96% (147) realizaram o pré-natal. Neste estudo, 10,5% (2) das mães que não realizaram o pré-natal tiveram filho com baixo peso ao nascer. Em relação ao número de consultas no pré-natal, 64% (102) das mães realizaram mais de 6 consultas no pré-natal, enquanto que 26% (43) realizaram menos de 4 consultas.

Destas, 52,6% (10) realizaram mais de 6 consultas e tiveram filho com baixo peso ao nascer, enquanto 5,3% (1) realizaram menos de 4 consultas no pré-natal. Podemos observar ainda que, 57,9% (11) realizaram o pré-natal no primeiro trimestre, e que 42,1% (8) realizaram o pré-natal no 2º. Trimestre de gestação.

Em relação ao tabagismo na gestação, verificou-se que 90% (137) das mulheres não utilizaram cigarro na gestação, enquanto 10% (16) utilizaram cigarro em alguma época da gestação. Das que utilizaram cigarro na gestação, 21% (4) teve filho com baixo peso ao nascer. Em relação ao uso de bebidas alcoólicas durante a gestação a grande maioria 98% (150) não fez uso do álcool. Podemos observar que 2% (3) utilizaram o álcool na gestação. Sendo que destas, 10,5% (2) teve filho com baixo peso ao nascer.

Tabela 2 - Distribuição de Frequência de mães, segundo características da história da gestação.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Pré-natal	Sim	17	89,5	130	97,0	147	96,0
	Não	2	10,5	4	3,0	6	4,0
Total		19	100	134	100	153	100
Consulta pré-natal	< 4	1	5,3	7	5,2	8	10,0
	4 a 6	8	42,1	35	26,1	43	26,0
	> 6	10	52,6	92	68,7	102	64,0
Total		19	100	130	100	153	100
Início pré-natal	1º trimestre	11	57,9	85	63,4	96	62,7
	2º. Trimestre	8	42,1	49	36,6	57	37,3
Total		19	100	134	100	153	100
Fumo	Sim	4	21,0	12	9,0	16	10,0
	Não	15	79,0	122	91,0	137	90,0
Total		19	100	134	100	153	100
Álcool	Sim	02	10,5	1	0,7	3	2,0
	Não	17	89,5	133	99,3	150	98,0
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

Na Tabela 3, segundo as intercorrências nas mães na gestação, podemos observar que, 61,4% (94) das mães apresentaram alguma intercorrência na gestação. Destas 32,9% (32) tiveram infecção urinária, 10,6% (10) anemia, 29,4% (27) hipertensão arterial, 2,1% (2) diabetes gestacional, 2,1 (2) sífilis e 6,4% (6) hemorragia. Sendo que das mães que tiveram filhos com baixo peso ao nascer 68,5% (13) apresentaram intercorrências gestacionais, das quais 5,3% (1) tiveram sífilis; 10,5% (2) tiveram infecção urinária; 10,5% (2) tiveram anemia; 5,3% (1) tiveram hemorragia; 10,5% (2) tiveram hipertensão arterial e 10,5 (2) tiveram diabetes.

Tabela 3 - Distribuição de Frequência Segundo Intercorrências das Mães na Gestação

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Doenças gestação	Sífilis	1	5,3	1	0,8	2	2,1
	Infecção urinária	2	10,5	30	22,4	32	32,9
	Anemia	2	10,5	8	6,0	10	10,6
	Hemorragia	1	5,3	5	3,7	6	6,4
	Hipertensão arterial	2	10,5	25	18,9	27	29,4
	Diabetes gestacionais	2	10,5	0	0	2	2,1
	Outras	3	15,9	12	9,0	15	24,9
Total		13	68,5	81	60,8	94	61,4

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A Tabela 4 apresenta as características das mães, segundo a história do parto. Verifica-se que 100% (153) das mães tiveram parto hospitalar. Mais da metade 64.7% (99) teve parto normal, 34.6% (53) parto cesárea e apenas 0.7% (1) tiveram parto fórceps. Podemos observar que das mães que tiveram filhos com baixo peso ao nascer 63.2% (12) tiveram parto normal e que 36.8% (36.8) tiveram parto cesáreo.

Em relação à idade gestacional, verifica-se 80.4% (123) das mães tiveram gestação a termo e 19% (29) tiveram gestação pré-termo e apenas 0.6% (1) gestação pós-termo. Observamos 42.1% (8) das crianças nasceram a termo com baixo peso ao nascer, enquanto 5.7% (11) apresentaram idade gestacional menor que 37 semanas.

Tabela 4 Distribuição de Frequência de Mães, Segundo Características da História do Parto.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Local	Domiciliar	0	0	0	0	0	0
	Hospitalar	19	100	134	100	153	100
Total		19	100	134	100	153	100
Tipo	Normal	12	63,2	87	64,9	99	64,7
	Cesárea	7	36,8	46	34,3	53	34,6
	fórcipe	0	0	1	0,8	1	0,7
Total		19	100	134	100	153	100
Idade gestacional	A termo	8	42,1	115	85,8	123	80,4
	Pré-termo	11	5,7	18	13,4	29	19,0
	Pós-termo	0	0	1	0,8	1	0,6
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A Tabela 5 apresenta as características do recém-nascido ao nascimento. Podemos observar que a grande maioria, 92,8 (145) dos recém-nascidos apresentou Apgar entre 7 e 10 no 1º. E 5º. Minuto de vida. Destes 89,5% (17) que nasceram com baixo peso apresentaram Apgar entre 7 a 10 enquanto 10,5% (2) apresentaram Apgar menor que 7. A maioria dos recém-nascidos, 90,2% (138) ficaram em sistema de alojamento conjunto ao nascer. Destes, 26,1% (5) das crianças com baixo peso ao nascer não permaneceram em alojamento conjunto por apresentar algum problema ao nascimento.

Tabela 5 - Distribuição de frequência de recém-nascidos, segundo características da História do nascimento

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		N	Total
		N	F%	N	F%		
Apgar	1 a 3	0	0	0	0	0	0
	4 a 6	2	10,5	9	6,7	11	7,2
	7 a 10	17	89,5	125	93,3	145	92,8
Total		19	100	134	100	153	100
Alojamento Conjunto	Sim	14	73,9	124	90,0	138	90,2
	Não	5	26,1	10	10,0	15	9,8
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A Tabela 6 apresenta as características do recém-nascido relativas ao período neonatal. Verificou-se que 69,9% (107) dos recém-nascidos foram atendidos na consulta de enfermagem no período neonatal tardio, enquanto 30,1% (46) no período neonatal precoce. Destes, 68,4% (13) compareceram no período neonatal precoce e nasceram com baixo peso ao nascer, enquanto 31,6% (6) no período neonatal tardio.

Em relação ao aleitamento materno, 66% (101) estavam em aleitamento materno exclusivo, 26,2 (40) aleitamentos parciais e 7,8% (12) estavam em aleitamento predominante. Observamos que entre estes 58% (11) nasceram com baixo peso e estavam em aleitamento exclusivo, enquanto 21% (4) em aleitamento predominante e 21% (4) aleitamento parcial.

Tabela 6 - Distribuição de Frequência de Recém-Nascidos Segundo Características do Período Neonatal

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		N	Total
		N	F%	N	F%		
Precoce	0 – 7 dias	13	68,4	33	24,6	46	30,1
Tardio	8 – 28 dias	6	31,6	101	75,4	107	69,9
Total		19	100	134	100	153	100
aleitamento	Exclusivo	11	58,0	90	67,2	101	66,0
	Predominante	4	21,0	8	6,0	12	7,8
	Parcial	4	21,0	36	26,8	40	26,2
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A Tabela 7 apresenta as características do recém-nascido relativas às intercorrências no período neonatal. Dentre os principais problemas apresentados pelos recém-nascidos na consulta de enfermagem 48,4% (74) apresentaram afecções cutâneas com sinais de hiperemia, placas cremosas e esbranquiçadas, lesões eritema tosas exsudativas no corpo; 30,7% (47) dos recém-nascidos apresentaram obstrução nasal, 17,6% (27) das mães referiam a cólica e/ou constipação intestinal, reconhecendo através do choro e do esforço às evacuações enquanto 3,3% (5) apresentaram outras intercorrências. Destes, podemos observar que 21,6% (8) que nasceram com baixo peso ao nascer apresentaram afecções cutâneas e 10,8% (4) apresentaram cólica, segundo o relato das mães.

Tabela 7 - Distribuição de Frequência de recém-nascidos, segundo intercorrências na consulta enfermagem.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		N	Total
		N	F%	N	F%		
Intercorrências	Prisão de ventre/cólica	4	10,8	23	17,2	27	17,6
	Obstrução nasal	7	18,9	40	29,9	47	30,7
	Afecções cutâneas	8	21,6	66	49,3	74	48,4
	Outras	-	-	5	3,6	5	3,3
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

A tabela 8 mostra dados sobre o seguimento do recém-nascido de baixo peso ao nascer. Em relação ao aleitamento materno até 6 meses de vida, pudemos observar que 64,4% (11) das crianças amamentaram exclusivamente o seio materno, enquanto 35,6% (6) não amamentaram exclusivamente. Destes 17,8% (3) realizou aleitamento predominante e 17,8% (3) aleitamento parcial.

Em relação ao número de consultas de seguimento, 100% (19) realizaram a primeira consulta entre 7 e 15 dias de vida. Em relação ao número de consultas subseqüentes, os dados mostram que 52,9% (9) realizaram entre 2 a 4 consultas, 23,5 (4) realizaram entre 5 a 7 consultas, 17,7% (3) realizaram mais de 7 consultas e 5,9% (1) das crianças fizeram 1 consulta. Em relação ao ganho ponderal e a curva de crescimento preenchidas no cartão da criança, pudemos observar que 100% das crianças tiveram seu peso entre o percentil 97 (P-97) e o percentil 10 (P-10) com inclinação de curva de crescimento ascendente, sendo as mães parabenizadas pelo crescimento satisfatório de seu filho. Em relação aos marcos do desenvolvimento foram acompanhados de acordo com o Cartão da Criança, e 100% das crianças estavam dentro das etapas de desenvolvimento esperadas para a sua faixa etária.

Em relação ao desmame, 58,8% (10) das mães referiram introduzir alimentos sólidos a partir do 6º mês de vida e continuavam com o aleitamento materno, enquanto 41,2% (7) não estavam mais sendo amamentados ao seio materno.

Tabela 8 - Distribuição de Frequência do seguimento do Recém-nascido de baixo peso ao nascer

Aleitamento até 6 meses de vida		N	%
Tipo	Exclusivo	11	64,4
	Predominante	3	17,8
	Parcial	3	17,8
	Total	17	100
Consultas mínimas no 1º. Ano de vida			
	< 2	1	5,9
	2 a 4	9	52,9
	5 a 7	4	23,5
	> 7	3	17,7
	Total	17	100
Introdução de Alimentos			
	< 6 meses	7	41,2
	> 6 meses	10	58,8
	Total	17	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

Na Tabela 9, pudemos observar que dentre as principais intercorrências apresentadas pelos recém-nascidos com baixo peso ao nascer no primeiro ano de vida 18,9% (7) tiveram infecção respiratória, segundo relato das mães. Destas, 35,2 % (6) crianças apresentaram dois episódios de tosse e dificuldade para respirar sendo encaminhadas à consulta médica em menos de 3 meses. Enquanto 11,8 % (2) apresentaram 3 episódios de tosse e

dificuldade respiratória com idade entre 3 e 6 meses de vida. Das 47,1% (8) crianças, apresentaram afecções cutâneas no primeiro ano de vida, enquanto 11,8% (2) compareceram as consultas subseqüentes com outras intercorrências. Vale salientar que nesse estudo, pudemos observamos que 3 das crianças com baixo peso ao nascer estiveram internadas por apresentarem dificuldade respiratória e tiragem subcostal com menos de 3 meses de vida, enquanto 2 outras crianças estiveram internadas duas vezes, de acordo com relato das mães por estarem com bronquiolite, e outra criança por apresentar pneumonia e bronquiolite. Todas fizeram uso de antibioticoterapia e oxigenoterapia.

Tabela 9 - Distribuição de Frequência das Intercorrências apresentadas no 1º ano de vida nas crianças com baixo peso ao nascer

Intercorrências no 1º ano de vida	N	F%
Infecções Respiratórias (tosse e dificuldade respirar)	7	18,9
Infecções respiratórias (2 episódios < 3 meses)	6	16,3
Infecções respiratórias (3 episódios entre 3 e 6 meses)	2	5,4
Diarréia	4	10,8
Afecções cutâneas	9	24,3
Anemia	1	2,7
Infecção Urinária	1	2,7

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

DISCUSSÃO

Os dados nos mostraram a abrangência da assistência materno-infantil durante o pré-natal, parto e nascimento na área de planejamento da AP.3.2. Nesse estudo foram identificados 19 RNBP, o que representa uma prevalência de 12.4%. Esta prevalência de baixo peso ao nascer está acima dos resultados encontrados em outras pesquisas no Rio de Janeiro e no Brasil.^{11,12}

Em relação à idade gestacional e o peso de nascimento 5,7 % dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer tinham a idade gestacional menor que 37 semanas. Este dado é inferior aos dados encontrados no Município do Rio de Janeiro, cuja taxa de prematuridade é de 7,9.¹¹ Os fatores de risco para o Baixo Peso ao Nascer são: fumo, álcool, outras drogas, hipertensão arterial sistêmica, doenças infecciosas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, estado nutricional da gestante, curto intervalo inter-partal (menos de 2 anos), elevada paridade, idade materna (menores de 19 anos ou maiores de 35), gestação múltipla, anomalias congênitas, prematuridade.¹³

As variáveis deste estudo podem ser agrupadas em variáveis sócio-demográficas, atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nascido com baixo peso ao nascer.

Em relação as variáveis sócio-demográficas o grau de escolaridade materno preenchido de acordo com o formulário nos mostra que 96.1% (147) sabiam ler e escrever, o estudo mostra que em alguns relatos a maioria das mulheres possuía o primeiro grau, ou seja, até oito anos de estudo, o que pode ser um indicador de desinformação para a mãe devido à

baixa escolaridade. Uma proporção de 20,5 crianças residentes em domicílios particulares permanentes tem como responsáveis pessoas com menos de 4 anos de escolaridade.¹⁴

Vale salientar que, a renda familiar da maioria das entrevistas estava abaixo de 5 salários mínimos (68%). Apesar de não constar no formulário, à maioria das mulheres não possuíam ocupação remunerada que pudesse contribuir para o aumento da renda familiar. Estas variáveis estão relacionadas como um importante fator determinante para o baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil.¹⁵ Outro fator de risco para recém-nascidos de baixo peso é a idade materna abaixo de 19 e acima de 35 anos. Os resultados evidenciaram neste estudo que 23.5% das mulheres são adolescentes e 7.8% tem acima de 35 anos. Vale salientar que 15.8% das mães de RNBP são adolescentes.

Em relação à assistência ao pré-natal, os dados nos mostram que 96 % das mulheres realizaram o pré-natal, apesar da baixa escolaridade levando seu filho recém-nascido para serem atendidos no centro municipal de saúde utilizando o serviço de referência e contra-referência do Município, considerando a gravidez como o principal momento de captação da mulher pela rede de atenção à saúde. O início do atendimento do pré-natal se deu no primeiro trimestre de gravidez em 62.7% das mulheres. Além disso, o estudo mostrou que o número recomendado de seis consultas atende às recomendações do Ministério da Saúde. O pré-natal, um dos meios mais eficazes de detecção precoce de intercorrências durante ou após a gestação.¹⁶

Outros fatores de risco para o nascimento de baixo peso são as dependências de drogas lícitas ou ilícitas, tais como o cigarro e o álcool na gestação. Os dados deste estudo nos mostram que 21% das mães de RNBP utilizaram cigarro em algum momento da gestação. A gestante tabagista apresenta o dobro de chances de seu filho nascer com peso e estatura abaixo do normal, comparado com a grávida que não fuma. Isto ocorre principalmente devido aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo da mãe.^{17,18}

Em relação às mães que utilizaram bebida alcóolica durante a gestação, 10.5% (2) tiveram filho com baixo peso ao nascer. Enquanto 10.5% das mães que tiveram seu filho com baixo peso não realizaram o pré-natal. A assistência à saúde da mulher durante o pré-natal é importante para que a gravidez transcorra com segurança e inclui a prevenção, promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional. Além do pré-natal, também é necessário dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas, por serem portadoras de doenças que podem se agravar com a gestação ou são desencadeadas por esse período. Nesse estudo, 61.4% das mulheres referiram ter tido alguma intercorrência clínica durante a gestação. Sendo que 32.9% tiveram infecção urinária, 29.4% das mães apresentaram hipertensão arterial e 6.1% apresentaram sífilis na gestação. Vale salientar, que a maioria das mulheres realizou o pré-natal em unidades públicas consideradas de nível primário para atender às gestantes de baixo risco. Os profissionais de saúde devem estar atentos para o aparecimento ou agravamento dos fatores de risco para a gestação considerando o risco para o crescimento fetal e as suas condições de vitalidade e maturidade, contribuindo assim para diminuir a mortalidade infantil.²⁰

Em relação ao parto e nascimento o estudo evidenciou que 100% das crianças nasceram de parto hospitalar e que a maioria (64,7%) das crianças nasceu de parto normal, enquanto 34.6% nasceram de parto cesárea. O parto normal na Região Sudeste foi o procedimento de maior frequência na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde/SUS. Embora as taxas de cesáreas apresentadas ao SUS estejam em declínio, pois de 32% em 1997, passou para 28% em 1998, 25% em 1999 e em 24% em 2000. O Rio de Janeiro apresenta uma das

maiores taxas de parto cesárea do Brasil, além de estar acima da taxa ideal para parto cesárea que é de 15 a 20% do total da população. 20 Podemos observar que nesse estudo a taxa de cesárea está além dos dados nacionais, sendo um dos riscos de morte materna que podem várias complicações.²⁰ Além disso, os dados mostram que das 19 crianças nascidas com BPN, 36.8% nasceram de parto cesárea. Dados da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro da Área Programática A.P.3.2 revela que foram realizadas 48,5 % de cesarianas. 11 O Ministério da Saúde considera como parto normal o parto vaginal, sendo este o mais seguro para a criança e a mãe. A mulher deve ser informada de que existem formas alternativas para se controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. A prevalência de cesáreas é diretamente proporcional ao nível de renda da mulher. Também considera os maiores riscos de parto por cesárea associados à idade materna precoce ou elevada ou a paridade baixa ou muito elevada. Na maioria das vezes não há uma justificativa obstétrica para a indicação da cesárea. Os riscos da cesárea são as conseqüências de uma cicatriz uterina, podendo influenciar o futuro reprodutivo da mulher, além disso, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. As causas tradicionais: hemorragia, infecção, embolia pulmonar e acidentes anestésicos.¹⁹ Vale salientar que nesse estudo todas as mulheres pariram em maternidades municipais que prima pela humanização do nascimento.

Em relação à idade gestacional, os dados desse estudo mostram que, 80.4% das crianças nasceram a termo enquanto 19% nasceram prematuras. A incidência de recém-nascidos de baixo peso, de prematuros e de recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas com retardo de crescimento intra-uterino é bastante variável no Brasil, devido aos fatores sócio-econômicos e demográficos das mulheres. Nos países em desenvolvimento 60 a 70% dos RN de baixo peso são os RN maior ou igual há 37 semanas com retardo de crescimento intra-uterino.²¹ Em relação ao Apgar 92.8% das crianças nasceram com o Boletim de Apgar entre 7 a 10, vale salientar que quando solicitávamos o Cartão da Criança a grande maioria não constava este item anotado. Sabemos que o Boletim de Apgar quantifica e sumariza a resposta do RN que acabou de nascer ao ambiente extra-uterino e às manobras de reanimação, sendo avaliado com um e cinco minutos após o nascimento. Quando o escore é inferior a sete, o Boletim é reavaliado a cada cinco minutos até cerca de 20 minutos. O Boletim de Apgar não deve ser usado para avaliar a necessidade de reanimação, mas de avaliar os efeitos da mesma.²²

Em relação ao Alojamento Conjunto 90.2% das crianças permaneceram com suas mães, logo após o nascimento num mesmo ambiente, independente de tratar-se de parto normal ou cesárea. No alojamento conjunto, a educação para a saúde constitui uma das ações, que possibilita as mães de obterem conhecimentos e habilidades para a realização do seu autocuidado.²³

Em relação ao comparecimento do recém-nascido ao serviço de saúde, podemos observar nesse estudo que 69.9% das crianças são levados por seus pais na idade neonatal tardia. Vale salientar que uma das ações de acolher a mãe e o recém-nascido deve ocorrer na primeira semana de vida, a fim de garantir a consulta de pós-parto para a mulher e principalmente o teste do pezinho, que é recomendado entre o 5º. E o 7º. Dia de vida.^{11, 12}

Quanto ao aleitamento materno, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo por um período de seis meses. Após este período, a criança deve receber também alimentos complementares, prolongando a amamentação por pelo menos 2 anos. Atualmente o aleitamento materno é classificado em aleitamento materno exclusivo: quando a criança só recebe leite materno ou leite humano de banco e não recebe nenhum outro alimento; aleitamento materno predominante, quando a principal fonte de alimentação da

criança é o leite materno, a criança também pode receber água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral; aleitamento materno parcial: além do leite materno, a criança também recebe, antes da época adequada, outros alimentos (leite, cereais, frutas, legumes) em alguma refeição; e o aleitamento materno total é a medida ou índice que reflete o período de aleitamento materno exclusivo e predominante.²⁰ Dentre os RNBP, 64,4% tiveram aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, enquanto 35,6% em aleitamento predominante e parcial.

Em relação às doenças prevalentes na infância este estudo mostrou que os recém-nascidos com baixo peso ao nascimento apresentaram insuficiência respiratória aguda/IRAS sendo necessário à hospitalização de seis crianças. As IRA apresentam levadas incidências e respondem por cerca de 30 a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde. Geralmente representa na sua maioria quadro clínico benignos, de origem viral, a bronquiolite ocorre nos primeiros dois anos de vida e com maior incidência em torno de seis meses de idade. A pneumonia também é uma das causas importante de hospitalização e morte em crianças menores de 5 anos, sendo um dos fatores de risco o baixo peso ao nascer.^{24, 25}

CONCLUSÕES

Este trabalho mostra que pesquisas realizadas em um centro municipal de saúde podem fornecer informações importantes para melhorar a qualidade de vida da criança. As atividades realizadas nos serviços de referência e contra-referência devem ser complementares e de continuidade. Desde a concepção até o pré-natal as mulheres devem ser preparadas para o parto e o nascimento a fim de detectar alterações durante a gestação reduzindo a prevalência de baixo peso ao nascer. Nessa perspectiva o programa de humanização ao parto, nascimento e puerpério, além do programa acolhimento mãe-bebê tem como um dos objetivos principais a criança como foco de cuidado e que a integralidade das ações da assistência à criança devem ser incorporada como diretrizes institucionais e individuais. Com este trabalho, destacamos a importância de compreender as necessidades do recém-nascido, principalmente os de baixo peso e as ações voltadas para garantir a qualidade desse atendimento pelos profissionais. Além disso, compreender as crenças e práticas do cuidado familiar e implementar medidas individualizadas no atendimento permitem estabelecer com cada criança e sua família um vínculo a fim de perceber suas necessidades e a capacidade de se relacionar. Durante a consulta de enfermagem neonatal, o profissional deve ter um olhar atento e uma escuta sensível a fim de monitorar situações de risco.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo II da Ordem Social e Seção II Artigos 196 a 200. Brasília. Senado federal. 1988
2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª. ed. Outubro. Brasília. 1990
3. Brasil. Ministério da Justiça. Resolução no. 41 Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. CONANDA. Brasília. 1995.
4. Brasil. Ministério da saúde. Situação da saúde da criança no Brasil. Disponível em: www.saude.gov.br. Acessado em Agosto. 2001

5. Brasil. Ministério da saúde. Serviço de Assistência à Saúde da criança. A monitorização da saúde da criança em situação de risco e o município. Brasília. 1998
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília. 2004. 80p.
7. Unicef. Fundos das Nações Unidas para a Infância. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília. 1998. 41 p.
8. Unicef. Fundos das Nações Unidas para a Infância. Situação da Infância 2002. Liderança: Brasília, 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2ª. ed. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília. 2003. p.11-12
10. Rouquayrol, M. Z. Epidemiologia e Saúde 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.84
11. Secretaria Municipal de saúde. Saúde Rio. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: Acesso em: 27/09/2004.
12. Nascimento, L.F.C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. Rev. Bras. Matern. Infantil. Recife. 3(1):37-42, Jan-Mar, 2003
13. Brasil. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico 2000 - Fecundidade e Mortalidade Infantil: Resultados Preliminares da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21p.
15. Carmo, M. G. T. et al. A avaliação ponderal de gestantes atendidas na maternidade escola UFRJ e sua relação com o peso ao nascer. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Maio. 1998. vol.108. no.5
16. Brasil. Acompanhando a Saúde da Mulher. Parte I: Gestação, Parto e Puerpério. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1995).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Redução do tabagismo na gravidez e o peso do RN. Disponível em: http://www.gineconews.org/jornal/2002/volume_35/volume_35_28.htm. Acesso em: 10/06/2004.
18. Instituto Nacional do Câncer. (INCA) Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=gravidez.htm>. Acesso em: 10/06/2004.
19. BRASIL. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

20. BRASIL. Gestação de Alto Risco. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Assistência ao recém- nascido. Brasília, 1994. p.41-47
22. American Heart Association. Manual de reanimação neonatal. 4a. ed. São Paulo. 2000. 278 p.
23. Gaiva, M. a . M., Gomes, M. M. F. Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia. AB, 2003, 176 p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de Captação. 2º ed. Brasília, 2002.
25. Alvim et al. Pneumonia na infância. IN: saúde da família: cuidando de crianças e adolescente. Cap. 18. Coopmed. 2003. Belo Horizonte. P. 185-191

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia