



## **CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DO RECÉM NASCIDO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

*Daiane Krause Grilo<sup>1</sup>, Márcia Glaciela da Cruz Scardoelli<sup>2</sup>, Willian Augusto de Melo<sup>2</sup>, Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz<sup>3</sup>*

**RESUMO:** O Ministério da Saúde preconiza programas que dão assistência a recém nascidos de risco onde cada município estabelece suas ações. Em Maringá, o programa recebe o nome de “Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco”, tem como objetivo acompanhar bebês que apresentem fatores diversos de risco para morbimortalidade. O objetivo deste estudo é caracterizar o acompanhamento do recém nascido de risco no município de Maringá-Paraná, entre os anos de 2006 a 2008, através da avaliação das fichas cadastrais do programa. Foram analisadas 108 fichas de recém nascidos cadastrados no programa de vigilância. 97% das crianças incluídas no programa possuem como fator de risco para o adoecer terem nascido prematuras e com menos de 2500g. Também, 31% das crianças são filhas de mães adolescentes, que por serem geradas em um período de transformação corporal da sua mãe, tem risco de agravos durante a gestação. Em relação às informações pertinentes ao registro do crescimento e desenvolvimento das crianças, apenas os dados relativos a peso e estatura, que são verificados na maternidade estavam anotados. Através da avaliação das fichas de acompanhamento dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco no município de Maringá, não é possível identificar as estratégias de ação desenvolvidas pelas equipes de saúde, abrindo, desta forma, margem para a dúvida do real acompanhamento destas crianças. Conhecer os aspectos nutricionais, imunológicos, de crescimento e desenvolvimento infantil são importantes para a implantação e implementação de políticas de saúde que visem a redução da mortalidade e infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégias de ação, morbimortalidade, recém nascido de risco.

### **1 INTRODUÇÃO**

Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Os dados populacionais, socioeconômicos, ambientais, sobre os serviços de saúde e sobre a morbidade e eventos vitais, são gerados a partir do próprio setor saúde, de forma contínua por meio dos sistemas de informação nacionais, administrados pelo Ministério da Saúde, bem como pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (ANDRADE, SOARES, CAMPOS, 2001)

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá CESUMAR. Maringá-Paraná. [daiane\\_grilo@hotmail.com](mailto:daiane_grilo@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá. CESUMAR. Maringá-Paraná. [grajacruz@gmail.com](mailto:grajacruz@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá. CESUMAR. Maringá-Paraná. [profewill@yahoo.com.br](mailto:profewill@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Orientadora. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Maringá CESUMAR. Maringá-Paraná. [kelly\\_suzue@hotmail.com](mailto:kelly_suzue@hotmail.com).

No Brasil, há, atualmente, cinco grandes bancos de dados nacionais (CARVALHO, 1997), continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Informações pertinentes ao estado e agravos de saúde das crianças podem ser monitorados por meio dos programas de puericultura. A puericultura é uma estratégia importante de cuidado preventivo em crianças, capaz de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, além de oportunizar o tratamento de problemas que afetam recém-nascidos. No Brasil, a puericultura está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente no Programa Saúde da Família (PSF). No entanto, pouco se conhece a respeito da efetividade destas ações nas unidades básicas de saúde (UBS) do país (BRASIL, 2009).

No município de Maringá, o número de nascidos vivos caiu de 4 521 em 2000 para 4 183 em 2005. Em contrapartida, o percentual de crianças nascidas com peso inferior a 2500g passou de 7,27% em 2000 para 8,08% em 2005, sendo que o número de crianças incluídas no Programa de Atendimento ao Bebê de Risco passou de 616 em 2003 para 713 em 2006 (MARCON, 2008).

O município de Maringá – Paraná possui como estratégia de vigilância para a redução da mortalidade infantil o Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco tem como proposta as ações de vigilância em saúde sendo responsável por esta ação a Vigilância Epidemiológica e a Rede de Atenção Básica, tendo como objetivo identificar os Recém-Nascidos de Risco, avaliar a qualidade da assistência prestada ao pré-natal e parto, priorizando o atendimento aos recém nascidos que necessitem de cuidados especiais (MARINGÁ, 2009).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (2009), o programa deve acompanhar os bebês de risco identificados entre os nascidos vivos, sendo os critérios para inclusão no programa: peso ao nascer menor que 2500g, idade gestacional menor de 36 semanas, idade materna menor de 18 anos, apgar no 5º minuto menor que 7, anomalia congênita, mãe HIV positivo e outros critérios de acordo com a avaliação da equipe de saúde da UBS.

O objetivo deste estudo é caracterizar o acompanhamento do recém nascido de risco no município de Maringá-Paraná, entre os anos de 2006 a 2008, através da avaliação das fichas cadastrais do programa.

## **2 MATERIAS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, onde as fontes de informação foram 108 fichas de acompanhamento do recém nascido de risco do Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco do município de Maringá-Paraná.

A amostra foi composta de fichas de crianças consideradas de risco ao nascer que foram acompanhadas entre os anos de 2006 a 2008 pelo Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco e foi calculada pelo programa estatístico OPEN EPI, considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo obtido um total de 108 fichas para análise, para o cálculo foi considerado 2235 nascimentos considerados de risco e que segundo a literatura, dentre os nascimentos vivos, espera-se que 8% sejam considerados de risco, segundo os critérios estabelecidos pelo Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco (MARCON, 2008).

Os dados foram anotados em uma planilha que contém variáveis como: critério de inclusão, registro de data das consultas do bebê, peso mensal, perímetros: cefálico, torácico, abdominal, vacinas, intercorrências, desenvolvimento neurológico; data de

ausência de reflexos; início do andar; fala; engatinhar, alimentação e como foi feito o acompanhamento da criança: telefone; visita domiciliar, ida a unidade básica de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá CESUMAR, sob o parecer nº 028/2010, CAAE 0029.0.299.000-10.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo apontou que 50,9 % das crianças acompanhadas pelo Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco foram incluídas por terem menos de 2 500g ao nascer e que 47,2% dos recém nascidos eram prematuros. 31,4% das crianças que foram incluídas no programa são filhos de mães cuja idade é menor que 17 anos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) adolescência é definida como o período da vida compreendido na faixa etária de 10 a 19 anos. Os adolescentes representam 20 a 30% da população mundial, sendo que esta população vem aumentando nas regiões urbanas dos países emergentes (FROTA, MARCOPIOTO, 2004).

A gestação na adolescência tem sido identificada como um problema de saúde pública no Brasil e em outros países, pelo aumento crescente de sua incidência e pelas importantes consequências biológicas, sociais e psicológicas, especialmente ao ocorrer de maneira precoce e não planejada, pois nesta fase a evolução da gestação e do crescimento fetal é alterada pelos maiores riscos de desnutrição, anemia, deficiências vitamínicas, retardo do crescimento intra-uterino, uso de drogas e infecções, resultando em aumento dos índices de prematuridade, baixo peso ao nascimento e desnutrição pós-natal (GUERRA, HEYDE, MULINARI, 2007). Pela possibilidade de complicações durante a gestação, os bebês nascidos de mães adolescentes podem ser também baixo peso e prematuros.

Em relação as anotações contidas na ficha de acompanhamento, observa-se que apenas o peso da alta da criança da maternidade e a estatura estavam anotados, não sendo feita nenhuma observação em relação ao crescimento e desenvolvimento posterior da criança.

Das fichas analisadas, 65% delas não continham nenhum registro em relação ao estado vacinal e a alimentação da criança. Em 35,1% observou-se anotações incompletas em relação as vacinas aplicadas na criança ao longo do seu primeiro ano de vida. A vacinação, particularmente de lactentes e de crianças na primeira infância, vem se constituindo em relevante ação de prevenção de doenças infectocontagiosas, que em um passado recente levavam ao óbito e a graves sequelas milhares, e mesmo milhões, de crianças no Brasil e no mundo. (PUGLIESI, TURA, ANDREAZZI, 2010).

Na vigência de um óbito infantil, destaca-se a necessidade preconizada pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004) de sua investigação que leva ao conhecimento de seus determinantes causais, sua evitabilidade e medidas que podem ser recomendadas e implementadas para que outros óbitos não ocorram nas mesmas condições. Assim, os profissionais de saúde da rede de atenção primária e hospitalar devem manter vigilância e institucionalizarem a prática do monitoramento da atenção à saúde materno-infantil.

### **4 CONCLUSÃO**

Através da avaliação das fichas de acompanhamento dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco no município de Maringá, não é possível identificar as estratégias de ação desenvolvidas pelas equipes de saúde, abrindo, desta forma, margem para a dúvida do real acompanhamento destas crianças.

Conhecer os aspectos nutricionais, imunológicos, de crescimento e desenvolvimento infantil são importantes para a implantação e implementação de políticas de saúde que visem à redução da mortalidade e infantil.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio, CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. 267p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Humaniza Sus: A Clínica Ampliada*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil e Políticas de saúde da Criança do Ministério da Saúde nos 20 anos de SUS**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL, Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, (SS-PMM). Gerência de Vigilância Epidemiológica. SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos. **Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco**. Maringá, 2009.

CARVALHO, D.M. **Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual**. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano VI, n. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

FROTA, Denise Ataíde Linhares; MARCOPITO, Luiz Francisco. **Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes**, *Montes Claros – MG*. Revista de Saúde Pública, vol. 38, nº 1. São Paulo, fev., p. 85-92, 2004.

GUERRA, Alessandra Fontes Ferreira da Silva; HEYDE, Maria Emília Daudt Von Der, MULINARI, Rogério Andrade. **Impacto do Estado Nutricional no Peso ao Nascer de Recém-Nascido de Gestantes adolescentes**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, vol. 29, nº 3, Rio de Janeiro, mar., 126-133, 2007.

MARCON, S. S. **Condições de Vida e Saúde de Bebês de Risco em Maringá –Paraná, ao Longo do Primeiro Ano de Vida**, 2008 (não publicado)

PUGLIESI, Maria Vicência; TURA, Luiz Fernando Rangel; ANDREAZZI, Maria de Fátima Silianski. **Mães e Vacinação das Crianças: Estudo de Representações Sociais em Serviço Público de Saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, vol. 10, nº 1, Recife, jan/mar., p. 75-84, 2010.