

## ACOMPANHAMENTO DOS RECÉM NASCIDOS DE RISCO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MARINGÁ-PR

*FOLLOWING HIGH-RISK NEWBORN BABIES IN A PUBLIC HEALTH UNIT OF MARINGÁ-PR*

*ACOMPANÑAMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE RIESGO DE UN PUESTO DE SALUD PÚBLICA DE MARINGÁ-PR*

MISLAINE CASAGRANDE DE LIMA LOPES<sup>1</sup>

CLAUDIA APARECIDA SANTANDER<sup>2</sup>

SONIA SILVA MARCON<sup>3</sup>

*Estudo descritivo documental, que objetivou caracterizar a população de recém-nascidos considerados de risco, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e verificar se e como estas crianças tem sido acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados em uma unidade básica de saúde, em junho/2007, a partir de consulta a 25 fichas de recém-nascidos de risco e prontuários. Os principais fatores que geraram risco aos bebês foram: a prematuridade, o baixo peso e a baixa idade materna. A maioria das crianças não foi submetida a uma consulta mensal. Observou-se número reduzido de informações referentes a antecedentes familiares, estado vacinal, gestação, parto e história alimentar da criança. Considerou-se que a existência dos fatores de risco entre mães acima de 17 anos pode estar associado a problemas pré e perinatais. A busca de crianças faltantes deve ser realizada pelos profissionais, as anotações em prontuário precisam ser mais completas.*

**DESCRIPTORIOS:** Recém-Nascido; Fatores de Risco; Assistência ao Paciente.

*This is a descriptive exploratory study that aimed at characterizing high-risk newborn babies (NB) from a Public Health Unit, and to verify if and how these children have been followed by the health family strategy. Data were collected in June 2007, from medical records of the high-risk newborn. Data revealed that the main risk factors were prematurity, low birth weight and the low maternal age. Most of the children did not receive a monthly check-up as indicated. It was noticed a small number of information regarding family antecedents, vaccines, gestation, childbirth and the child's nursing history. It was considered that the existence of risk factors among mothers over 17 years of age may be associated to pre and perinatal problems. It was concluded that there is need for an active search on the babies that are not included, as well as awareness regarding the importance of having the complete information on medical records.*

**DESCRIPTORS:** Infant, Newborn; Risk factors; Patient Care.

*Estudio descriptivo documental, cuyo objetivo fue caracterizar la población de recién nacidos de riesgo, de una Unidad Básica de Salud (UBS) y verificar si estos niños han sido acompañados por los equipos de la Unidad de Estrategia Salud de la Familia y cómo han sido acompañados. Los datos fueron recogidos en junio/ 2007, a partir de consulta a 25 fichas de recién nacidos de riesgo y a la historia clínica. Los principales factores que generaron riesgo a los bebés fueron: la prematuridad, el bajo peso y la baja edad materna. La mayoría de los niños no participó de una consulta mensual. Se observó número reducido de informaciones referentes a antecedentes familiares, control de vacunas, gestación, parto e historia alimentar del niño. Se consideró que la existencia de los factores de riesgo entre madres con más de 17 años puede estar asociado a problemas pre y perinatales. La búsqueda de niños ausentes debe ser realizada por los profesionales y las anotaciones en historial médico necesitan ser más completas.*

**DESCRIPTORES:** Recién Nacido; Factores de Riesgo; Atención al Paciente.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora colaboradora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/Brasil. E-mail: mislaine.lima@bol.com.br. Rua Pioneiro José Arduim, 543. Pq. Laranjeiras – Maringá-PR. CEP:87083-160.

<sup>2</sup> Enfermeira. Agente Comunitário da Secretaria de Saúde de Maringá-PR-Brasil. E-mail: claudiasantander.mga@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá/Brasil (UEM). Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família – Nepaaf/Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A existência de problemas durante a gestação e/ou parto e a ocorrência da gravidez de forma não planejada, em especial em fases precoces da vida, tem colaborado para nascimentos de crianças com riscos importantes associados ao seu desenvolvimento. Os avanços tecnológicos, por sua vez, têm proporcionado cada vez mais, a sobrevivência destes recém-nascidos (RN), suscitando a necessidade de que os serviços estejam preparados para o acompanhamento adequado de seu crescimento e desenvolvimento.

O RN tem como principais características a completa dependência do adulto para a sobrevivência, grande imaturidade, o que lhe confere maiores riscos e a necessidade de cuidados mais intensos<sup>(1)</sup>. Quando o RN possui algum risco associado ao nascimento ou apresenta algum problema congênito ou perinatal, que necessite de intervenção imediata considera-se que este possui maior chance de morrer durante ou logo após o parto e, nestes casos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento precisa ser de forma contínua e mais amigável.

Diversos fatores podem colaborar com a ocorrência do risco. Entre eles estão: o baixo peso ao nascer, a prematuridade e condições crônicas; condições referentes à família, tais como as dificuldades socioeconômicas, número de pessoas que residem numa mesma casa; condições referentes às dificuldades de acesso ao sistema de saúde e condições referentes à mãe, tais como idade, peso ganho durante a gestação, índice de massa corporal pré gestacional, entre outros.

A gravidez na adolescência é um fator que vem sendo intensamente estudado, pois se tem mostrado uma das principais causas de risco para o RN. Mesmo com o decréscimo nas taxas de natalidade observados nos últimos anos, verifica-se que isto tem ocorrido entre as mulheres acima de 20 anos, uma vez que para as adolescentes, este percentual tem aumentado gradativamente<sup>(2)</sup>. Os prejuízos advindos de uma gra-

videz precoce pode ser o maior risco de partos prematuros, com baixo peso ao nascer, além dos óbitos perinatais e infantis<sup>(3)</sup>.

Em um estudo realizado em Recife, no ano de 1995, observou-se que as principais causas de óbito neonatal estavam relacionadas ao baixo peso ao nascer, sendo que este fator possuía 46 vezes mais risco de óbito que as crianças nascidas com peso acima de 2500g; índice de Apgar no 5º minuto menor que 7 e idade gestacional menor que 37 semanas<sup>(4)</sup>. Estudo que avaliou as causas de óbito neonatal no ano de 1995 no município de São Paulo destacou que estas mortes estavam relacionadas à idade materna inferior a 20 anos, nascimento em hospital vinculado ao SUS, peso ao nascer menor que 2500g e prematuridade<sup>(5)</sup>.

A pobreza, o baixo nível de instrução, a alimentação inadequada e as dificuldades de adesão à assistência pré-natal têm sido destacados como riscos de prematuridade e de baixo peso. Isto foi verificado em estudo longitudinal realizado em Pelotas, quando se constatou que as crianças que permanecem em famílias mais pobres apresentam menor peso ao nascer, maior frequência de internação no primeiro ano de vida, apresentam estatura inferior e recebem assistência médica de pior qualidade<sup>(3)</sup>. A vivência em áreas com qualidade de vida precárias também foi destacada em outro estudo<sup>(5)</sup> como um fator importante para o baixo peso ao nascer e, conseqüentemente, para a mortalidade neonatal, constituindo, assim, uma vulnerabilidade social deste grupo populacional, necessitando de um importante desempenho dos serviços de saúde.

Quando o bebê apresenta algum risco, este fato repercute em toda a família. Por isso, para assisti-lo torna-se importante conhecer as condições de vida de sua família, bem como a história familiar pessoal, perinatal e pré-natal dos pais, visando conhecer; indagá-los o que cada família trás consigo em sua trajetória de vida para vivenciar o nascimento e desenvolvimento do filho<sup>(6)</sup>, além de sua relação e interação com o contexto socioeconômico, político e cultural<sup>(7)</sup> possibilitan-

do, desta forma, que a assistência seja mais apropriada às reais necessidades e condições da família<sup>(8)</sup>.

Diante do exposto e da necessidade de conhecer como ocorre a assistência ao RN de risco e a sua família no município de Maringá – PR, objetivou-se caracterizar a população de recém nascidos considerados de risco, pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade e verificar se e como estas crianças tem sido acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Maringá. Este município localiza-se na região noroeste do Estado do Paraná e é o terceiro maior município do estado com aproximadamente 320.000 habitantes. Na atenção básica, 81% da população é coberta por 62 equipes de ESF atuantes em 23 Unidades Básicas de Saúde, (20 na área urbana, distribuídas em cinco regionais de saúde, duas nos distritos e uma na Zona Rural). A unidade em estudo localiza-se na região norte do município e conta com quatro equipes de ESF, o que permite que sua área de abrangência seja totalmente coberta. Nesta área residem 5.136 famílias, resultando em 17.400 pessoas, sendo que destas, 228 tinham menos de um ano.

Segundo informações da Secretaria de Saúde, Maringá não possui um protocolo fechado para assistência ao RN de risco. No entanto, o Programa de Vigilância do RN de Risco, em atividade desde 2000, estabelece algumas rotinas de atendimento para esses recém-nascidos. De acordo com este programa, os bebês de risco são identificados logo após o nascimento por meio de visitas realizadas por técnicos do setor de vigilância em saúde. Estes visitam as maternidades do município três vezes por semana, para recolher as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e identificar aqueles a serem incluídos no programa.

Esta inclusão é feita de acordo com critérios previamente estabelecidos: prematuridade, peso ao

nascer inferior a 2500 g, idade materna inferior a 17 anos, APGAR no 5º minuto menor que 7, presença de anomalia e outros fatores que podem ocasionar risco, tais como fatores socioeconômicos e a presença de alguns tipos de patologias na mãe. Com vistas ao acompanhamento regular nos primeiros 12 meses de vida, uma cópia da ficha de inclusão no Programa fica no Setor de vigilância em Saúde e outra é enviada para as unidades de saúde de referência, conforme o endereço de residência da mãe.

Foram incluídas no estudo todas as fichas de RN de risco encaminhadas à UBS em questão no período de junho de 2006 a maio de 2007. De acordo com o setor de Vigilância Epidemiológica do município, 32 bebês residentes na área de abrangência da UBS em estudo estavam cadastrados para serem acompanhados pelas quatro equipes de PSF atuantes na referida UBS. No entanto, nesta UBS encontrou-se somente 25 prontuários de crianças acompanhadas pelas equipes da ESF e a totalidade deles compuseram a amostra para análise. Os outros seis prontuários não foram localizados no arquivo, sendo que nas fichas específica do programa destes RN não existiam dados de acompanhamento até o momento da coleta de dados para o estudo.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2007 a partir de consulta às fichas do Programa de Vigilância ao RN de Risco e aos respectivos prontuários. Das fichas foram coletados todos os dados da mãe e do bebê, com vistas a uma caracterização da população em estudo. Para avaliação dos registros nos prontuários, foi adotado um roteiro construído especificamente para este fim, utilizando como referência alguns aspectos apontados por autores como importantes para serem considerados durante uma consulta pediátrica, tanto médica quanto de enfermagem<sup>(9-10)</sup>. Estes dados se referem basicamente a dois grupos: a) anamnese, que inclui antecedentes familiares e fisiológicos, história alimentar e situação ambiental e b) exame físico, que inclui avaliação do desenvolvimento e crescimento e uma avaliação final, engloba a situação vacinal, o diagnóstico de doenças e as orientações fornecidas à mãe.

Para a análise dos dados considerou-se os motivos para inclusão dos bebês no Programa de Vigilância do RN de Risco e o número de consultas médicas ou de enfermagem realizadas. Em função das idades diferenciadas dos RN incluídos no estudo, definiu-se que apenas os registros relacionados à primeira consulta de acompanhamento do bebê após o nascimento, seja este realizado pela equipe da estratégia saúde da família ou pediatra de referência da UBS. No primeiro contato dos profissionais com o RN deve ser colhido o maior número de informações que envolvem a criança, sua família e seu ambiente doméstico, além de ser realizado o exame físico desta<sup>(10)</sup>.

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 382/2005).

## RESULTADOS

Mais da metade dos bebês de risco da unidade em estudo é do sexo feminino (68,75%). Os riscos isolados encontrados na amostra estudada relacionaram-se principalmente ao baixo peso (28,1%), à idade da mãe inferior a 17 anos (25,0%) e à prematuridade (12,5%). A associação entre baixo peso e prematuridade esteve presente em 25,0% dos recém-nascidos e somente em um caso a idade materna inferior a 17 anos esteve associada à prematuridade (3,12%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Causas determinantes da inclusão de recém-nascidos residentes na área de abrangência de uma UBS de Maringá-PR no Programa de Vigilância ao Bebê de Risco. Maringá-PR, 2007.

Causa do Risco	Nº de	
	RN	%
Baixo peso	09	28,1
Idade Materna	08	25,0
Prematuridade	04	12,5
Baixo peso + pematidade	07	21,9
Baixo Peso + prematuridade +APGAR < 7 no 5º minuto	01	3,12
Idade Materna + prematuridade	01	3,12
APGAR < 7 no 5º minuto	01	3,12
Uso de drogas + baixo peso	01	3,12
Total	32	100,00

Na Tabela 2, verificou-se que o número de crianças com baixo peso esteve elevado nos dois sexos, porém no sexo feminino, a proporção de bebês com menos de 2000 gramas foi mais que o dobro da proporção observada no sexo masculino.

**Tabela 2** – Recém-nascidos de risco pertencentes a uma unidade de saúde de Maringá segundo sexo e peso ao nascer. Maringá –PR, 2007.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso ao nascer						
< 2000g	01	10,0	05	22,7	06	18,7
2000 a 2500 g	04	40,0	09	40,9	13	40,6
> 2500g	05	50,0	08	36,4	13	40,6
Total	10	100,0	22	100,00	32	100,00

Observou-se que as mães com idade igual ou menor do que 17 anos apresentaram melhores resultados perinatais do que as mães com mais de 17 anos (Tabela 3).

**Tabela 3** – Recém-nascidos de risco pertencentes a uma unidade de saúde de Maringá segundo idade da mãe e peso ao nascer, idade gestacional e tipo de parto. Maringá –PR, 2007.

Variáveis	Idade da mãe					
	≤ 17 anos		>17 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso ao nascer						
< 2000g	--	--	06	26,1	06	18,7
2000 a 2500 g	--	--	12	52,2	12	37,5
> 2500g	09	100,0	05	21,7	14	43,7
Idade Gestacional						
22 a 27 sem	---	---	01	4,3	01	3,1
28 a 31sem	---	---	01	4,3	01	3,1
32 a 36 sem	01	11,1	10	43,5	11	34,4
37 a 41 sem	08	88,9	10	43,5	18	56,2
Ignorados	---	---	01	4,3	01	3,1
Tipo de Parto						
Cesárea	04	44,4	14	60,9	18	56,2
Normal	05	55,6	09	39,1	14	43,8
Total	09	100,0	23	100,0	32	100,0

Ao observar o número de cesáreas e as duas principais causas de risco (baixo peso e prematuridade) entre as mães acima de 17 anos, pode-se apontar que o número de cesáreas teve relação direta com a existência destes dois fatores, o que reforça a suspeita de complicação durante a gestação (Tabela 4). Po-

de-se também verificar que a cesárea foi o parto de escolha entre as idades gestacionais menores, modificando seu resultado à medida que a idade gestacional vai aumentando e voltando a subir quando em idade gestacional compatível com a maturidade.

**Tabela 4** – Número de partos cesárea e normal, segundo as duas principais causas de riscos entre os recém-nascidos estudados e a idade gestacional destes. Maringá-PR, 2007.

Causa do Risco	Tipo de Parto			
	Cesárea		Normal	
	Nº	%	Nº	%
Peso < 2500 g	13	72,2	05	41,7
Prematuridade	05	27,8	07	58,3
Idade Gestacional				
22 a 31	02	11,0	--	--
32 a 36	03	16,7	08	57,1
37 a 41	12	66,7	06	42,9
Ignorado	01	5,5	--	--
Total	18	100,0	14	100,0

Dos 25 prontuários localizados, apenas 16 bebês realizaram acompanhamento na UBS. Oito fizeram acompanhamento com médico particular e uma delas mudou-se da área de abrangência da UBS. O número médio de consultas realizadas para o seguimento dos RN esteve muito abaixo do indicado pelo programa, ou seja, dos 16 bebês acompanhados na UBS, apenas seis tinham realizado número de consultas compatível com suas idades (sendo que dois deles tinham dois meses, três tinham três meses e um tinha dez meses), outros seis bebês realizaram um número de consultas muito próximo do desejado (sendo um deles com três meses – duas consultas, dois com cinco meses – quatro consultas cada e outros três com sete, nove e dez meses – que realizaram duas consultas menos do que era esperado). Para os demais bebês a situação era a seguinte: dois deles, um de dez e outro de onze meses só haviam passado por quatro consultas médicas, um de oito meses só havia realizado duas consultas e um de quatro meses somente uma consulta médica e/ou de enfermagem.

Na tabela 5, observa-se a frequência de alguns registros contidos na primeira consulta do recém-nascido na UBS.

**Tabela 5** – Dados relacionados à anamnese registrados nos prontuários dos recém nascidos de risco. Maringá-PR, 2007.

Registros presentes	Nº de prontuários	%
Antecedentes familiares		
Idade dos pais e irmãos	16	61,56
Filho adotivo	01	3,84
Não contém dados	08	30,77
Antecedentes Fisiológicos		
Peso e estatura ao nascer	22	84,61
Tipo de parto	19	73,07
APGAR	18	69,23
Local de parto	15	56,70
Registro sobre a gestação	07	26,92
Presença de complicações e anomalias	06	23,08
Idade gestacional ao nascer	06	23,07
Estado Vacinal da criança	02	7,69
Dados sobre a história alimentar		
Tipo de aleitamento	22	84,61
Numero de Mamadas	02	7,69
Registros de alimentos oferecidos	02	7,69
Dificuldades para amamentar	01	3,84
Nenhum registro encontrado	02	7,69

Em relação aos antecedentes familiares, verificou-se que os registros, quando presentes, limitam-se à idade dos pais e irmãos do bebê (13 prontuários). Um dos prontuários continha informações referente à adoção da criança. Também observou-se que os registros mais frequentemente anotados em prontuário foram o peso e estatura ao nascer (19), tipo de parto (17), e APGAR (15). Verificou-se baixo número de registros referentes ao estado vacinal do bebê, constando em apenas dois prontuários.

O registro de complicações, anomalias e da idade gestacional foi observado em seis prontuários e o local de realização do parto esteve presente em 12.

Dentre os dados de avaliação do crescimento, os aspectos mais registrados, por ordem de frequência, foram: peso (19), estatura (13), estado nutricional (12), perímetro cefálico (10) e diagnóstico de doenças (2). O registro das orientações realizadas esteve presente em 19 prontuários, sendo que este registro se restringiu a tópicos e não a anotação do conteúdo orientado na íntegra.

## DISCUSSÃO

O fato de a maioria das crianças incluídas no Programa de Vigilância ao RN de Risco ser do

sexo feminino (68,75%) não apresenta relevância, pois os riscos, neste estudo, foram ocasionados, em sua maioria, por fatores externos ou associados a condições patológicas da mãe, ou seja, fatores intrínsecos ao bebê, como o sexo, não determinaram a ocorrência do risco para o RN. Em um estudo longitudinal, realizado em Maceió com RN de mães adolescentes e não adolescentes, no ano de 1996, observou-se que os bebês do sexo feminino tiveram menores médias de peso<sup>(11)</sup>. Outro estudo também encontrou predomínio de baixo peso ao nascer entre bebês do sexo feminino em relação ao masculino, sendo considerado pelos autores como uma variável independente<sup>(12)</sup>.

Em relação à inclusão das crianças no Programa de Vigilância do RN de Risco, observou-se que os motivos apresentados não diferem do que tem sido encontrado em outros estudos. A idade da mãe, por exemplo, tem sido considerada um fator de risco para o RN, principalmente quando se trata de mães adolescentes. Estudos tem relacionado a gravidez na adolescência com a prematuridade e o baixo peso ao nascer, além do aumento da frequência dos óbitos perinatais<sup>(3)</sup>. Neste, no entanto, não foi encontrada relação entre a tenra idade materna e baixo peso e/ou prematuridade, visto que todos os bebês de mães adolescentes apresentaram peso maior que 2500 gramas e a maioria deles (88,89%) atingiu idade gestacional igual ou maior que 37 semanas. Para estes bebês, portanto, o único fator responsável por sua inclusão no Programa de Vigilância ao RN de Risco foi somente a idade materna menor que 19 anos.

O fato de ter sido identificado que mães adolescentes apresentaram melhores resultados perinatais reforça a controvérsia quanto à existência de relação entre idade materna extrema e maior incidência de complicações. Enquanto alguns estudos evidenciam que entre as adolescentes ocorre um elevado número de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional<sup>(3)</sup>,

outros sugerem que os resultados adversos descritos nesta população traduzem mais as condições sociais e de saúde às quais a jovem mãe encontra-se submetida, que propriamente o *status* adolescente<sup>(2)</sup>.

Dentre os mecanismos que explicam maior risco de baixo peso ao nascer de filhos de mães adolescentes, encontram-se os de natureza biológica, como a imaturidade do sistema genital feminino e o ganho de peso inadequado durante a gestação. Porém, primigestas adolescentes, com idade entre 16 e 19 anos e que recebem cuidados pré-natais adequados, não apresentam risco perinatal aumentado, quando comparadas a mulheres mais velhas em condições sociais e econômicas similares<sup>(2)</sup>.

Contudo, é importante ressaltar que este quadro aparentemente favorável do ponto de vista obstétrico não anula as significativas conseqüências psicológicas e sócio-econômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar, visto que as mulheres que têm filhos durante a adolescência são submetidas a um risco aumentado de descontinuar os estudos, divórcio, gravidezes repetidas e maior chance de pobreza<sup>(2)</sup>, já que os índices de evasão escolar provocam, conseqüentemente, pior qualificação profissional, ocasionando a tendência de proles numerosas e redundando, juntamente com outros fatores sócio-econômicos, em aumento da pobreza<sup>(11)</sup>.

Neste sentido, fatores socioculturais como pobreza e marginalidade social, combinados com o estilo de vida adotados pela adolescente devem ser relevados<sup>(2)</sup>. A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento, ainda em curso, resulta em uma adolescente sem a preparação necessária para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve, justificando assim, a utilização deste critério na identificação dos bebês de risco.

Apenas um dos bebês foi incluído no Programa de Vigilância ao RN de Risco em decorrência de causa social – representada pela utilização de dro-

gas durante a gravidez. O uso destes componentes, tanto lícitos quanto ilícitos, pode causar sérios prejuízos para o bebê, como, por exemplo, o atraso do desenvolvimento fetal, a desnutrição e o baixo peso ao nascer<sup>(12)</sup>. O consumo de bebida alcoólica e o uso de drogas ilícitas, como a maconha, crack, cocaína, LSD, anfetaminas e outras, afetam diretamente o feto, podendo causar desde a morte fetal, como a dependência da droga intra-útero e distúrbios neurológicos graves<sup>(13)</sup>.

A presença de prematuridade em mais da metade das mães com idade maior ou igual a 17 anos (52,2%), se considerados todos os nascimentos abaixo de 37 semanas completas < 259 dias<sup>(14)</sup>, constitui indicativo de que estas mães vivenciaram algum tipo de complicação durante a gestação. O fato de ter sido identificado maior proporção de cesáreas neste grupo do que entre as adolescentes também pode constituir em mais um indicativo de problemas durante a gravidez, visto que, na presença de alguma complicação, a cesárea, na maioria das vezes, é o parto de escolha. Alguns autores utilizando estudos de caso-controle, identificaram que a presença de hipertensão, de ruptura prematura das membranas e a idade superior a 34 anos, entre outros fatores, levam a maior chance de ocorrência de cesáreas<sup>(15)</sup>.

Nas mães com mais de 17 anos o número de cesáreas quase sempre esteve atrelado à presença de baixo peso e prematuridade. Pode-se também verificar que a cesárea foi o parto de escolha entre as idades gestacionais menores, modificando seu resultado, à medida que a idade gestacional vai aumentando.

Ressalta-se ainda que o aumento das cesáreas nas gestações com 37 a 41 semanas, além da presença de complicações pré e perinatais, também pode relacionar-se com a escolha do tipo de parto, especialmente entre mulheres que realizam pré-natal em clínicas particulares, em que geralmente se é observado menor estímulo ao parto normal, o que pode contribuir com o elevado índice de cesáreas entre as mulheres<sup>(14)</sup>.

## Os registros no prontuário dos recém nascidos

A avaliação da assistência a partir da análise de prontuários é importante, pois o prontuário do paciente é constituído do conjunto de documentos gerados a partir do ato assistencial realizado por todos os profissionais envolvidos, quer seja no âmbito ambulatorial ou de internação<sup>(16)</sup>. Trata-se de um documento que permite verificar aspectos da assistência prestada ao usuário no sistema de saúde. As finalidades do prontuário são: continuidade da assistência, à medida que facilita o estabelecimento do diagnóstico correto e a comunicação entre diferentes equipes e em diferentes períodos de tempo; segurança do paciente ao informar sobre alguma reação adversa aos medicamentos; segurança do profissional quanto a aspectos ético legais, uma vez que pode comprovar a presteza e o correto atendimento ao paciente; e por fim, prontuários corretamente preenchidos são preciosos para o levantamento de dados com finalidade científica<sup>(17)</sup>.

Conforme observam ainda outros autores, as anotações constituem um instrumento formal de documentação da assistência, e sua imprecisão pode ser interpretada como deficiência na qualidade do atendimento, mesmo que essa deficiência de fato não ocorra. Por isso, o enfermeiro deve estar atento aos problemas com as anotações, uma vez que estas evidenciam todo o esforço despendido pela equipe para o restabelecimento do paciente e, conseqüentemente, todo o trabalho desenvolvido para atingir este objetivo<sup>(17)</sup>.

De acordo com o Programa de Vigilância ao RN de Risco do município, o acompanhamento destes RN deve ser realizado uma vez por mês, e esta frequência pode ser mais amíúde, dependendo da gravidade ou da necessidade de maior vigilância da criança. No entanto, constatou-se que o número médio de consultas realizadas pelos RN esteve muito abaixo do indicado pelo programa.

O não acompanhamento dos bebês de acordo com o proposto pelo Programa constitui um problema importante a ser considerado por gestores e pro-

fissionais de saúde. Consideramos que nos casos dos RN de risco, a busca ativa da criança, quando esta não comparece ao serviço, deve ser realizada, pois a não realização das consultas diminui as possibilidades de identificação precoce de intercorrências relacionadas com os fatores risco.

Destaca-se ainda que, entre os prontuários avaliados, poucos foram os casos em que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças estava sendo feito pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ou seja, este acompanhamento está sendo delegado ao pediatra, presente todos os dias na unidade, por ser um profissional específico para o atendimento de crianças. Contudo, de acordo com os preceitos da atual política de saúde, para o pediatra deveriam estar sendo encaminhados os casos de demanda espontânea, o que normalmente está relacionado à queixa/doença e não para acompanhamento de puericultura, mesmo nos casos de RN de risco.

A proposta da puericultura é fazer um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, identificar intercorrências o mais precocemente possível e reforçar orientações relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>(7)</sup>, o que é coerente com o propósito da Estratégia de Saúde da Família, além de que, este acompanhamento constitui estratégia importante para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre a ESF e a família. Um atendimento responsável, mesmo que realizado por profissional não especializado em pediatria, pode ser até mais proveitoso do que um atendimento realizado em consultas rápidas de consultório. Sendo assim, os integrantes das equipes de saúde da família deveriam assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos recém-nascidos de risco de sua área de abrangência, tendo o pediatra da unidade como referência para esclarecer dúvidas e atender os casos mais graves<sup>(18)</sup>.

A título de curiosidade, é importante destacar que das 1121 consultas realizadas pelas equipes de ESF da unidade de saúde em estudo no mês de julho

(período da coleta de dados), somente 11 foram destinadas às crianças menores de um ano. No entanto, na área de abrangência desta UBS, existiam 228 crianças nesta faixa etária, e, portanto, as 11 consultas realizadas junto a este grupo indicam que apenas 4,8% das crianças menores de um ano passaram por consulta com o médico da ESF no período de um mês. Além disso, as 11 consultas realizadas seriam suficientes apenas para acompanhamento de cerca de 30% dos bebês de risco que deveriam estar sendo acompanhados pelo serviço.

Estes fatos podem revelar, no mínimo, uma distorção na atuação das equipes da ESF nesta unidade.

A ausência de informações sobre antecedentes familiares em número razoável de prontuários revela que estes dados não estão sendo questionados durante a consulta ou os mesmos não estão sendo registrados nos prontuários. Quanto aos antecedentes fisiológicos, é importante considerar que alguns aspectos, tais como: tipo de parto, peso, estatura ao nascer, local de parto, APGAR, presença de complicações, estado vacinal da criança, idade gestacional e registros sobre a evolução da gestação permitem uma avaliação mais precisa das condições atuais do bebê<sup>(10)</sup>, sendo imprescindível o registro dos mesmos.

Verificou-se também um baixo número de registros sobre o estado vacinal do bebê, constando em apenas dois prontuários. Isto pode indicar uma falha na anotação ou questionamento. Ademais, em dois prontuários não constam nenhuma informação e nestes casos a primeira consulta registrada foi realizada no domicílio. Trata-se de crianças que eram acompanhadas por médico particular e que a enfermeira fez o registro no prontuário apenas para constar informações. Neste tipo de atendimento/ambiente, ocorre maior dificuldade de um exame integral da criança, visto que alguns equipamentos para a realização da avaliação são difíceis de serem transportados até o domicílio e outros não são disponibilizados para a realização da visita. Entretanto, todas as informações avaliadas na tabela 5 poderiam ter sido obtidas por meio

de entrevista. Isto pode justificar em parte, a ausência de alguns dados registrados em prontuário.

O registro de complicações, anomalias e da idade gestacional é importante, uma vez que pode revelar se houve intercorrências no parto e em qual local foi dado o atendimento à parturiente, sendo que o local de realização do parto fornece subsídios sobre o acesso e a qualidade da assistência prestada.

As informações sobre a história alimentar do bebê se restringiram à anotação do tipo de aleitamento oferecido. Outras informações importantes como duração e tipo de aleitamento da criança, número de mamadas, dificuldades para amamentar, desmame e motivo do mesmo, idade de introdução de outros alimentos, história de intolerância alimentar e registro de alimentos oferecidos<sup>(9-10)</sup>. Foram encontradas em poucos prontuários, sendo que dois destes não apresentaram qualquer registro sobre a história alimentar. O registro da história alimentar do bebê é um parâmetro para se avaliar as condições nutricionais da criança. Esses dados, quando presentes, favorecem a detecção de alergias, a avaliação do estado nutricional, além de comunicar a outros profissionais possíveis intercorrências, que, mediante avaliação, necessitem de alteração do tipo de alimento oferecido.

Os dados sobre o crescimento da criança foram contemplados em 78% dos prontuários avaliados. Em relação aos dados de desenvolvimento do recém-nascido, observou-se que em nenhum dos prontuários estavam contempladas estas informações. O fato de nenhum prontuário conter dados sobre a avaliação do desenvolvimento pode sugerir que a anotação destes dados não constitui uma prática na rotina das quatro equipes de saúde da família que atuam na unidade de saúde em estudo. O desenvolvimento caracteriza-se como um processo global e dinâmico de mudanças que ocorrem em uma pessoa, desde a sua concepção, sendo influenciado por diversos fatores físicos. Diante disso, profissionais que atuam na assistência à criança precisam conhecer o desenvolvimento infantil, po-

dendo ser utilizado algum instrumento como recurso para esta avaliação<sup>(19)</sup>.

Os dados referentes ao exame físico são registros importantes nas mãos do examinador e, neste grupo, deve ser anotada a avaliação do desenvolvimento e crescimento (perímetro cefálico, peso, estatura), estado nutricional, situação vacinal, diagnóstico de doenças e, finalmente, as orientações fornecidas a mãe<sup>(10)</sup>.

A situação vacinal dos RN não foi descrita em nenhum dos prontuários. Isto é preocupante, pois a investigação do estado vacinal, considerando a disponibilidade de vacinas de eficácia comprovada e o calendário proposto pelo Programa Nacional de Imunização, constitui um importante fator indicador da qualidade da assistência prestada à criança. Enquanto profissionais não podemos deixar de considerar que os gastos com vacinação é muito inferior do que aqueles com o tratamento das pessoas acometidas por quaisquer das doenças imunopreveníveis, já que este implica na necessidade de acompanhamento da equipe de saúde, medicação, internação, exames, além das seqüelas ou até mesmo a morte, situações de custo econômico e social inquestionáveis<sup>(20)</sup>.

Por fim, é importante destacar que durante a análise dos prontuários, enfrentaram-se dificuldades para leitura das informações, sendo que, muitas vezes, estas se encontravam ilegíveis. Cabe destacar que as anotações realizadas em prontuários precisam ser bem elaboradas e apresentar escrita legível, pois, no atendimento à criança, estas informações são ferramentas importantes para o profissional realizar o diagnóstico de patologias, alterações fisiológicas, nutricionais e motoras, garantindo um acompanhamento de qualidade

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais causas do risco, identificados entre as crianças assistidas pela unidade em estudo, foram a prematuridade e o baixo peso e a pouca idade materna. A existência destes fatores entre mães com idades

mais apropriadas para a ocorrência da gestação pode estar associado a problemas pré e perinatais, visto que nenhuma das causas refere apresentar má formação congênita ou outros fatores que possam indicar a possibilidade de ocorrência destes riscos. Estes dados demonstram a importância de uma assistência integral e com qualidade a estas gestantes, quer seja particular ou pelo sistema público de saúde.

Em relação à avaliação dos prontuários ambulatoriais, considerando que este constitui, entre outras funções, um instrumento de comunicação entre profissionais, destaca-se que as anotações em prontuário precisam ser mais completas, com letra mais legível para que todos os funcionários que tenham acesso. Um dado bem redigido facilita o entendimento de possíveis problemas e fornece subsídios para a assistência a ser dispensada ao usuário.

Entre as anotações, observaram-se poucos registros de acompanhamento pelos membros das equipes da estratégia saúde da família. Geralmente, estes delegam as atividades ao pediatra, por ser um profissional mais capacitado para lidar com as crianças. Entretanto, o acompanhamento pelo pediatra não dispensa o acompanhamento pela equipe de saúde da família, visto que esta possui maior proximidade com a vivência da criança em seu ambiente e família, podendo assim, detectar condições e outras situações de risco que podem agravar a condição da criança. Cabe ressaltar que o enfermeiro não tem realizado atendimentos de puericultura, mesmo estando capacitado para esta prática. Se sua prática estivesse coerente com o que é preconizado pela Estratégia de Saúde da Família para esta categoria profissional, haveria um aumento nas possibilidades de assistência a estes RN de risco e a sua família.

Nos casos específicos de RN de risco, consideramos ser necessária a realização de busca ativa dos recém-nascidos faltantes às atividades programadas e também daqueles que não comparecem à unidade de saúde, mesmo nos casos em que fazem acompanhamento com médico particular, pois se ele reside

na área de abrangência da UBS, os profissionais têm responsabilidade para com os mesmos e suas famílias precisam ser esclarecidas sobre a condição da criança e da importância de um acompanhamento pediátrico efetivo.

Profissionais de saúde precisam atuar na verificação das possibilidades de risco e na atenuação destes, quando estes estiverem presentes. Atenção especial deve ser dada à gestante adolescente, visando identificar e atuar conjuntamente com esta e sua família no enfrentamento da nova situação que irá vivenciar.

A realização de outros estudos que avaliem a assistência ao recém nascido de risco se torna importante, visto que este considerou apenas três equipes da estratégia saúde da família. Os resultados destes estudos podem colaborar para a melhoria das atividades e do atendimento prestado ao recém nascido de risco e sua família.

## REFERÊNCIAS

1. Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso; 2001.
2. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):479-87.
3. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996-1998. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):74-80.
4. Sarinho SW, M Filho DA, Silva GAP, Lima MC. Fatores de risco para óbitos neonatais no Recife: um estudo caso-controle. *J Pediatr (Rio Janeiro)*. 2001; 77(4):294-8.
5. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(1):93-107.

6. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos, MGL. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. *J Pediatr (Rio Janeiro)*. 2006; 82(4):295-301.
7. Del Ciampo LA, Ricco RG, Danelussi JC, De Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa Saúde da Família e a puericultura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):739-43.
8. Moreno V. Enfermeiras de unidades básicas de saúde: visão sobre a família. *Rev Rene* 2008; 9(1): 9-18.
9. Frederico Neto F, Resegue R. Semiologia pediátrica. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 152-9.
10. Figueiredo NMA. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar. 5ª ed. São Paulo: Difusão; 2003.
11. Kassar SB, Lima MC, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Gurgel, RQ. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(3):293-9.
12. Guimarães EAA, Velásquez-Meléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de informação sobre nascidos vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev. Bras Saúde Matern. Infant*. 2002; 2 (3):283-90.
13. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Manual da gestante: fatores de risco para a gestação. 2ª ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2004.
14. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2004; 26(8):655-62.
15. Cabral SAL, Costa CFF, Cabral SF. Correlação entre idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25: 739-44.
16. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação os prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):113-26.
17. Tanji S, Dahmer M, Oliveira SEM, Silva CMSLMD. A importância do registro no prontuário do paciente. *Enfermagem Atual*. 2004; 4: 6-20.
18. Blanck D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio Janeiro)*. 2003; 79(1 supl.):13-22.
19. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1): 55-61.
20. Pereira DR, Mathias TAF, Soares DFPP, Carvalho WO. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade: estudo exploratório tipo Survey. *Rev Eletr Enferm*. 2009;11(2):360-7.

**RECEBIDO:** 06/07/2009

**ACEITO:** 01/12/2009