

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANA FLÁVIA GOMES DE BRITTO NEVES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS NASCIDOS
EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA NA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA - PB
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANA FLÁVIA GOMES DE BRITTO NEVES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS NASCIDOS EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia em Saúde

Orientador: Prof^o Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna

**JOÃO PESSOA- PB
2011**

N518p Neves, Ana Flávia Gomes de Britto.
Perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma
maternidade-escola na Paraíba / Ana Flávia Gomes de Britto
Neves.- João Pessoa, 2011.
95f.
Orientador: Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Mortalidade infantil. 2. Epidemiologia. 3. Mortalidade
infantil – recém-nascido – fatores de risco.

UFPB/BC

CDU: 614:312.21(043)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título:

Perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade-escola na Paraíba.

Nome:

Ana Flávia Gomes de Britto Neves

Dissertação aprovada em: **31/03/2011**

Membros da Banca Examinadora:

Prof^o. Dr^o. Rodrigo Pinheiro Toledo de Vianna

Prof^a. Dr^a. Wilma Dias Fontes

Prof^o. Dr^o. Roberto Teixeira Lima

Prof^a. Dr^a. Jordana Almeida Nogueira

Às mães e crianças que participaram do estudo.
Eu dedico.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Rodrigo Pinheiro Toledo de Vianna, pela humanização, incentivo, exemplo, dedicação, apoio e, sobretudo, pela paciência que sempre me dispensou.

Aos Professores Wilma Dias Fontes, Roberto Teixeira Lima e Jordana Almeida Nogueira pela disponibilidade em participar da banca de defesa e sugestões.

A Dr^a. Neusa Collet e a Marina pela contribuição durante a elaboração do projeto de pesquisa.

Aos Coordenadores, Professores e Secretários da Pós Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB pela orientação dispensada.

Aos Profissionais no Hospital Universitário Lauro Wanderley, pela participação, força e por acreditar em mim e no meu trabalho.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.

A minha meus pais, Soraya e Flávio, e minha avó, Eliete, pelo esforço e incentivo que sempre me deram.

Aos meus irmãos, Halysson, Thaty e Bebel. Amo vocês.

A minha família e amigos, cujo convívio me privei muitas vezes na execução deste trabalho.

Em especial, as mães que participaram da pesquisa respondendo as questões e contribuindo valiosamente no meu crescimento profissional e, principalmente, na vida pessoal. A vivência com vocês me levou a rever paradigmas e refletir práticas cotidianas. A troca de saberes, olhares e a escuta foi essencial neste processo. A vocês que confiaram em mim seus segredos, dúvidas e sentimentos. Muito obrigada!

**O que se faz agora com as crianças
é o que elas farão depois com a sociedade.**

Karl Mannheim

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo geral.....	18
1.2 Objetivos específicos.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Promoção da saúde materno-infantil em gestações de alto risco.....	19
2.2 Redução da mortalidade infantil com foco na atenção à saúde neonatal.....	25
2.3 Políticas, pactos e ações bem sucedidas para redução da mortalidade infantil.....	30
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 Tipo de estudo.....	36
3.2 Local de coleta de dados.....	36
3.3 População de estudo.....	39
3.4 Variáveis do estudo.....	43
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	43
3.6 Coleta de dados.....	44
3.7 Desenvolvimento do piloto.....	46
3.8 Análise dos dados.....	46
3.9 Aspectos éticos.....	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido da Pesquisa	
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 1	
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados 2	
ANEXOS	
ANEXO A – Parecer de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa	

RESUMO

Introdução: A mortalidade infantil (MI) é um dos indicadores fundamentais para avaliação da qualidade de vida da população. Pode ser classificada em mortalidade neonatal e pós neonatal e seu cálculo traduz a incidência de óbitos de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidos vivos. O perfil de morbidade na infância também é importante para a avaliação da qualidade da saúde e das necessidades deste grupo. A integralidade do cuidado na infância visa assegurar o bom desenvolvimento físico, biológico, psíquico e social, sendo parte ideológica das políticas de saúde vigentes no Brasil. A investigação epidemiológica das condições de gestação, parto e nascimento, assim como intercorrências maternas e neonatais, permite obter informações para avaliar ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e das políticas públicas de saúde na Paraíba. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade escola na Paraíba, referência em partos de alto risco, considerando as condições de pré-natal, de parto e de nascimento. **Metodologia:** Realizou-se uma coorte prospectiva de nascimento com a inclusão de todos nascidos vivos da maternidade escola no período de setembro a dezembro de 2010. Aplicou-se dois questionários, o primeiro ainda na maternidade e o segundo após 30 dias do nascimento para investigar questões sobre a gestação, o parto e nascimento e morbidade referida do primeiro mês de vida. Na entrevista de seguimento foi realizada uma avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil. Foi feita análise descritiva dos dados e análise de sobrevivência considerando como desfecho as morbidades e óbitos neonatais. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local. **Resultados:** Foram acompanhados 126 recém nascidos. Foram registrados nove malformações fetais, seis óbitos neonatais e seis casos de *near miss* neonatal (coeficiente de mortalidade neonatal de 42,8 óbitos para cada mil nascidos vivos). As morbidades neonatais mais frequentes problemas do trato respiratório e gastrointestinais, infecções, pele e amamentação. **Conclusões:** A investigação das morbidades e óbitos neonatais é uma importante estratégia de acompanhamento para este grupo populacional e possibilita planejar medidas para a prevenção de mortes evitáveis pelos serviços de saúde, inclusive nas regiões consideradas prioritárias, como é o caso do Nordeste brasileiro. Mesmo sendo uma maternidade referência, o número de intercorrências, óbitos e morbidades, foi alto necessitando medidas corretivas. A qualificação tecnológica em partos e nascimentos de risco, bem como o suporte neonatal de risco adequado, faz-se necessário para minimização destas ocorrências.

Palavras-chave: Recém-nascido. Mortalidade infantil. Fatores de risco. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Infant mortality (IM) is one of the key indicators of a population's quality of life. It may be classified into neonatal or postneonatal mortality and its calculation shows the occurrence of deaths in children under one year old per 1,000 live births. The morbidity profile is also important to assess the quality of health and the needs of this group. The integral care during childhood aims to ensure the healthy physical, biological, psychological and social development, being an ideological part of the current health policies in Brazil. The epidemiological investigation of the conditions of pregnancy, delivery and birth, as well as the maternal and neonatal interferences, provides information to evaluate actions of the Reduction of Infant Mortality Pact and public health policies in Paraíba. **Objectives:** Describe the epidemiological profile of the neonates born in a school-maternity in Paraíba, which is a reference place concerning high-risk deliveries, considering the conditions of prenatal, delivery and birth. **Methods:** A prospective cohort of birth was conducted, including all the live births in the school-maternity during the period from September and December, in 2010. Two questionnaires were applied, the first one in the maternity and the second one 30 days after the birth to investigate questions about the pregnancy, the delivery and the birth and morbidity referred in the first month of life. In the follow-up interview, an assessment of the child's growth and development was conducted. It was made a descriptive analysis of the data and survival analysis, considering as outcome, the neonatal morbidities and deaths. The study was approved by the local ethics research committee. **Results:** 126 neonates were tracked. 9 fetal malformations were recorded, 6 neonatal deaths and 6 cases of neonatal *near miss* (neonatal mortality rate = 42,8 per 1000 live births). The most frequent neonatal morbidities were jaundice, respiratory tract problems, gastrointestinal, infections, skin and breast feeding. **Conclusions:** The investigation of morbidities and neonatal deaths is an important strategy to track this population group and provides planning measures to prevent avoidable deaths in the health facilities, including the areas identified as priorities, such as the Brazilian northeast. Even being a referential maternity, the number of occurrences, deaths and morbidities was high, requiring corrective measures. The technological qualification in both risk deliveries and births, as well as the appropriate neonatal risk support is necessary to minimize these occurrences.

Keywords: Newborn. Infant Mortality. Risk Factors. Epidemiology.

APRESENTAÇÃO

Para esta proposta de pesquisa, toma-se por base, inicialmente, a minha vivência e aproximação com a temática em questão: condições de risco para saúde neonatal e diminuição da mortalidade infantil.

O interesse pela criança esteve presente desde cedo e a escolha pela área da saúde relacionou-se ao desejo de contribuir, de alguma forma, à promoção da saúde infantil. Sendo assim, reporto-me à graduação, onde como discente de Enfermagem, inserir-me no mundo das crianças, teoricamente e na prática. O acompanhamento da mulher no pré-natal, durante o parto e período puerperal em maternidades, bem como a observação das ações de saúde à criança em Unidades Básicas de Saúde e hospitais especializados à infância, intensificou o carinho e admiração pelo campo da Pediatria.

A experiência da docência em uma instituição de ensino superior, no curso de Enfermagem, reforçou o interesse pelo binômio materno-infantil e o deslumbre de tal relação com a saúde da criança. A posteriori, na Puericultura vivenciei o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças. O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) possibilitou reflexões sobre a promoção da saúde e diminuição da morbimortalidade de crianças menores de um ano, em especial ao trabalhar com recém-nascidos considerados de risco. O compromisso da instituição em promover a saúde infantil em consonância com as políticas públicas vigentes foi algo que propiciou discussões e questionamentos da autora com os profissionais. O processo de trabalho e a busca por uma assistência com base na multidisciplinaridade e integralidade permitiu uma visão ampliada das atribuições dos profissionais de saúde, em especial o Enfermeiro, na Puericultura.

A interação de conhecimentos com discentes e mestres, despertou-me o prazer pela docência. Leituras e discussões instigou (re)construções no que concerne à elaboração de idéias e práxis, com foco na promoção da saúde e redução da morbi-mortalidade infantil, considerando as especificidades de cada grupo.

No mestrado o desejo em trabalhar com a temática. O perfil dos nascidos vivos da maternidade-escola, a ser estudado no período neonatal, deu-se após alguns encontros com o orientador. Leituras sobre políticas, programas e ações da Organização Mundial de Saúde e, a nível nacional, do Ministério da Saúde subsidiaram o desenho do projeto, emergindo a necessidade de estudar a temática na Paraíba. A compreensão das ações preconizadas pelos

órgãos supracitados e a importância de investigar as condições relacionadas à gestação, parto e nascimento e sua relação com os altos índices de mortes de crianças na Região Norte e Nordeste, em especial na Paraíba, foi algo que norteou a problematização desta iniciativa.

Sob a coordenação do orientador, a minha participação na pesquisa nacional intitulada “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, em 2010, proporcionou uma visão ampliada das bases conceituais e prática do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil firmado entre os governos Federal e dos estados da Amazônia Legal e do Nordeste, que visa acelerar a redução das desigualdades regionais. A pesquisa envolveu 255 municípios brasileiros prioritários, dentre os quais 21 paraibanos fizeram parte do estudo. A experiência como multiplicadora da Chamada Neonatal na Paraíba, possibilitou a discussão da problemática ora estudada com representantes do Ministério da Saúde, Universidades Federais, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, contribuindo significativamente para construção de questões que necessitavam serem investigadas.

Diante da motivação em estudar a criança, em especial neonatos, com foco na diminuição da mortalidade infantil, eu e meu orientador, optamos por estudar os riscos para saúde neonatal, visando traçar um perfil epidemiológico da coorte em estudo e quiçá subsidiar novas pesquisas na Paraíba sobre a temática.

Portanto, uma introdução problematizadora, aponta questões importantes sobre situações de risco e saúde materno-infantil, apresentando os índices de mortalidade infantil e despertando a necessidade de pesquisas que apreendam essa relação nos seus amplos aspectos.

Em seguida, apresentamos a Revisão da Literatura, contemplando os seguintes itens: Promoção da saúde materno-infantil em gestações de alto risco, Redução da mortalidade infantil com foco na atenção à saúde neonatal e Políticas, pactos e ações bem sucedidas para redução da mortalidade infantil

Discorreremos sobre o referencial teórico-metodológico e as estratégias de investigação, seguido da análise e discussão dos dados encontrados. Por fim, as considerações finais.

Considerando a relevância da temática para Região Nordeste, destacamos a importância de nossa pesquisa para avaliação das políticas públicas e pactos firmados em prol da diminuição das desigualdades regionais e mortalidade infantil no Estado da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) é um dos indicadores fundamentais para avaliação da qualidade de vida da população. Tal coeficiente mensura os números de óbitos dentre as crianças nascidas vivas, que ocorreram em determinado tempo, período e local durante o primeiro ano de vida (VICTORA, BARROS, VAUGHAN, 2006). Pode ser classificada em Mortalidade Neonatal, precoce ou tardia, e Mortalidade Pós Neonatal. Seu cálculo traduz a incidência de crianças menores de um ano que morreu a cada 1.000 nascidas vivas (BRASIL, 2009a; MEDRONHO, 2009; ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). A redução deste índice depende do compromisso em melhorar as condições de vida da população, a assistência e o cuidado em saúde, combater doenças, minimizar as desigualdades e a segregação social, promover a paz e o respeito ao meio ambiente (BRASIL, 2005; OPS, 2007).

O perfil de morbidade na infância também é considerado relevante para a avaliação da qualidade da saúde e a comparação destes índices com os anos anteriores possibilita uma reflexão sobre avanços e necessidades do público-alvo. Dessa forma, é importante destacar que o estudo da morbidade considera os agravos à saúde mais comuns nessa idade, além de examinar o emprego de algumas práticas preventivas, de grande impacto na promoção da saúde da criança (BRASIL, 2009b).

Nas últimas décadas, observou-se avanços nas ações de promoção à saúde materna e infantil, cujo reflexo repercutiu na diminuição da mortalidade e em alterações no perfil das morbidades que acometem as crianças (BRASIL, 2010a). A avaliação das condições pré-natais, natais e pós-natais faz-se necessário para o controle dos óbitos sobretudo no período neonatal. O reforço à saúde da criança com início no período intrauterino e a responsabilidade das autoridades mundiais em reduzir os índices de mortes infantis, considerando as peculiaridades de cada caso e região, são aspectos importantes neste processo.

A abordagem da intervenção na saúde infantil passa por uma fase de transição e mudanças paradigmáticas são encaradas como importantes para trabalhar as necessidades de saúde reais do público em questão. O modelo biomédico, fortemente disseminado na cultura ocidental, inspirou grandes conquistas como o avanço tecnológico, discussões sobre o processo saúde-doença e, ainda vigente na prática atual, exerce influência marcante no processo de formação e de trabalho dos profissionais de saúde.

Os problemas de saúde infantil são considerados indicadores de condição social e expressam, na prática, a limitação dos preceitos cartesianos. O modelo conceitual da moderna medicina científica parece ser julgado insuficiente para os problemas relacionados à saúde, cura e medicina social, revelados através da necessidade de um paradigma transcendente e de ampliação da clínica.

Apesar da influência cartesiana do pensamento newtoniano e do método analítico de Descartes em grandes descobertas da biologia e, conseqüentemente, no avanço da medicina científica (CAPRA, 2006), a vida de qualquer ser, inclusive a criança, é profundamente influenciada por seu ambiente social, cultural, psicológico e físico (LISSAUER e CLAYDEN, 2003).

Com a valoração do binômio materno-infantil, durante o movimento higienista, inaugura-se uma nova fase na história da medicina em favor à saúde da criança. Até os anos setenta, a Obstetrícia e a Puericultura, eram classificadas como disciplinas de pouco *glamur* por médicos e alunos. Porém, apesar do patriarcalismo vigente na sociedade contemporânea, os resultados das lutas sociais e da Reforma Sanitária refletiram em modificações no sistema e universalização no acesso à saúde, inclusive na Pediatria (MARQUES, 2000).

A criança ganha uma atenção especial e a responsabilização materna passa a elemento central para saúde infantil instigando mudanças mundiais e discussões que pautaram as agendas de saúde pública. As condições maternas, de parto e nascimento passam a ser discutidas como fatores importantes de investigação e influentes no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, tanto quanto o ambiente, o contexto sócio-cultural, os fenômenos psicológicos e a família (UNICEF, 2008; BRASIL, 2005).

O mundo despertou para a importância da promoção da saúde, passando as crianças a exercer direitos como cidadãos perante a lei (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010b; COLLET et al., 2010). O acesso às ações preventivas e de promoção mudou a realidade no cenário mundial e o interesse pelo binômio mãe-filho modificou pragmaticamente o conceito de saúde infantil. A luta pela implementação de um sistema de saúde, cuja proposta permeia a seguridade cidadã, com princípios como equidade, universalidade e igualdade no acesso, além do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para redução das desigualdades sociais vem sendo levantada na saúde (FRANÇA et al, 2009).

Concomitante às melhorias na assistência à saúde da criança que permearam as décadas anteriores, observou-se a diminuição dos óbitos por causas preveníveis. O coeficiente de mortalidade infantil tem apresentado declínio significativo, inclusive nos países em desenvolvimento, e esse avanço se deve em especial às ações de saúde pública e atenção

básica. Apesar desta diminuição, o índice de mortalidade neonatal mostra-se preocupante e com poucos avanços, apresentando-se atualmente como fator de impacto nos índices da mortalidade infantil e desafio mundial (OPS, 2007; BRASIL, 2010a).

A integralidade do cuidado na infância visa assegurar o bom desenvolvimento físico, biológico, psíquico e social, sendo parte ideológica das políticas de saúde vigentes no Brasil. Para tanto, a atenção à criança deve ter início no período pré-natal, haja vista que as condições associadas à saúde materna influenciam diretamente no desenvolvimento fetal e infantil. O histórico familiar, assim como doenças maternas que precedem a gestação ou que foram desencadeadas durante este período, deve ser investigado de forma a se intervir o mais precocemente possível, buscando preservar o crescimento fisiológico do feto e garantir a saúde da criança (BRANDEN, 2000).

As condições de parto, nascimento e intercorrências no período perinatal devem ser consideradas importantes e, portanto, monitoradas; assim como a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na Puericultura. O acompanhamento materno e infantil sistemático e o registro das informações podem exercer influências no controle da morbi-mortalidade de crianças e colaboram para melhorias no perfil da saúde na infância.

A vigilância da mortalidade infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde, pois contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos por órgãos internacionais e entidades em defesa da criança (PNDU, 2010; BRASIL, 2010c). As políticas públicas de saúde brasileiras reforçam a importância da universalidade, igualdade e equidade, segundo prioridades regionais e a realidade local (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2010c).

Neste contexto, a atenção saúde da criança no Brasil vem ganhando destaque com o passar dos anos. Políticas, pactos e ações de saúde direcionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar, controle de doenças diarreicas, de infecções respiratórias agudas e de doenças que se podem prevenir por imunização, refletem o interesse do governo brasileiro em reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil no país (COLLET et al., 2010; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009d).

Na América Latina e Caribe, anualmente, nascem quase 12.000.000 crianças. Deste total, a cada ano, 400.000 morrem antes de completar os cinco anos de idade, 270.000 antes de um ano e 180.000 morrem durante o primeiro mês de vida. Em 2004, no que se refere às mortes neonatais nestas regiões, apresentaram-se como principais causas: asfixia, prematuridade e malformações congênitas (OPS, 2007).

Diante de dados quantitativamente elevados nas regiões apresentadas, é importante destacar que, no Brasil, grande parte das mortes de recém-nascidos ocorre por causas evitáveis; dentre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e recém-nato. É relevante, ainda, mencionar que os índices de mortalidade infantil, cuja incidência maior está no período neonatal, encontram-se associados à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta de água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães (FRANÇA et al., 2009).

A realidade da Região Norte e Nordeste sugere índices elevados no que se refere ao coeficiente de mortalidade infantil brasileiro. Estas duas regiões juntas são responsáveis por aproximadamente dois terços dos óbitos infantis no Brasil (BRASIL, 2010a). O Nordeste representa a macrorregião com maior percentil de mortes de crianças menores de um ano por 1.000 nascidas vivas, como demonstrou a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006). Ao se tratar dos valores de mortalidade na infância, os riscos de morrer antes dos cinco anos de vida, eram 140% superiores entre aquelas que residiam no Nordeste quando comparado com as demais regiões brasileiras (BRASIL, 2009b). A Paraíba, embora tenha apresentado diminuição em seu coeficiente com o passar dos anos, ainda possui taxas elevadas de mortalidade infantil (35,2), ocupando o quarto lugar no ranking, dos estados nordestinos com maior número desses óbitos (BRASIL, 2010a).

A investigação destas mortes é uma importante estratégia, e dão visibilidade às elevadas taxas do indicador no país. Contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de mortes evitáveis pelos serviços de saúde, inclusive nas regiões consideradas prioritárias em virtudes de seus elevados coeficientes, como é o caso do Nordeste brasileiro, com situações peculiares que podem intensificar os riscos gestacionais, natais e neonatais, influenciando diretamente na saúde infantil (FRANÇA et al., 2009; BRASIL, 2010c).

Levando em consideração a realidade paraibana no que se refere às taxas de mortalidade infantil, destacando as gestações de risco como agravantes deste coeficiente, despertaram os seguintes questionamentos: Qual o perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade referência em partos de alto risco? No primeiro mês de vida, quais intercorrências clínicas são mais comuns neste grupo?

A investigação epidemiológica de condições de gestação, parto e nascimento, intercorrências maternas e neonatais, permitirá traçar um perfil que subsidia empiricamente reflexões e avaliação de ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e das políticas públicas na Paraíba.

Considerando o Hospital Universitário Lauro Wanderley referência em atendimento de partos de alto risco no Estado e possuir um serviço próprio de Puericultura formado por equipe multidisciplinar especializada no atendimento à infância, os dados apresentados neste estudo podem subsidiar outros estudos na Região e, *a posteriori*, contribuir para avaliação dos serviços e melhoria da assistência materna e infantil em prol da redução das desigualdades em saúde, viabilizando ações no que se refere à diminuição das desigualdades regionais e mortalidade de crianças na Paraíba.

OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade escola, referência na Paraíba em partos de alto risco, considerando as condições de pré-natal, de parto e de nascimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio-demográfico das parturientes atendidas no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW);
- Investigar a cobertura do pré-natal;
- Coletar indicadores de morbidade materna;
- Coletar indicadores de morbidade infantil e *near miss* neonatal;
- Identificar a prevalência de aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida;
- Identificar o tipo de alimentação infantil no período neonatal;
- Identificar as principais intercorrências clínicas no período neonatal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção da saúde materno-infantil em gestações de alto risco

A promoção da Saúde da Criança vem sendo discutida há décadas por órgãos e instituições preocupadas em reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade que afligem essa população no Brasil e no mundo. Sua assistência encontra-se norteadas por ações, asseguradas através de políticas públicas, visando assistir integralmente a criança, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil desde a concepção, reforçar os cuidados durante a gestação, parto, nascimento e puerpério, estimular a importância do vínculo mãe-criança-família, estabelecendo condições para um desenvolver saudável minimizando, assim, os casos de mortes infantis.

Os direitos das crianças à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção integral e à participação são assegurados por organismos internacionais, desde o final da segunda década do século XX, quando a Sociedade das Nações criou, em 1919, o Comitê de Proteção da Infância. Setenta anos depois, em 20 de novembro de 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, reafirmando a necessidade de proteção total às pessoas de até 18 anos (UNICEF, 2009, p. 13).

As crianças são consideradas um grupo de risco, “devido à vulnerabilidade às condições de vida e de acesso a bens e serviços” (FRANÇA et al., 2009, p. 261). Em situações de guerra, tumulto civil ou desastres naturais, elas são especialmente vulneráveis estando mais expostas às doenças infecciosas e desnutrição, perda de seus responsáveis e familiares, eventos traumáticos, destruição social e cultural; muitas vezes sendo forçadas a abandonar seus lares e se tornar refugiadas (LISSAUER e CLAYDEN, 2003).

O *risco*, um dos conceitos mais importantes da epidemiologia, é definido como “a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravamento, óbito ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora), em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2006, p.80). Ayres (2008), trás a discussão deste conceito em epidemiologia enriquecendo a compreensão das condições históricas na saúde pública.

Ao definir risco procura-se identificar os principais fatores de risco à saúde e, a partir daí, determinar as ações a serem desenvolvidas para enfrentá-los. *Fator de risco* pode ser definido como “atributo de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde, em comparação com outros grupos definidos pela ausência ou menor exposição a tal característica” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2006, p.74).

Os fatores de risco são de natureza diversa, a saber: biológicos, clínicos, ambientais, relacionados à assistência, socioculturais e econômicos. O grupo populacional que apresenta maior risco à saúde é chamado de *grupo de risco* e caracteriza-se pela possibilidade de adoecimento permanente, de maneira mais fácil que os demais, o qual deve ser merecedor de maior atenção (BRASIL, 2003). Atualmente, o Brasil mantém grande parte de suas crianças vivendo em situação de vulnerabilidade e exclusão social. Investir na infância é assegurar às crianças o direito à proteção, à saúde e à educação de qualidade, promovendo a redução das desigualdades (UNICEF, 2009).

São inúmeros os problemas que podem acometer a saúde infantil, e estes contrastam conforme o desenvolvimento do país. Nos países em desenvolvimento, os principais problemas encontrados e que podem interferir na saúde das crianças são: infecções, desnutrição, problemas do aprendizado e desenvolvimento de origem orgânica, falta de saneamento, abastecimento de água precário, higiene alimentar, habitação inadequada, educação de baixo nível, assistência médica precária e a alta taxa de natalidade. Já nos países desenvolvidos, os problemas mais comuns estão relacionados aos distúrbios crônicos, transtornos comportamentais e emocionais, distúrbios do neurodesenvolvimento, ausência de coesão familiar, segregação social, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, obesidade, abuso de drogas (LISSAUER e CLAYDEN, 2003).

A criança cresce, modifica-se e afirma-se como indivíduo. Esse processo, característica fundamental e natural do ciclo de vida, deve ocorrer em boas condições de saúde. Contudo, para crescer saudável e apta a enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo a criança deve receber cuidados que promovam seu bem estar. Levando em consideração o binômio mãe-filho e a importância desta relação para a saúde infantil, a garantia de uma assistência de qualidade à saúde materna e da criança é imprescindível através da intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade no atendimento, impactando, assim, na redução da morbi-mortalidade infantil (LONDRINA, 2006).

O acompanhamento e promoção da saúde infantil devem ter início no período pré-natal, uma vez que fatores sócio-demográficos e culturais, alimentação materna, drogas,

histórico de saúde familiar e da mãe, doenças desencadeadas durante o período gestacional, entre outras complicações, podem ser preditivas no estabelecimento de alterações do crescimento e desenvolvimento fetal, interferindo na qualidade de vida e nas taxas de morbimortalidade infantil.

A identificação dos fatores de risco para a saúde materna e infantil é um dos componentes mais importantes da assistência pré-natal, haja vista que, identificadas algumas condições, estas podem ser tratadas, eliminadas ou controladas, minimizando seu impacto sobre a gravidez. Durante o pré-natal, os profissionais de saúde podem observar com mais rigor os sinais de complicações e planejar intervenções, mantendo precocemente o estado de alerta para os riscos (ZIEGUEL e CRANLEY, 1985).

No Brasil, consideram-se pelo menos três indicadores objetivos da má qualidade do atendimento pré-natal: a alta incidência de sífilis congênita (24/1.000 nascidos vivos no SUS); hipertensão específica da gravidez (principal causa de morte materna) e o número de gestantes que não receberam nenhuma dose de vacinação antitetânica (37%) (BRASIL, 2000). Em contrapartida, durante a gestação, a mulher que realiza um acompanhamento sistemático, além de avaliar o desenvolver de sua gestação, tem a oportunidade de observar a evolução da criança, construindo com a equipe de saúde saberes que direcionem suas práticas cotidianas e viabilizem o parto e nascimento adequados (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

Esse acompanhamento, com início preferencial nas primeiras semanas de gestação, é preconizado por órgãos e entidades mundiais responsáveis por melhorias da saúde materno-infantil e consiste em avaliar periodicamente situações de saúde da gestante e da criança, por meio da solicitação de exames específicos, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, medição da altura do fundo uterino e sua associação com a idade gestacional, verificação dos sinais vitais da mãe, assim como o ganho de peso e edema.

O diálogo, durante a consulta, possibilita a reconstrução de hábitos e costumes, desmitificando representações específicas de cada grupo social e cultura. Fornece informações pertinentes ao estabelecimento de condições determinantes para diminuição de riscos e agravos relacionados à saúde perinatal e neonatal.

O *período perinatal* é aquele compreendido entre a 28ª semana de gestação (ou o seu equivalente a 1000g ou 35cm) até o sétimo dia completo de vida (168 horas completas). Tal período pode ser chamado de Período Perinatal I, com eventos ligados intimamente à gestação e nascimento. O Período Perinatal II, mais abrangente, vai desde a 20ª semana de gestação (ou seu equivalente a 500g ou 25cm), até o 28º dia de vida (ROTINAS, 1998).

Já o *período neonatal* é definido como aquele que se estende do nascimento até o vigésimo oitavo dia de vida incompleto e pode ser classificado conforme a idade do recém nascido em neonatal precoce (de 0 a 7 dias) e neonatal tardio (que compreende do oitavo até o vigésimo oitavo dia incompletos) (HOCKENBERRY e WINKELSTEIN, 2006). O período neonatal pode ainda ser dividido em três: o primeiro, do nascimento a menos de 24 horas; o segundo, das 24 horas a menos de 7 dias; o terceiro, de 7 dias a menos de 28 dias (BERMAN, KLIENGMAN e JENSON, 2002).

Embora o período neonatal seja considerado como as primeiras quatro semanas após o nascimento, “a vida fetal e extra-uterina formam um *continuum* durante o qual o crescimento e desenvolvimento são afetados por fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais” (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002, p. 446). Por ser um fenômeno fisiológico, a evolução da gestação se dá, na maioria das vezes, sem intercorrências. Porém, existem situações em que, por possuírem características específicas ou sofrerem algum agravamento, a gestação pode evoluir desfavoravelmente comprometendo a saúde da mãe e/ou da criança. Essas são classificadas como gestações de alto risco, que geralmente requerem técnicas e cuidados mais especializados.

A gestação de alto risco apresenta inferências patológicas e/ou sociais, fatores de agressão ao binômio gestante-feto, que incluem condições já existentes antes da concepção, condições que se desenvolvem subitamente na gravidez ou distúrbios associados a complicações do parto e nascimento, ou que exijam intervenção cirúrgica imediata. Essas condições incluem, geralmente, problemas clínicos, como diabetes e anemia; fatores socioeconômicos, como pobreza, violência doméstica e abuso de drogas; questões relacionadas com a idade, gravidez na adolescência ou em idade superior a 35 anos; (BRANDEN, 2000). A raça vem sendo apontada como condição de vulnerabilidade, tendo em vista os índices de mortalidade materna e infantil em mulheres e crianças negras (ZIEGUEL e CRANLEY, 1985; OPS, 2007; BRASIL, 2009b). Victora, Barros e Vaughan (2006) e Silveira et al. (2010), fazem associações entre as seguintes variáveis: grupo racial, renda familiar e escolaridade.

Estatisticamente, os índices de mortalidade são mais elevados quando ocorrem circunstâncias de vulnerabilidade durante a gravidez ou quando elas ocorreram nos antecedentes pessoais da mulher. Ziegel e Cranley (1985) citam como exemplo de vulnerabilidade, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), diabetes, infecções, sangramentos, desnutrição, exposição a drogas e história de abortamento.

As condições de saúde da gestante podem interferir no desenvolver saudável da criança, incidindo nas taxas de mortalidade materna e conseqüentemente, na neonatal. Os óbitos neonatais correspondem a 60% das mortes infantis, sendo a maioria por causas evitáveis (OPS, 2007). Na América Latina, o Brasil é o quinto país com maior índice de mortalidade materna, estimado em 134 óbitos para 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2003).

O óbito materno, aquele ocorrido durante a gestação até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2000a) é um agravante à saúde neonatal. As condições e tipo de parto, assim como os cuidados dispensados à gestante e à criança na maternidade, são considerados riscos institucionais e também influenciam os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2010d). São inúmeros os fatores associados à mortalidade materna: toxemia, outras causas diretas, hemorragias, complicações puerperais e abortos (BRASIL, 2003). A subnotificação dos óbitos maternos é outro problema vivenciado no Brasil e que precisa ser revisto (BRASIL, 2000a).

O conhecimento das complicações maternas direciona a um novo paradigma de promoção da saúde da criança e redução da mortalidade infantil, cujo ponto de partida, a priori, está direcionado à saúde do neonato. A mortalidade neonatal é diretamente influenciada pela materna, haja vista que, intervenções para reduzir a mortalidade materna também reduzem a mortalidade neonatal e melhoram a saúde do recém-nascido (OPS, 2007). No Brasil, o número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, entre os anos de 2000 a 2006, apresentou aumento significativo no decorrer dos anos. A taxa nacional em 2000 registra um coeficiente de 52,4, aumentando gradativamente para 77,2, em 2006. Tais valores refletem os esforços realizados, em cada Estado, para melhorar a qualidade da informação, embora a falta desses dados ainda seja comum, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2010a). Apesar da subnotificação e da ausência de informações no sistema, deve-se considerar os valores indicados sobre a mortalidade materna e ressaltar que a maioria destes óbitos poderiam ter sido evitados se essas mulheres tivessem acesso a condições dignas de vida, atenção à saúde, assistência e serviços de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto.

Nesse sentido, destacam-se as gestantes de alto risco que se deslocam para maternidades e outros municípios em busca de uma assistência ao parto e nascimento melhor ou especializada. Essas mães podem ficar internadas por várias semanas para observação e após o parto, seus neonatos podem ser encaminhados ao internamento por dias ou meses, sendo registradas e acompanhadas nestas unidades (FRANÇA et al., 2009). O retorno para

casa e o acompanhamento na atenção básica só acontece após a alta hospitalar, e dependendo do tempo de internação desta mãe e/ou recém nascido, muitas das informações sobre o parto, nascimento e período puerperal, assim como dados do período neonatal, podem ficar registrados apenas na maternidade. Tal situação propicia uma barreira de acesso às informações relevantes para o acompanhamento da saúde da criança e importante para o planejamento de ações que promovam a diminuição da mortalidade infantil, refletindo uma fragilidade do sistema de referência e contra-referência na práxis dos serviços.

Neste contexto surge o conceito de *near miss* discutido por Say (2010) no período neonatal, como uma abordagem potencialmente útil para avaliação do atendimento neonatal e diminuição da mortalidade infantil. O autor defende que o foco nos casos de *near miss* permite a identificação de um número suficiente de casos para se estudar e entender as falhas do sistema de saúde dentro de um período de tempo mais curto.

Destaca a avaliação da morbidade materna grave, definida como *near miss materno*, como uma medida da qualidade da atenção à saúde a esta mulher, e discute o conceito de *near miss* em pediatria ou neonatologia, recentemente utilizado no contexto de condições graves.

Say (2010) relaciona as vantagens da utilização da abordagem dos casos de *near miss* materno, em estudos de óbitos maternos, com a avaliação da qualidade do atendimento e à identificação de fatores remediáveis do sistema de saúde para o aprimoramento do atendimento aos recém-nascidos. Justifica a utilização do conceito em neonatologia, ao fato de o número de sobreviventes identificados ser até quatro vezes maior do que o número de óbitos de recém-nascidos, sendo o número de casos dos quais se pode coletar informações maior em avaliações de casos de *near miss* neonatal; as lições aprendidas através dos casos de *near miss* reforçam as aprendidas através das avaliações dos óbitos; e, finalmente, a possibilidade de calcular de razões/índices entre óbitos e casos de *near miss*.

2.2 Redução da mortalidade infantil com foco na atenção à saúde neonatal

A taxa de mortalidade infantil, número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos de um determinado espaço geográfico, é considerado bom indicador da qualidade de vida e do status de saúde da população (SOUSA e LEITE FILHO, 2008). Tal coeficiente estima o risco de morte dos nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida; reflete de maneira geral as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção materna e da população infantil; e expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (BRASIL, 2009a).

A taxa de mortalidade infantil pode ser classificada, conforme a idade da criança, em: *Mortalidade Neonatal Precoce*, aquela que ocorre entre zero e seis dias de vida completos, estimando o risco de um nascido morrer durante a primeira semana de vida; *Mortalidade Neonatal Tardia*, quando o óbito ocorre entre sete e vinte sete dias de vida completos; e a *Mortalidade Pós-neonatal*, que estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida (BRASIL, 2009a).

No início do século XXI, aproximadamente 11 milhões de crianças morrem por ano antes de completar cinco anos de idade. Destes, sete milhões morrem antes de completar o primeiro ano de vida (ZANINI et al., 2009). Só no Brasil os óbitos, em 2000, de crianças menores de um ano totalizavam 27,4 por 1.000 nascidos vivos. Apresentando redução contínua, atingiu em 2006, o valor de 20,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O Nordeste, apesar de ser a Região brasileira com maior índice de mortalidade infantil, acompanhou o declínio nacional. Com 41,6 óbitos em 2000, alcançou o índice de 29,8 em 2006. A Paraíba apesar de também diminuir sua taxa de 44,8, em 2000, para 32,2 em 2006, manteve-se acima da média regional fazendo parte dos quatro Estados nordestinos com maiores índices do indicador de saúde (BRASIL, 2010a).

Considerando os dados, é importante destacar que a mortalidade infantil encontra-se associada a diversos fatores e seu declínio, nos últimos anos, observado no cenário brasileiro, deu-se em virtude do aumento da cobertura vacinal da população, o uso da terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, ampliação dos serviços de saúde, redução contínua da fecundidade, melhoria das condições ambientais, aumento do grau de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno (FRANÇA et al., 2009). Esse declínio tem se apresentado mais evidente na mortalidade pós-neonatal e, em contrapartida, a mortalidade

neonatal assume quantitativamente o *ranking* da mortalidade infantil, sendo as condições perinatais o principal grupo responsável pelos óbitos de crianças (OPS, 2007).

Quando nos reportamos ao período neonatal precoce, é possível identificar a diminuição do indicador, entre os anos de 2000 (13,8) e 2006 (10,8). O Nordeste é região com o maior número de óbitos infantis nesta faixa etária (passando de 19,8 óbitos no ano 2000 para 16,1 em 2006). As taxas do indicador neonatal precoce apresentam-se quantitativamente maior que as observadas no período neonatal tardio (3,7, em 2000 e 3,1, em 2006) (BRASIL, 2010a).

Percebe-se que as causas mais comuns relacionadas à morbidade e óbitos que emergem na criança antes de completar o primeiro mês de vida são prematuridade, asfixia, infecções neonatais e malformações congênitas (ZANINI et al., 2009), possíveis de serem controladas quando ações preventivas são estabelecidas precocemente. A prematuridade em si é causa primária de morte em um número limitado de recém-nascidos extremamente prematuros. A maioria morre devido a complicações como sépsis, que pode ser contraída na casa ou no hospital, problemas respiratórios e asfixia ao nascimento (OPS, 2007). No que se refere às infecções, destaca-se o quantitativo de oito milhões de óbitos por ano, de crianças menores de cinco anos de idade, por pneumonia, diarreia, sarampo, malária, infecção por HIV e tuberculose (LISSAUER e CLAYDEN, 2003).

A criança prematura, recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas, é biologicamente mais vulnerável que aquela nascida a termo, devido à sua imaturidade orgânica, necessitando, muitas vezes de cuidados especiais, suporte tecnológico e financeiro específico. Além da prematuridade, destaca-se o risco de infecção nos primeiros meses de vida, cujas defesas imunológicas encontram-se diminuídas, principalmente nos pré-termos, que possuem a pele mais sensível e imaturidade de vários outros sistemas (LONDRINA, 2006).

Apesar dessas limitações transitórias, percebe-se que a criança prematura, considerada de risco, demonstra uma boa possibilidade de superação, quando recebe os cuidados necessários para seu bom desenvolvimento (FONSECA e SCOCHI, 2005). Sendo assim, para que a prematuridade não comprometa o crescimento e desenvolvimento infantil, faz-se necessário o acompanhamento destas crianças em serviço de saúde, após a alta hospitalar, e o cuidado da mãe e da família.

A prevenção da mortalidade infantil tem início nas consultas pré-natais. O histórico de saúde materna, as condições do parto e nascimento, assim como os cuidados dispensados ao recém-nascido nas primeiras horas e meses de vida, são de extrema importância para

controle das taxas de óbitos. A atenção ao recém-nascido no hospital é tão importante quanto seu acompanhamento extra-hospitalar, monitoramento da situação de saúde da criança e orientação da mãe quanto à alimentação, vacinação, higiene, prevenção de acidentes e violência na infância.

A vigilância da saúde infantil é preocupação mundial e tem como foco ações de promoção da saúde, desenvolvidas sistematicamente em consultas à criança. A mudança do foco e a ênfase dada à educação popular, a fim de minorar os riscos e promover uma saúde física e mental, tem contribuído para o desenvolvimento global e para a saúde da criança.

A Puericultura, surgida no fim do século 19, com a finalidade de conhecer a criança normal e os meios disponíveis para mantê-la sadia, contemplando crianças do nascimento até o quinto ano de vida, visando um adulto com maior qualidade de vida (BONILHA e RIVORÊDO, 2005), “dá maior importância para o crescimento e desenvolvimento do ser humano devido à rapidez e vulnerabilidade do processo” (ROTINAS, 1998, p. 113).

No Brasil, a Puericultura encontrou suporte nas políticas públicas de saúde sendo incorporada nas Unidades Básicas de Saúde em 1994. Cenário ideal para aplicação de suas atividades, sendo prioritário, segundo os requisitos do Ministério da Saúde, acompanhar sistemática e integralmente o crescimento e desenvolvimento infantil, garantir a cobertura vacinal, prevenir doenças prevalentes na infância e promover a saúde (BRASIL, 2002a).

Uma das considerações elementares, principalmente para os profissionais que lidam com crianças, diz respeito ao entendimento de que ela não é um adulto em miniatura, mas um ser dotado de múltiplas dimensões, capacidades e necessidades específicas, cujas interfaces propiciarão ou não a ocorrência dos eventos característicos dessa fase de vida, compreendidos nos fenômenos do crescimento e do desenvolvimento (COLLET et al., 2010).

Pensando em atender as necessidades básicas deste universo infantil, o Ministério da Saúde estabelece o calendário mínimo, que programa sistematicamente exames de rotina e avaliação física, de crescimento e desenvolvimento infantil, em intervalos de tempo estabelecidos conforme a necessidade mínima da criança saudável (BRASIL, 2002a). A formação de vínculo e a integração dos usuários com o processo de trabalho da equipe de saúde devem ser estimuladas. A opinião dos pais recebe destaque neste novo modelo de cuidar, sendo fundamental para detecção de problemas relacionados à visão, audição, fala e linguagem, dentre outros (LISSAUER e CLAYDEN, 2003).

Atender a criança pressupõe, de antemão, identificar a condição em que ela se encontra, assim como os fatores ou situações que possam colocar em risco seu processo de crescimento e desenvolvimento. Tendo em vista esse paradigma na atenção à criança e a

diminuição das taxas de mortalidade infantil no mundo, o Brasil mantém tendência contínua de queda deste indicador desde 1990, principalmente pós-neonatais, em áreas urbanas e mais desenvolvidas (ZANINI et al., 2009). Dos 47,1 óbitos para cada mil bebês nascidos vivos, notificados na década de 90, passou-se para 19,3 mortes, no ano de 2007, sendo as principais causas de mortes infantis, até o ano de 2006, as afecções perinatais, as anomalias congênitas e as doenças infecciosas e parasitárias, respectivamente. Em 2007, as doenças do aparelho respiratório assumem o terceiro lugar (BRASIL 2009a).

Graças a esta redução (59,7%) o Brasil, atualmente, mantém-se entre os 16 países, em um grupo de 68, em condições de atingir a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e chegar à taxa de 14,4 mortes por mil nascidos vivos, em 2012, três anos antes do prazo proposto mundialmente pela ONU (PNDU, 2010).

Diante dos dados, vale destacar a importância de identificar as especificidades desse declínio levando em consideração às faixas etárias e regiões analisadas. A variação das características regionais é determinante no perfil de mortes na infância, nas diversas regiões e microrregiões brasileiras. Sendo assim, as mortes neonatais são consideradas evitáveis, e seus índices podem ser diminuídos no cenário mundial reforçando-se a assistência pré-natal e cuidados no parto (ZANINI et al., 2009). Com as mudanças epidemiológicas e diminuição da mortalidade infantil pós-neonatal verificada nas últimas décadas cresce o interesse das autoridades pelo controle da mortalidade neonatal.

No Brasil, o número elevado de recém-nascidos com peso igual ou inferior a 2.500g constitui-se um importante problema de saúde, sendo caracterizado pelo alto percentual de morbidades e mortalidade neonatal. As ações, cujo foco tem sido concentrado em lactentes e crianças com faixa etária maior, justificam a redução dos números de mortalidade infantil, conforme aponta as estatísticas (OPS, 2007).

Naqueles países onde a taxa de mortalidade infantil não é elevada, aproximadamente dois terços das mortes infantis ocorrem no primeiro mês de vida. Desses óbitos, dois terços ou mais ocorrem na primeira semana de vida e, entre estes, quase dois terços nas primeiras 24 horas (OPS, 2007). Corroborando com os dados apresentados, França et al. (2009) destacam que quando o coeficiente de mortalidade infantil é alta predomina os óbitos pós-neonatais, refletindo baixos níveis de saúde e desenvolvimento econômico. Porém, quando esse coeficiente é baixo há predominância da mortalidade neonatal precoce, relacionando sua causa às más condições de vida em segmentos sociais específicos e baixa qualidade na assistência materno-infantil.

São considerados fatores de risco significativos para mortalidade neonatal, variáveis como: o índice de Apgar no quinto minuto abaixo de três ou entre quatro e sete; baixa escolaridade da mãe; idade gestacional menor ou igual a 36 semanas; número de consultas pré-natal abaixo de três; baixo peso ao nascer; e cor/raça preta ou parda. Segundo Carvalho et al. (2007, p.185), “a assistência pré-natal e pós-natal deve se organizar para prevenir alguns desses fatores e reduzir as iniquidades originadas nas diferenças sociais”.

O progresso na assistência materno-infantil ocorrido durante as últimas décadas pode ser atribuído a inúmeros fatores, dentre os quais se destacam: a ênfase dada aos altos índices de mortalidade materna e infantil no mundo e a possibilidade de serem evitadas; os esforços das organizações de saúde em garantir melhorias nas condições de atendimento à família; o avanço técnico-científico e o aperfeiçoamento da medicina social; as transformações paradigmáticas que culminaram na democratização da saúde e participação popular no processo de reconstrução das práticas de saúde e controle social; a disseminação de informações e acesso à educação em saúde; bem como, o compromisso assumido pelas poder público em aumentar a cobertura da assistência materna e infantil através da ampliação das unidades de saúde nas diversas esferas de atendimento.

2.3 Políticas, pactos e ações bem sucedidas para redução da mortalidade infantil

As propostas de saúde para crianças, com gênese nas políticas sociais, guardam articulação com a produção de conhecimento sobre o processo saúde-doença do grupo e a participação da sociedade organizada na reivindicação dos seus direitos. O Brasil, no século XX, foi marcado por intenso processo de urbanização e início da industrialização. No contexto internacional, destaca-se a primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa. Este período foi caracterizado pela entrada de grande número de imigrantes no território brasileiro e substituição da mão-de-obra escrava. Sendo assim, os movimentos reivindicatórios por melhoria salarial, condições de trabalho e proteção social tornam-se comuns, marcando o início de uma relação histórica entre a política de saúde e interesse capitalista, repercutindo nas propostas programáticas para atenção à saúde, particularmente das crianças (GAIVA, 2006).

No que tange à infância, existem registros oficiais de programas de proteção à maternidade, infância e adolescência a partir da década de 20, que além de orientar a assistência se preocupavam com a criação de instituições específicas para atendimento desta clientela. Quanto à política de saúde para as crianças, muitas mudanças foram registradas no período compreendido entre a década de 1920 e 1985, marcados pela predominância da assistência médica curativa sobre a atenção primária (GAIVA, 2006).

O ano de 1974 foi marcado pela implantação do Programa de Saúde Materno Infantil, que tinha por objetivo reduzir a morbi-mortalidade do grupo de mães e crianças, através de sua implantação pelas secretarias estaduais das unidades federadas, sendo da competência do Ministério da Saúde a responsabilidade pela orientação técnica e respaldo financeiro.

No contexto da reforma sanitária na década de 80 o Ministério da Saúde estabelece medidas para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, cujo objetivo é a saúde da criança. Para isso, valoriza a assistência no acompanhamento pré-natal, ao parto, nascimento e a Puericultura. Considerada como ferramenta norteadora, a política implantada do Brasil em 1984 é responsável pela formulação de planos e ações em prol à saúde da criança. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) teve como enfoque as ações básicas de saúde de alto custo-efetividade: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças

diarréicas, de infecções respiratórias agudas e de doenças que se podem prevenir por imunização (COLLET et al., 2010).

Os modelos de saúde passaram por mudanças ao longo da história sendo a cidadania regulada por interesses políticos. Apenas na década de 80, fala-se em democratização da saúde através da descentralização, integralidade e universalização. Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde passa a ser vista como *Direito de Todos e Dever do Estado*, e por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente reforça-se este compromisso de promoção do bem estar das crianças, estabelecendo que tanto o Estado como a sociedade, além da família, possuem responsabilidade neste cuidado (BRASIL, 2010b).

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994, oferece à criança cuidados nas diversas fases do crescimento e desenvolvimento, através de políticas, estratégias e ações, focadas na saúde, prevenção de doenças comuns na infância e redução da morbi-mortalidade. O PSF atua junto com a população e busca desenvolver ações de promoção, prevenção, educação e atenção á saúde, realizadas dentro da unidade, na comunidade, mediante visitas domiciliares (RODRIGUES e SANTOS, 2009).

O PSF favorece a concretização das políticas públicas direcionadas às crianças em prol da diminuição da mortalidade infantil. Neste cenário, o Ministério da Saúde, encontra um ambiente que torna possível a efetivação do PAISC e da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), esta introduzida no Brasil em 1996 pela UNICEF/MS, viabilizando o acesso da comunidade aos cuidados básicos e promoção da saúde. Embora a infância esteja entre faixas etárias prioritárias do Ministério da Saúde desde a década de 70, as discussões pautadas na humanização do cuidado e na responsabilização social, destacou o interesse em reorganizar a rede de assistência em seus vários níveis. Sendo assim, em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil fala em diretrizes que reiteram a importância da organização de uma rede integrada com facilidade de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, e que garantam a resolubilidade e promovam a equidade (BRASIL, 2005).

O Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento e o Programa de Atenção a Recém-Nascido reiteram o compromisso do Estado em melhorar a assistência materno-infantil, humanizar o cuidado e reduzir a mortalidade infantil. Em 2006, o Pacto pela Saúde surge com a proposta de fortalecer o SUS e meta para reforçar as ações de redução da mortalidade infantil. Considerando o número de óbitos perinatais e sua relevância para redução das taxas de mortalidade infantil, em especial no primeiro ano de vida, em 2008, a

Rede Norte e Nordeste de Saúde Perinatal, tem objetivo de promover melhorias no desempenho das unidades neonatais de médio e alto risco e a redução da morbi-mortalidade evitável nestas regiões.

As políticas, os programas e as ações supracitados norteiam a conduta de muitos profissionais que atuam na rede básica do Sistema Único de Saúde. Apesar das diferenças regionais, as políticas públicas direcionadas para a saúde da criança têm base universal no território brasileiro, norteadas por assistência ao pré-natal e a grupo de gestantes, incentivo ao aleitamento materno, ações de puericultura, vacinação e educação em saúde.

O Ministério da Saúde inclui a educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde, requerendo dos profissionais habilidades para desenvolver tecnologias e abordagens pedagógicas de educar para cuidar. Sendo assim, as ações de promoção à saúde devem estar desenhadas conforme a necessidade da população e pautadas nas políticas do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista os problemas emergentes no mundo, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com representantes de 191 países, dentre os quais o Brasil faz parte, estabeleceu oito metas ao analisar os maiores problemas mundiais: acabar com a fome e a miséria; oferecer educação de qualidade para todos; promover a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; oferecer qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e, por fim, ter todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (PNDU, 2010).

Os elevados índices de óbitos infantil verificados no mundo resultaram em um acordo que prevê a diminuição da mortalidade infantil em 75% até 2015, com base nos índices de 1990 (OPS, 2007). Tendo em vista tal acordo e levando em consideração as disparidades regionais, firmou-se no Brasil o Compromisso de Redução das Desigualdades Regionais. Apesar de o país ter apresentado melhoras em seus indicadores sociais, conforme foi apresentado nos últimos anos (SOUSA e LEITE FILHO, 2008), o Nordeste e a Amazônia Legal apresentam números bastante significativos, no que se refere às taxas de mortalidade infantil, quando comparados as demais regiões brasileiras. Entre os anos 2000 e 2007, 443.946 crianças menores de um ano de idade morreram no Brasil e, só no Nordeste, os números contabilizaram 144.003 casos. A soma de óbitos na Região Nordeste e Amazônia Legal (incluindo o Maranhão) totalizaram 220.919, ou seja, quase 50% do total nacional (BRASIL, 2009a).

Considerando as disparidades inter-regionais e corroborando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da ONU, e o compromisso do governo federal, pela Redução das Desigualdades Regionais, surge o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal, com o objetivo de minimizar em, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil, especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido), nos anos de 2009 e 2010.

As altas taxas de mortalidade infantil, em especial no Nordeste brasileiro, estão relacionadas a baixos níveis socioeconômicos da população, quantificáveis por meio do acesso a serviço de saúde e saneamento básico, do nível de escolaridade da população, da renda per capita e do nível de desigualdade de renda. As desigualdades raciais também sugerem vulnerabilidade, uma vez que o número de mortalidade infantil em crianças negras e índias se destacam, assim como as crianças residentes em comunidades subnormais. (SOUSA e LEITE FILHO, 2008).

O Estado paraibano conta com 223 municípios, distribuídos em 56.469,466 Km². Sua população total é composta por 3.766.528 pessoas, sendo 723.515 residentes na Capital João Pessoa (BRASIL, 2011). Faz parte dos oito Estados prioritários do Nordeste, que integram a proposta do governo federal, cujo principal desafio é pactuar ações e recursos prioritários na atenção ao parto e à criança a fim de reduzir os óbitos infantis nacionais.

De 2000 a 2007, morreram 10.750 crianças menores de um ano de idade nesta região, sendo o maior número de ocorrências (1.493 óbitos) verificados na Capital, João Pessoa, seguidos de Campina Grande, com 1.215 óbitos, Santa Rita, com 358, Patos, com 305, e Bayeux, com 225, respectivamente as cidades de maior contingente populacional (BRASIL, 2009a).

As causas de mortes infantis nesta região variam conforme a faixa etária e, apenas no ano de 2006, totalizou 1.034 óbitos infantis com idade inferior a um ano, sendo a principal causa associada às afecções originadas no período neonatal (669 óbitos). Dos casos, 201 estavam relacionados a demais causas definidas, 72 a doenças infecciosas e parasitárias, 58 a doenças do aparelho respiratório, 18 do aparelho circulatório, 12 a causas externas e 4 associados a neoplasias (BRASIL, 2010a).

Conhecendo as necessidades específicas de cada região, o governo federal apresenta como compromisso priorizar recursos orçamentários e apoiar as ações, garantir equipamentos e insumos para a qualificação da assistência ao parto e nascimento. Ao Governo do Estado, cabe a ampliação e qualificação das equipes neonatais, bancos de leite e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), além de instalar comitês

estaduais e hospitalares de mortalidade materna e neonatal, ampliar a cobertura e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009a).

A ampliação e melhorias nas unidades hospitalares e maternidades se faz necessária quando levado em consideração as mudanças tecnológica, pragmáticas e sócio-culturais que o país vem passando. Antigamente, as mulheres tinham seus filhos em casa e o parto era considerado um acontecimento domiciliar e familiar. Porém, com a institucionalização do parto, a mulher começa a perder autonomia sobre seu próprio corpo, deixando de ser ativa no processo de seu parto. Os índices de cesarianas aumentam e de partos eutócicos diminuem, contrariando as expectativas da Organização Mundial da Saúde, que estima 10% a 20% as taxas para partos com indicação cirúrgica, ou seja, apenas para as mulheres que apresentam problemas de saúde, ou naqueles casos em que o parto normal traria riscos ao recém-nascido ou a mãe (BRASIL, 2003b).

É importante ressaltar que a realização de cesariana deve ser baseada nas condições clínicas da gestante e do feto que contra-indiquem o parto normal, tais como desproporção cefalopélvica, discinesias, apresentação anômala, descolamento prematuro da placenta, pós-maturidade, diabetes materno, sofrimento fetal agudo ou crônico, placenta prévia total ou parcial, toxemia gravídica, prolapso do cordão umbilical (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

Estas são as consideradas situações de risco obstétrico que requer avaliação criteriosa de uma equipe especializada e capacitada a atender situações materno-fetais especiais. Entretanto, o que ainda verificamos é a existência de um sistema de saúde voltado para a atenção ao parto e nascimento pautado em rotinas de intervenções, que favorece e conduz ao aumento de cesáreas e de possíveis iatrogenias que, no pós-parto, geram complicações desnecessárias (BRASIL, 2003).

Proposta do governo federal, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizado na década de 90 e incorporado como ação prioritária do Ministério da Saúde em 1992 merece destaque como estratégia para diminuição da mortalidade infantil. Para isso, prevê-se a ampliação do número de hospitais com esta titulação e ideais em território nacional.

Atualmente, o Brasil conta com 336 hospitais credenciados na IHAC. Deste total, 148 estão localizados no Nordeste. Reconhecido com o título a instituição torna-se referência em amamentação e assume o compromisso em mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce.

A Paraíba totaliza dezenove municípios com Hospitais Amigo da Criança, porém o objetivo é beneficiar 15 das 21 das cidades que concentram metade das mortes de crianças menores de um ano de idade e que ainda não têm nenhum hospital com o título, promovendo cursos e treinamentos do pessoal envolvido na execução do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2010).

Considerando a realidade paraibana e o coeficiente de mortalidade infantil no Estado, metas foram propostas a fim de reduzir os óbitos de crianças menores de um ano de idade, em especial o componente neonatal. A educação em saúde e capacitações dos profissionais envolvidos no cuidado infantil é necessária e tão importante quanto à investigação epidemiológica das condições do pré-natal, parto e nascimento inerente às gestações de alto risco, no que se refere à diminuição da mortalidade infantil com foco na saúde neonatal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O tipo estudo esteve de acordo com a metodologia dos estudos de coorte, caracterizado como observacional e com a classificação dos participantes segundo a sua condição de exposição (MEDRONHO et al., 2009).

Consideraram-se duas situações, conforme a direção temporal das observações: uma *retrospectiva*, onde o desenvolvimento da pesquisa e a evolução dos fatos ocorrem em tempos históricos distintos e cujos dados sobre causa e efeito já ocorreram, sendo encontrados na memória das pessoas e em registros ou atestados; e outra *prospectiva*, ou seja, aquele que o início do estudo coincide historicamente com o início do acompanhamento da coorte e embora o efeito ainda não tenha ocorrido, a exposição pode ou não ter acontecido.

Os fatores de exposição são indicadores de risco na gestação, parto ou nascimento, intercorrências clínicas neonatais e os eventos observados.

3.2 Local de Coleta dos Dados

O Hospital Universitário Lauro Wanderley, classificado como Hospital de Ensino, é referência no Estado da Paraíba na atenção ao pré-natal, parto e nascimento de alto risco. O fluxo da clientela é contínuo e se dá por atendimento de demanda espontânea e referenciada. A maioria dos atendimentos obstétricos na maternidade do HULW é encaminhamento de partos e nascimentos de alto risco, gestantes que realizaram pré-natal na instituição de ensino e mulheres ou familiares que já conhecem a qualidade do serviço.

Localizado na capital paraibana, João Pessoa, atualmente apresenta forte atuação na área de ensino e de assistência, porém com pesquisa ainda incipiente. Recebe o título de Hospital Amigo da Criança e suas ações em prol da amamentação e estímulo ao parto natural desenvolvem-se em consonância com as políticas públicas de saúde vigente.

Conta com estrutura física e com profissionais capacitados para suporte neonatal de risco, além de ser hospital escola, facilitando o acesso da pesquisadora à instituição.

Por se tratar de uma coorte neonatal, a pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira no início do período neonatal; e a segunda, agendada no primeiro contato, após 30 dias de nascido, ambas com instrumentos específicos.

O primeiro contato aconteceu no Setor Obstétrico do HULW. Através de visitas diárias ao hospital, a pesquisadora investigava com os profissionais do plantão e no Livro de Nascimento os partos ocorridos planejando as entrevistas com as puérperas. Neste momento a pesquisadora se apresentava e conversava com as mães nas enfermarias, tentando estabelecer um vínculo.

A aplicação do primeiro instrumento com as puérperas, através da técnica de entrevista, aconteceu nas enfermarias da maternidade, após 24 horas do parto, com aquelas que desejaram participar do estudo.

O instrumento 2 foi aplicado, em sua maioria, na Sala de Enfermagem da Puericultura do HULW, porém tiveram dados coletados na maternidade, em unidade neonatal de cuidados especiais e alojamento conjunto, prontuário e telefone.

O ambiente no ambulatório do HULW foi escolhido por oferecer a pesquisadora um espaço confortável para aplicação do questionário e equipamentos necessários avaliação da criança, a saber: birô para realização da entrevista com a mãe, mesa com colchão para avaliação infantil, régua antropométrica, balança digital, fita métrica, estetoscópio e ambiente lúdico.

Os dados que, a priori, seriam obtidos através da entrevista e da avaliação da criança no setor de Puericultura do hospital universitário, foi substituído por telefonemas para aquelas mães que não compareceram ao segundo agendamento ou afirmaram ter dificuldade de acesso geográfico à instituição. A entrevista por telefone foi realizada com a mãe da criança e o registro dos dados antropométricos e da situação vacinal, neste caso, só foi considerado daquelas que estavam com a caderneta de saúde da criança em mãos. O exame físico não foi realizado pela pesquisadora nestas crianças, porém queixas e diagnósticos do primeiro mês de vida foram registrados no instrumento.

O prontuário materno e do recém nascido também foi investigado, preferencialmente após a alta hospitalar, na Secretaria da Obstetrícia, Faturamento, Revisão de prontuários ou no Setor de Arquivos de Prontuários. Estes setores ficam responsáveis por abertura, revisão e arquivamentos de prontuários do hospital.

No prontuário materno investigou-se a ficha de internação, medicações no período de internação na maternidade e a ficha de alta hospitalar, para preenchimento de dados do Instrumento 1.

No prontuário da criança, para preenchimento do *cheque list* do Instrumento 1, os dados foram obtidos na Ficha de Nascimento. Na aplicação do instrumento 2, o prontuário da criança foi solicitado na Puericultura, pela pesquisadora para realização da consulta de 1 mês. Fora investigado a ficha de alta hospitalar, registro de consultas e exames realizados após a alta.

Os dados dos neonatos hospitalizados, com estado grave ou gravíssimo, internados em Unidade de Terapia Intensiva neonatal ou Unidade de Terapia Semi Intensiva (UTSI) neonatal e os casos de óbitos neonatais foram coletados com as mães na maternidade e no prontuário do RN, uma vez que manuseio mínimo era recomendação para estes.

A Tabela abaixo nos mostra que a maioria das consultas à criança (89) foi realizada na Puericultura. Quatro (4) consultas aconteceram na maternidade, sendo uma (1) no Alojamento Conjunto e três (3) na UTSI. Estas crianças encontravam-se hospitalizadas e não apresentava restrição de manuseio, sendo possível a avaliação pela pesquisadora.

TABELA 1 - Local de coleta na 2ª etapa da pesquisa (entrevista 2 e avaliação da criança). João Pessoa – PB. Brasil. 2011.

	N	%
Puericultura	89	58,9
Maternidade (alojamento conjunto)	1	,7
Maternidade (UTSI)	3	2,0
Prontuário e telefone	9	6,0
Telefone	17	11,3
Prontuário	5	3,3
Prontuário não localizado	1	,7
Óbito apos o nascimento	1	,7
Total	126	83,6
Perdas		
Perda 1	13	8,6
Sem contato e 1 consulta no HULW	1	,7
Sem contato e não acompanha no HULW	11	7,3
Total	151	100,0

Das crianças que não compareceram à Puericultura para 2ª entrevista, 9 tiveram os dados obtidos através do Prontuário e Telefone , 1 através do Prontuário e 17 através do Telefone.

As nove (9) crianças com dados obtidos no Prontuário e Telefone tinham pelo menos uma consulta registrada na Puericultura do HU ou estiveram internadas na instituição com tempo superior a 15 dias após o nascimento e receberam alta hospitalar. Os dados destes

sujeitos foram obtidos no prontuário do RN e complementados através da entrevista por telefone.

As dezessete (17) crianças, cujas entrevistas foram realizadas apenas por Telefone, eram acompanhadas em outra instituição de saúde. Em ambas as situações a mãe foi quem forneceu as informações.

3.3 População de Estudo

A população do estudo é definida por todos os nascidos vivos de Setembro a Novembro de 2010, do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Considerando a média de nascimentos/mês e a classificação do hospital-escola como maternidade de risco esperou-se observar um número significativo de eventos durante o período neonatal.

Vale destacar que não é perfil da maternidade do HULW a alta rotatividade de admissões e alta materno-infantil. Tal fato se dá em virtude do número de leitos e da gravidade dos casos admitidos, seja materno, fetal ou neonatal, acarretando em hospitalizações mais longas. O hospital-escola conta com 24 leitos obstétricos, 6 em unidade intermediária neonatal e 6 de UTI neonatal.

A amostra foi composta por todos os nascidos vivos da maternidade em estudo, no período estimado, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Constituíram como sujeitos da pesquisa aqueles recém nascidos vivos, acompanhados por mães que expressaram desejo em participar da coorte.

TABELA 2 – Distribuição dos nascimentos por mês na maternidade. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Mês do nascimento	N	%
Setembro	9	6,0
Outubro	58	38,4
Novembro	61	40,4
Dezembro	23	15,2
Total	151	100,0

Considerando os meses de Outubro e Novembro de 2010, a média de nascimentos foi de 59,5 nascimentos/mês. Os nove (9) nascimentos do mês de Setembro de 2010 foram incluídos, conforme critérios descritos na metodologia do estudo. Tal contato aconteceu em

decorrência do tempo de internação materna ou do recém nascido, na maternidade, após o nascimento ou na Puericultura no ambulatório do HULW.

Até a metade do mês de Dezembro de 2010, data de encerramento da coleta de dados na maternidade, 23 nascimentos foram registrados.

TABELA 3 – Participação na pesquisa. João Pessoa – PB. Brasil. 2011.

	N	%
Recusa	1	,7
Perda	12	7,9
Sim	138	91,4
Total	151	100,0

De 151 nascimentos registrados no Livro de nascimento da Obstetrícia, 138 nascidos vivos participaram da pesquisa e apenas 1 a mãe recusou. Doze (12) perdas foram registradas e os motivos são apresentados na tabela a seguir.

TABELA 4 - Motivos de perda ou recusa na 1ª etapa da coleta de dados. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

	N	%
Sujeitos participantes	138	91,4
Perdas		
Alta Hospitalar	10	6,6
OFIU (simples)	1	,7
OFIU (gemelar)	1	,7
Recusas		
Puericultura no PSF Cabedelo	1	,7
Total	151	100,0

De acordo com a Tabela 4, na primeira etapa da coorte, totalizou-se a perda de 10 sujeitos tendo como motivo a alta hospitalar materna e do neonato antes do horário da visita da pesquisadora na instituição. Apenas uma puérpera recusou participar da pesquisa por morar em outro município. Esta alegou dificuldade para retornar com 30 dias no HULW, mas disse que iria acompanhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu município.

Das perdas por óbito fetal intrauterino (OFIU), registrados no Livro de nascimento da Obstetrícia, um óbito foi de gestação única, com mãe soropositiva, e outra de gestação múltipla. Na gestação múltipla, o gemelar 1 (OFIU) fora extraído primeiro, seguido do

neonato vivo (gemelar 2). O nascido vivo, com Capurro de 36,6 semanas, foi sujeito da pesquisa.

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2010d, p 101) considera como óbito fetal:

aquele ocorrido em qualquer momento da gravidez, independentemente de sua localização, incluindo abortos e gestações extrauterinas, ovo morto ou retido, aborto retido de primeiro ou segundo trimestre e também o feto morto no terceiro trimestre, até o final da gestação.

A morte fetal ocorre aproximadamente em seis casos de cada 1.000 nascidos vivos. Morte fetal com feto retido é menos frequente e muito variável, entretanto, pode chegar até 1% das gestações (BRASIL, 2010d, p 101).

Além do livro de nascimento, o setor possui o livro de admissão e altas, que registrou outras quatro perdas: 1 gravidez ectópica, 1 mola hidatiforme (11 semanas), 1 OFIU de gestação única e 1 OFIU de gestação gemelar. O gemelar (G1) que foi a óbito foi expelido naturalmente e a gestante deu seguimento à gestação com único feto (GUT 16 semanas).

Apenas os 151 registros do Livro de nascimento fizeram parte da amostra. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, as perdas e recusas, foram sujeitos do estudo 138 neonatos dos 149 nascidos vivos.

A aplicação do Questionário 2, agendada para 30 dias após o parto, apresentou novos resultados para coorte de nascimento no que se refere ao número de participantes do estudo (Tabela 1), tendo como motivo o não comparecimento a consulta agendada e a ausência segundo do contato. A amostra final somou 126 sujeitos, ou seja, 83,6% do total de nascidos vivos (N=151).

Doze (12) crianças, com alta hospitalar, não compareceram ao HULW na data agendada e não foram localizadas através do telefone coletado na primeira entrevista com a mãe. Destacaram-se como problemas no telefone: telefone desligado ou sem sinal, mães que não atendiam ao telefone, ausência de contato ou número errado. A maioria (11) não tinha registro de consulta na Puericultura do HU no prontuário.

Apenas uma (1) criança tinha comparecido ao HULW para realização da primeira consulta da Puericultura. A mãe levou o RN com 11 dias para avaliação no serviço, porém os dados registrados no prontuário não contribuíram para preenchimento do instrumento da

pesquisa. Com base nos dados coletados na primeira etapa, sabe-se que esta mãe mora em Sapé e possui problemas psiquiátricos, fazendo uso de medicação controlada.

3.3.1 Critério de Inclusão

Puérperas que tiveram o parto realizado na instituição em estudo, entre Setembro e Dezembro de 2010, e seus nascidos vivos, admitidos no alojamento conjunto, na Unidade Intermediária Neonatal ou na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de ambos os sexos.

Após o período neonatal, os lactentes, acompanhados ou não na Puericultura do HULW, que compareceram a consulta de Enfermagem agendada pela pesquisadora na maternidade, para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e identificação de riscos à saúde neonatal.

As mães que não compareceram na data agendada, mas que foram contatadas pela pesquisadora em outro momento, no HULW ou por telefone.

Concordando com Cruz, Suman e Spíndola (2007), os cuidados prestados ao RN imediatamente após o parto são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbimortalidade neonatal, uma vez que, o momento de transição do meio intra para o extra-uterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança. Sendo assim, optou-se por incluir na amostra um nascido vivo cujo parto foi domiciliar. Assim que nasceu a mãe e o neonato foram trazidos para maternidade para realização dos cuidados mediatos.

3.3.2 Critério de Exclusão

Ficarão excluídos da amostra: os abortamentos, os óbitos fetais intrauterinos e os eventos de mortes no parto; os neonatos que, embora se encontrem em acompanhamento nas unidades hospitalares do HULW no período da pesquisa, nascidos em outra instituição, que não seja a do estudo.

Considerou-se perda, o neonato que não foi avaliado pela pesquisadora no dia agendado e cuja mãe não foi contatada até o encerramento da coleta de dados, na Puericultura do HULW ou por telefone, após três tentativas sem sucesso.

3.4 Variáveis do Estudo

Foram consideradas variáveis do estudo:

- Variáveis sócio-demográficas: escolaridade, chefe da família, renda familiar, inserção em programa social, idade, cor/raça, informações residenciais;
- Variáveis do pré-natal: número de consultas, local do pré-natal, idade gestacional de início do pré-natal, exames e vacinação no pré-natal;
- Variáveis de morbidade materna identificadas na gravidez: anemia, hipertensão, diabetes, infecção do trato urinário;
- Variáveis de características do parto: tipo de parto, complicações no parto;
- Variáveis da criança: sexo, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, amamentação primeiras 24 horas, Apgar 5 minuto, alimentação infantil, intercorrências clínicas.

Os desfechos avaliados no primeiro mês de vida incluem: *near miss*, morbidades e mortalidade neonatal.

3.5 Instrumento de Coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi composto por dois questionários, contendo dados referentes à saúde materna e neonatal, dividido em duas etapas:

1ª Etapa: Dados maternos, obstétricos e de nascimento.

Esta etapa foi coletada com a mãe, no Setor Obstétrico do hospital em estudo através da técnica de entrevista, e no prontuário das parturientes e recém nascido, através do preenchimento de um *cheque list*. As entrevistadas responderam questões referentes às condições sócio-econômica, antecedentes patológicos pessoais e familiares, antecedentes obstétricos, história da gestação atual (pré-natal, parto e nascimento).

2ª Etapa: Dados neonatais

A consulta de puericultura aconteceu em data e horários agendados. Nesta etapa foram coletados dados referentes: ao nascimento, às orientações recebidas e aos cuidados prestados ao recém nascido no hospital ou em domicílio, informações sobre a primeira consulta do Puericultor, calendário vacinal, alimentação da criança, intercorrências clínica e problemas de saúde do neonato. Foi avaliado, nesta etapa, o crescimento e o desenvolvimento

neuropsicomotor da criança, bem como o estado geral e queixas referente à saúde da criança.

3.6 Coleta dos dados

A coleta dos dados teve início em 06 de outubro de 2010 e término em 15 de março de 2011. A coleta dos nascimentos terminou no dia 16 de dezembro de 2010. Foi realizado procedimento para acompanhamento prospectivo e retrospectivo da população de estudo.

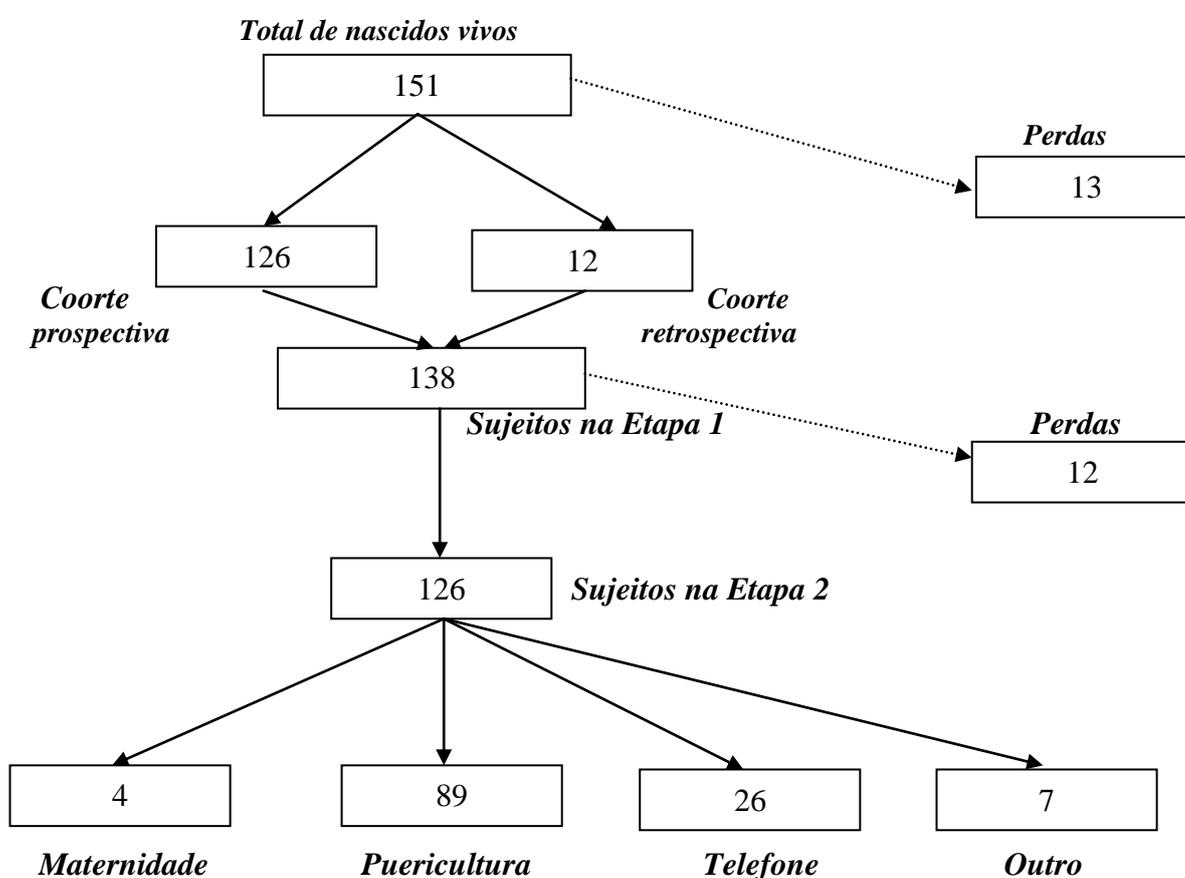


Gráfico 1: Distribuição da amostra em cada etapa da pesquisa segundo tipo da coorte.

3.6.1 Coorte Retrospectiva

Os neonatos identificados como sujeitos da amostra na Puericultura do HULW, tiveram suas mães entrevistadas neste momento. As informações foram coletadas retrospectivamente, através de informações colhidas com as mães e no prontuário da criança.

Os dados maternos, obstétricos e de nascimento dos sujeitos não coletados na maternidade, puderam ser acessados retrospectivamente através da recuperação do prontuário e respostas maternas, no ambulatório do HU. A partir deste procedimento, foi possível incluir no estudo os nascidos vivos do mês de Setembro de 2010.

3.6.2 Coorte Prospectiva

Na maternidade, todas as mães dos nascidos vivos da amostra foram convidadas a participar do estudo. As puérperas que concordaram foram entrevistadas, após 24 horas do parto. Neste momento foi entregue a mãe um cartão com a data agendada para consulta da criança, a priori na Puericultura, após 30 dias de vida.

Após 30 dias, a investigação teve como finalidade avaliar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança e identificar intercorrências. Os dados foram obtidos através de consulta da criança realizada na Maternidade ou Puericultura, por telefone e no prontuário.

TABELA 5 – Frequência de consultas da criança após 30 dias, segundo idade infantil. HULW. João Pessoa – PB. Brasil. 2011.

Faixa etária	N	%
Ate 20 dias	8	6,3
21 a 40 dias	71	56,3
41 a 60 dias	16	12,3
Acima de 60 dias	7	5,5
Sem informação	24	19,0
Total	126	100,0

A média da idade das crianças na segunda entrevista foi de 34,7dias, sendo a máxima igual a 75 dias e a mínima 11dias (dp=12,386).

A primeira etapa, de coleta de dados foi realizada até o dia 16 de dezembro de 2010, ficando o final do mês de dezembro até 15 de março de 2011, para finalização da segunda etapa (preenchimento do instrumento 2 através da consulta da criança, telefone ou prontuário).

3.7 Desenvolvimento do piloto

Para realização do teste participaram mães com diagnósticos diferentes, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste momento foi exposto o objetivo e a privacidade da pesquisa. Ficou clara a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa e, a possibilidade de desistência no decorrer da pesquisa. A avaliação do instrumento foi realizada visando o esclarecimento da pesquisa aos pacientes, testar o instrumento e estimar o tempo gasto com a coleta de dados.

3.8 Análise dos dados

Os dados coletados foram transcritos para meio digital com a construção de um banco de dados no Access 2007, a priori, exportado para o Excel 2007. Inicialmente realizou-se uma análise exploratória dos dados para verificação de inconsistências ou erros de digitação. Todos os valores suspeitos de erro foram verificados nos questionários originais. Quando a dúvida não pode ser dirimida com este procedimento o entrevistado foi procurado para a correção ou confirmação da informação. Quando nenhum destes procedimentos pode ser realizado o dado foi considerado perdido.

Todas as variáveis foram descritas na forma de tabelas de frequência, sendo as variáveis quantitativas descritas também pelas medidas de tendência central e de dispersão.

Toda população de estudo foi classificada de acordo com os critérios de exposição - fatores de risco da gestação, parto e puerpério - utilizando metodologia característica dos estudos de coorte.

Os resultados foram analisados no programa estatístico SPSS 13.0, apresentados com intervalo de confiança de 95% e os testes estatísticos realizados com nível de significância 5%.

3.9 Aspectos Éticos

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley para análise e obteve parecer favorável em reunião realizada no dia 28/09/2010, sob Protocolo CEP/HULW nº 590-A/10 (ANEXO A). A pesquisa atendeu

todos os preceitos éticos da CNS 196/96. As mães que participaram do estudo foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo. Os resultados obtidos poderão ser divulgados junto aos profissionais e coordenação do HULW em um segundo momento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Perfil sócio demográfico das mães

As variáveis maternas aqui apresentadas foram coletadas diretamente com as mães. Investigou-se idade, cor/raça, escolaridade, chefe da família, tipo de renda e inserção em programa social e informações sobre a residência.

A Tabela 6 apresenta os aspectos sociais das puérperas. A maioria das mães está na faixa etária entre 21 e 35 anos. Vinte nove (29) são menores de 20 anos e 11 puérperas se encontravam acima de 35 anos. A média da idade materna foi igual 25,4 anos, sendo 14 a mínima e 44 a máxima (dp=6,621).

TABELA 6 - Aspectos sociais das parturientes. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Aspectos sociais	N	%
Idade materna		
Menor de 20	29	21
Entre 21 e 35	97	70,3
Acima de 35	11	8
Cor/raça		
Branca	22	15,9
Indígena	2	1,4
Negra	26	18,8
Parda	86	62,3
Escolaridade		
Superior Completo	4	2,9
Superior incompleto	10	7,2
Ensino Médio incompleto	12	8,7
Ensino Médio completo	36	26,1
Fundamental incompleto	63	45,6
Fundamental completo	10	7,2
Não estudou	2	1,4
Sabe ler:		
Facilidade	20	14,5
Dificuldade	50	36,2
Não sabe ler	4	2,9
Não se aplica	63	45,6
Chefe da família		
A própria puérpera	19	13,7
Companheiro	63	45,6
Casal	23	16,7
Outra pessoa	32	23,2
Tipo de renda		
Fixa	83	60,1
Variável	50	36,2
Sem renda	4	2,9
Inserção em Programa Social do Governo		
Não	92	66,7
Sim	45	32,6
Total	138	100,0

De acordo com Silva e Surita (2009), as mulheres nos extremos de idade têm em geral resultados menos favoráveis, que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos, sendo mais comum nestes grupos o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas. A presença de condições patológicas são maiores em gestações tardias (p.ex. hipertensão arterial e diabetes), assim como complicações obstétricas (p. ex. placenta prévia e descolamento prematuro de placenta).

A adolescência, em si, não é fator de risco para gestação, todavia, há possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez. (BRASIL, 2010d, p.12). Indicadores apontam para alta prevalência de partos e nascimentos nesta faixa etária, no Brasil e em diferentes países, em todas as classes sociais, porém, com impacto maior no baixo nível socioeconômico (COSTA et al., 2005).

A idade mediana de 23 anos das gestantes foi considerada adequada para reprodução, por Franceschini et al (2003), uma vez que nesta fase se encontram os menores riscos para a performance fetal e obstétrica.

Quando questionadas sobre sua raça/cor, 86 puérperas se classificaram parda, 26 preta e 24 branca. Duas indígenas participaram do estudo. Cardoso et al. (2005) reconhece a categoria raça/cor uma variável de definição e mensuração particularmente complexa. Utilizamos em nosso estudo o procedimento amplamente recomendado, ou seja, a autoclassificação.

Apesar da subnotificação de raça/cor nos sistemas de informações brasileiros e da necessidade desses dados para aprofundar discussões acerca das desigualdades de saúde no país segundo cor, raça e etnia (CARDOSO et al., 2005), diversos autores citam a raça como condição de vulnerabilidade (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985; OPS/OMS, 2007; BRASIL, 2009b).

De acordo com a literatura investigada, a raça preta e a indígena foram consideradas de risco para mortalidade infantil, bem como a cor parda. Este estudo obteve uma percentagem de 18,8 negras e 1,4 indígenas, respectivamente, sendo a mais expressiva na amostra, o número de mulheres pardas, com índice de 62,3%.

Além da idade e raça, o nível de escolaridade é considerado fator de risco tanto para saúde materna quanto neonatal. Das 135 mães entrevistadas, 14 (10,1%) tinham ensino superior e 36 (26,1%) ensino médio completo. Apenas 2 (1,4%) afirmaram não ter estudado. Das 75 mulheres, que nunca frequentou a escola e com fundamental (completo ou incompleto), 4 não sabem ler, 20 disseram ter dificuldade de leitura e 50 lêem com facilidade.

Na amostra, destacou-se como chefe da família o companheiro (63). Em 23 dos casos o casal chefiava a família. Os dados sugerem que a maioria das mulheres tem companheiro. Dezenove (19) mulheres disseram chefiar sua família e 32 puérperas moram com os pais, sogros ou familiares (chefe da família).

O Ministério da Saúde do Brasil, através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, (1989) vem enfatizando que a coabitação com o companheiro é primordial para a evolução da gestação (COSTA et al., 2005). Viver com o pai do bebê, legal ou consensualmente, poderá influenciar o modo como a gestação será percebida e aceita. De fato, a existência do apoio conjugal traz reflexos na vivência da gestação, assim como na determinação do padrão reprodutivo da mulher (SABROZA et al., 2011).

A maioria das mulheres (133) afirmou ter renda. Destas, 83 tem renda fixa e 50 tem renda variável. Apenas quatro (4) não tinham renda. Variáveis importantes para discussão da temática trazida neste estudo, o tipo de renda e a inserção em programas sociais refletem a situação socioeconômico das mães que compuseram a amostra, conforme a Tabela 6.

Em estudo realizado por Silveira *et al.* (2010), fora evidenciado que a cor negra, a baixa educação, a idade materna e a baixa renda permaneceram significativamente associada a prematuridade. Em análises estratificadas, no mesmo estudo, por tercís de renda familiar não houve evidência de modificação de efeito por renda, não sendo identificados diferentes padrões de risco entre os grupos sócio-econômicos. Os autores destacam ainda que, nos Estados Unidos, as mulheres negras apresentam taxas substancialmente mais elevadas em partos prematuros que as mulheres brancas, mesmo após o ajuste para escolaridade, sugerindo que fatores socioeconômicos não podem ser inteiramente responsáveis por diferenças raciais. Sobroza et al. (2011) observaram relação entre situação socioeconômica mais desfavorável entre as mães mais jovens.

As tabelas a seguir, 7 e 8, estão relacionadas as condições demográficas e município em que residem as puérperas, respectivamente. Observou-se que a maioria reside em zona urbana (89,8%) e no município de João Pessoa (67,4%). Treze (9,4%) mulheres moram em zona rural.

Quanto ao tipo de residência das mães, 96,4% é de alvenaria e todas as residências possuem energia elétrica.

A água de 88,4% das residências é encanada e em nove (6,5%) residências a água é de poço. Sobre a origem da água de suas residências foram citados pelas puérperas: rio, caminhão pipa, cacimba e água de chuva. Estes corresponderam a 4,3% das respostas.

TABELA 7- Aspectos demográficos das parturientes. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Aspectos demográficos	N	%
Área da residência		
Urbana	124	89,8
Rural	13	9,4
Tipo de residência		
Alvenaria	133	96,4
Taipa	3	2,2
Outro	1	0,7
Energia elétrica		
Sim	138	100
Não	0	0
Origem da água		
Encanada	122	88,4
Poço	9	6,5
Outro	6	4,3
Destino do lixo		
Coleta pública	129	93,5
A céu aberto	2	1,4
Queimado	3	2,2
Coleta pública e a céu aberto	1	0,7
A céu aberto e queimado	1	0,7
Outro	1	0,7
Total	138	100,0

TABELA 8– Município em que residem as puérperas. HULW. João Pessoa – PB. 2011

	N	%
Capital		
João Pessoa	93	67,4
Grande João Pessoa		
Alhandra	1	0,7
Bayeux	6	4,3
Cabedelo	6	4,3
Conde	1	0,7
Mamanguape	1	0,7
Rio Tinto	2	1,4
Santa Rita	4	2,9
Interior	23	16,7
Total	138	100,0

Kassar (2010) diz que a baixa condição sócio-econômica individual, associada ao risco para o óbito neonatal tem apresentado resultados diversos em estudos analíticos em cidades brasileiras. Fatores tradicionalmente pesquisados como a escolaridade materna, a renda familiar e a idade materna não necessariamente se apresenta como fator de risco para o óbito neonatal, mas especialmente para óbitos pós-neonatais. Ressalta ainda a influência da assistência prestada à mãe e ao filho, durante a gestação e parto, como risco para óbitos de recém nascidos.

Apesar destes achados, em estudos ecológicos a mortalidade neonatal continua mais elevada nos grupos de baixa renda quando comparados aos de alta renda (GOLDANI et al, 2001; COSTA et al., 2001; GUIMARÃES et al., 2003).

4.2 Cobertura do pré-natal

A assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o seu início seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12^a semana de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante e criança.

O início do pré-natal, nesta amostra, apresentou média de 2,7, ou seja, 9 semanas (dp=1,178). A tabela abaixo, mostra que 72,8 % das mães entrevistadas, buscou um serviço de saúde para realização da primeira consulta pré natal no primeiro trimestre da gestação, sendo 13,2% no primeiro mês, 26,5% no segundo mês e 33,1% no terceiro mês.

Das 24 mulheres (15,8%) que realizaram a primeira consulta pré natal no segundo trimestre da gestação, 8,6% foram com 4 meses, 4,6% aos 5 meses e 2,6% no sexto mês. Quatro (4) mães não souberam informar quando iniciaram o pré natal e apenas 1 (0,7%) não realizou acompanhamento pré natal na gestação atual.

TABELA 9 – Proporção das puérperas por trimestre da primeira consulta pré-natal. HULW. João Pessoa – PB. 2011

Primeira consulta	N	%
Primeiro trimestre	110	79,7
Segundo trimestre	24	17,9
Terceiro trimestre	0	0
Não realizou pré-natal	1	0,7
Não sabe informar	3	2,2
Total	138	100,0

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o número mínimo de consultas pré-natal deve igual a seis (6). Em pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado de acordo com a gravidade de sua doença, sendo o acompanhamento, algumas vezes feito com a paciente internada (SILVA et al., 2011).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no Brasil em junho de 2000, além de estabelecer como procedimento mínimo a realização de seis

consultas, aponta que essas devem ser iniciadas antes de 120 dias de idade gestacional e ser realizadas, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional (PARADA, 2008).

TABELA 10 – Número de consultas pré-natal na gestação atual. HULW. João Pessoa – PB. 2011

Número de consultas	N	%
Nenhuma consulta	1	0,7
Abaixo de 6 consultas	30	21,7
De 6 a 10 consultas	87	63
Acima de 10 consultas	12	8,7
Não sabe informar	8	5,6
Total	138	100,0

A média do número de consultas foi igual a 7,24 ($dp=2,844$), estando portando as mães desta amostra acima das 6 consultas mínimas adotadas pelo MS. Ao avaliar esta variável do pré-natal é necessário destacar que a maternidade-escola atende, em sua maioria, partos e nascimentos de risco. Nesse caso, a média encontrada no resultado da pesquisa pode está abaixo do esperado para realidade do estudo.

TABELA 11 – Local do acompanhamento pré-natal. HULW. João Pessoa – PB. 2011

Local do pré-natal	N	%
Em outro município	23	16,7
No seu município	115	83,3
Não se aplica	1	0,7
Total	138	100,0

Em sua maioria (76,2%), as gestações foram acompanhadas no município da gestante. Vinte e três mulheres (15,2%) fizeram o pré-natal em outro município e apenas uma (0,7%) não realizou nenhuma consulta pré-natal. No que se refere à instituição em que realizaram as consultas pré natal, 74 responderam o ambulatório do HULW, 47 a Unidade Básica de Saúde e 5 consultório particular. Oito mães disseram ter acompanhado a gestação atual no HULW e na UBS e 4 entrevistadas em consultório particular e UBS, concomitantemente.

Das mulheres que afirmaram ter realizado pré-natal em outro município, foram definidas quatro categorias com base nos motivos apresentados pelas entrevistadas, a saber: situações de riscos gestacionais, alergia a medicações, multiparidade, histórico de aborto e/ou óbitos em gestações anteriores e a má qualidade da assistência nas unidades básicas de saúde,

encaminhamento para acompanhamento pré natal de risco, conforme apresentado na Tabela 12.

TABELA 12 - Motivos apresentados pelas entrevistadas para acompanhamento do pré-natal em outro município. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Categoria	Motivos	Total	
		N	%
Pré natal de risco	Mae Rh negativo (1); Mae B24 (2); Dispneia (1); Hipertensao (1); Lupus (1); menstruou ate 6 meses (1); gestação de risco (4)	11	8,0
Alergia a medicações	alergia a dipirona (1)	1	0,7
Multiparidade	gestação gemelar (1); gestação trigemelar (1);	2	1,4
Aborto e/ou óbitos em gestações anteriores	historico de óbitos e abortos (1)	1	0,7
Qualidade do serviço	optou por fazer em um consultorio particular por ser melhor' para uma gestação gemelar (1);	1	0,7
Outras	trabalha em João Pessoa	1	0,7
Sem registro		4	2,9

No discurso de algumas puérperas que realizaram pré-natal em seu município, mas que não acompanharam a gestação em UBS, além do encaminhamento ao pré-natal de alto risco por profissionais de saúde da rede básica, foram evidenciadas queixas relacionadas aos serviços de saúde oferecidos nessas unidades.

Algumas mães relataram que optaram por acompanhar a gestação atual no ambulatório do hospital universitário em virtude da qualidade do serviço oferecido em outras instituições, algumas mencionaram ter realizado o pré-natal no HULW por não ter gostado da assistência no PSF e uma afirmou ter acompanhado a gestação no ambulatório do hospital escola, pois a UBS próxima a sua residência costuma estar fechada. Outra queixa relacionada à qualidade do serviço das UBS foi a não realização de vacinas na gestação por falta de imunobiológicos

TABELA 13 – Frequência dos exames realizadas no pré-natal. HULW. João Pessoa – PB. 201. (A=138).

Exames	Sim		Não		Não sabe informar		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
USG	137	99,3	1	0,7	0	0	138	100
Glicemia	118	85,5	5	3,6	15	10,9	138	100
Citológico	99	71,7	39	28,3	0	0	138	100

TABELA 14 - Vacinas realizadas no pré-natal atual. HULW. João Pessoa – PB. 2011. (A=138).

Vacinas no pré-natal																	
			Nenhuma vacina		Calend. completo		Não sabe informar		Hep B		DT		H1N1		Rubéola		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	23	16,6	1	0,7	19	13,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	115	83,3	0	0	3	2,2	28	20,3	43	31,2	78	56,5	61	44,2	9	6,5	

Considerando-se os indicadores de processo da atenção pré-natal propostos pelo PHPN, esse estudo obteve o percentual de gestantes que realizaram os exames básicos, a saber: pelo menos uma ultrassonografia obstétrica, 99,3%; glicemia, 85,5%; e citológico gestação, 71,7%. O citológico apresentou uma frequência menor quando comparada com a média dos demais serviços e 10,9% das puérperas não souberam informar se haviam realizado glicemia durante o pré-natal.

Outro indicador investigado foi a vacinação antitetânica. Do total de entrevistadas, 115 (83,3%) receberam pelo menos uma vacina nesta gestação. Das 23 (16,6%) que não foram vacinadas, 13,7% estavam com o calendário vacinal completo. Para Brasil (2000), o número de gestantes que não receberam nenhuma dose de vacinação antitetânica é um indicador da qualidade do pré-natal.

No que se refere à vacinação antitetânica, 56,5% das mães foram vacinadas no pré-natal atual. Três mulheres que afirmaram estar com o calendário vacinal completo, receberam a dose imunizante da vacina antitetânica nesta gestação.

Um dado importante a ser considerado no estudo foi surto do vírus H1N1 e as campanhas realizadas no ano de 2010, sendo significativo o número de gestantes vacinadas contra o vírus nesta amostra (44,2%).

Avaliação clínica, exames laboratoriais e vacinação são serviços imprescindíveis para promoção da saúde infantil, com início no pré-natal. De acordo com Parada (2008) a

realização dos exames básicos constitui-se em importante ponto de estrangulamento da assistência pré-natal no Brasil. Oferecer os exames básicos preconizados para o início do pré-natal não é o maior problema. Nem sempre a disponibilidade deste recurso apontado pelo gestor, significa que os mesmos estejam sendo efetivamente realizados no início e fim do pré-natal.

A identificação das gestantes de risco e os exames laboratoriais complementam a propedêutica clínica, auxiliando na definição do diagnóstico. A avaliação do calendário vacinal também é importante no período pré-natal para prevenção de tétano neonatal e proteção da gestante.

4.3 Complicações maternas na gestação, parto e nascimento

Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorrer na maior parte dos casos sem intercorrências, há uma parcela de gestantes que, por ser portadora de alguma doença, sofre algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010d).

A classificação das intercorrências clínicas maternas apresentadas neste tópico teve como referência o capítulo XV do CID-10, *Gravidez, parto e puerpério* (OMS, 1997), e tomando por base as situações apresentadas por Brasil (2010d), discutiremos morbidades e complicações maternas na gestação, parto e nascimento.

Iniciaremos a discussão com os eventos de internações hospitalares na gestação atual, apresentados na tabela 15. A posteriori discutiremos as principais intercorrências clínicas evidenciadas durante o pré-natal, parto e nascimento. Estas configuram fatores de risco para saúde materna e infantil, podendo estar relacionadas aos índices de morbidades e mortalidade neonatal.

TABELA 15 - Internações hospitalares das mulheres na gestação atual. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Número de internações	N	%
<i>Nenhuma</i>	88	63,8
<i>Pelo menos 1 vez</i>	41	29,7
<i>Mais de 1 vez</i>	9	6,5
Total	138	

A maioria das mulheres (63,8%) não precisou de internação na gestação atual, porém 36,2% foram hospitalizadas para acompanhar condições de riscos gestacionais, seja materno ou fetal, e para realização de algum tratamento. O percentil de 29,7 foi registrado para aquelas que precisaram ser internadas pelo menos uma vez e 6,5% referiram mais de uma internação na gestação atual. Uma mãe relatou a necessidade de hospitalização para tratamento de infecção do trato urinário, porém a hospitalização não aconteceu por falta de vaga na instituição.

Dos motivos de internações mais frequentes, referidos pelas entrevistadas, 48% esteve associado a problemas específicos da gestação ou relacionados ao feto, 44% à intercorrências do sistema cardiovascular e 20% do sistema geniturinário.

As puérperas mencionaram como causa de internação hospitalar, em sua maioria, o trabalho de parto prematuro (28%), hipertensão arterial (18%), infecção do trato urinário (14%) e sangramento (10%). Diabetes foi identificado em 8% dos casos de hospitalização.

O cuidado a saúde infantil tem início no período pré-natal. Condições identificadoras de riscos para mortalidade infantil devem ser investigadas precocemente e as gestantes classificadas. A Tabela 16 apresenta a frequência destas condições gestacionais, classificados de acordo com o Manual Técnico de Gestações de Alto Risco, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d).

Segundo a literatura acima descrita, existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez e outros podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos.

Sendo assim, foram evidenciadas as seguintes situações durante o pré-natal: 30 casos de hipertensão gestacional (21,7%), 10 casos de cardiopatias (7,2%), 13 casos de diabetes gestacional (9,4%) e 68 casos de infecção do trato urinário (49,3%).

A hipertensão gestacional ou doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) caracteriza-se pelo aumento da resistência vascular periférica acarretando aumento nos níveis tensionais da pressão arterial para valores em torno de 140 mmHg (sístole) e 90 mmHg (diástole) (BRANDEN, 2000).

Considerado um dos três objetivos da má qualidade do atendimento pré-natal, a DHEG é a maior causa de morte materna no país (BRASIL, 2000) e pode cursar em complicações para criança (DIAS et al., 2005).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão gestacional, estão a nuliparidade, extremos de idade materna, a cor e a obesidade. Gestantes hipertensas estão

predispostas a desenvolver complicações como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal (FERRÃO et al., 2006).

O *diabetes mellitus* é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações fetais (BRASIL, 2010d). No Brasil, estima-se prevalência de 2,4% a 7,2%, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico (DIABETES, 2008).

A gestante com diabetes mellitus não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrosômico. Há também risco elevado de pré-eclâmpsia e infecção puerperal nessas pacientes. Com relação ao feto, além da macrosomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sangüínea, encontra-se fortemente aumentado (MIRANDA, REIS e BERNARDO, 2009).

De acordo com Franco (2008) o diabetes mellitus gestacional e a pré-eclâmpsia são condições clínicas da gravidez que estão associadas à maior risco materno-fetal. A possibilidade de um elo comum entre essas patologias tem sido discutida na literatura e o fato de ambas compartilharem os mesmos fatores de riscos é um deles.

Outra condição discutida em nossos resultados foi cardiopatia na gestação. No Brasil a incidência de cardiopatia na gravidez é de 4,2%, oito vezes maior quando comparada a estatísticas internacionais. Universalmente, a doença cardíaca é considerada a maior causa não obstétrica de morbidade e mortalidade materna (BRASIL, 2010d).

TABELA 15 – Frequência das condições gestacionais identificadoras de riscos para mortalidade infantil. HULW. João Pessoa – PB. 2011

	Sim		Não		Não sabe informar		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão gestacional	30	21,7	108	78,3	0	0	138	100,0
Cardiopatias	10	7,2	128	92,7	0	0	138	100,0
Diabetes gestacional	13	9,4	123	89,1	2	1,4	138	100,0
Infecções do trato geniturinário	68	49,3	70	50,7	0	0	138	100,0
Sangramento na gestação	36	26,1	103	74,6	0	0	138	100,0
TORCHS	12	8,7	0	0	0	0	12	8,7
HIV	2	1,4	0	0	0	0	2	1,4

No que se refere ao percentil de gestantes com infecção do trato urinário, os achados encontrados neste estudo, corrobora com a literatura. É o problema urinário mais comum

durante a gestação e de acordo com Brasil (2010, p. 111) ocorre em 17 a 20% das gestações. Associa-se a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal.

O percentil da amostra mostrou-se acima desta média, porém deverá ser considerado o fato de a maternidade ser referência em partos e nascimento de alto risco.

A prevalência de síndromes hemorrágicas aconteceu na gestação de 36 mulheres (26%). Brasil (2010d) diz que 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias, que podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico.

As TORCHS (toxoplasmose, outras infecções, rubéola, citomegalovírus, hepatite e sífilis) são fatores de risco para saúde fetal e, portanto, devem ser investigadas no primeiro trimestre da gestação. O risco de infecção congênita pode causar uma série de problemas e ser letal à criança. A detecção precoce e os cuidados dispensados durante o pré-natal são fundamentais para minimizar as sequelas para o recém-nascido. Doze casos foram confirmados em nossa amostra de TORCHS (8,7%), porém três casos suspeitos não foram confirmados por falta do reagente no hospital e ausência de registro no cartão da gestante.

Participaram do estudo duas mães soropositivas (1,4%), cada uma com uma situação peculiar. Fatores de riscos para contaminação do recém nascido pelo vírus HIV foram identificados especialmente em uma das puérperas.

Indígena, moradora de rua e usuária de drogas, durante a gestação não realizou pré-natal. Recebeu os cuidados profiláticos durante o período que esteve na maternidade e, considerando as condições sociais e psicológicas da puérpera, a criança só teve a alta liberada com a presença de um representante do conselho tutelar e um da FUNAI. A situação de risco e as orientações foram apresentadas ao conselheiro, porém após a alta não houve seguimento das medidas preventivas, aumentando os riscos de contaminação viral neonatal. Além da negligência na administração do AZT a criança ficou exposta a outros fatores de risco para transmissão do HIV. Segundo informações colhidas com a mãe adotiva, o conselho tutelar manteve-se ocupado apenas com o processo de adoção.

Ziegel e Cranley (1985) destacam como fatores de vulnerabilidade para morbimortalidade infantil, além da hipertensão gestacional, diabetes, infecções e sangramentos, a exposição materna às drogas. No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV. A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional

de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% e 22% (BRASIL, 2010d).

TABELA 17 – Proporção das complicações de parto e nascimento citadas pelas mães. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

	N	%
Não	98	71
Sim	40	29
Total	138	100,0

A tabela 17 apresenta as complicações evidenciadas no parto e nascimento por mães que tiveram seus recém-nascidos na maternidade-escola. Dentre as 40 mulheres que referiram complicações (29%), as mais frequentes foram: retenção de placenta (17,5%), posição ou apresentação fetal (10%), trabalho de parto prolongado (7,5%), hipotensão materna (7,5%), hemorragia (7,5%), amniorrexe prematura (7,5%), prematuridade (7,5%), mudança no tipo de parto (7,5%), pré-eclâmpsia (1,5%), dispnéia materna (1,5%) e complicações com anestésicos (1,5%).

Cardoso, Alberti e Petroiano (2010) realizaram uma análise da morbidade neonatal e materna e a mortalidade neonatal de acordo com o tipo de parto, cesariana ou vaginal. Os autores concluíram que existe maior morbidade neonatal em recém-natos de parto por via vaginal e maior morbidade materna em puérperas com parto cesariana.

Considerando essa variável importante na identificação de fatores de riscos para saúde neonatal, investigamos o tipo de parto nos 138 nascimentos. Os resultados foram apresentados na tabela abaixo.

TABELA 18 - Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto. HULW. João Pessoa – PB. 2011

	N	%
Único espontâneo		
<i>Domiciliar</i>	1	0,7
<i>Hospitalar</i>	61	44,2
Único por fórceps	1	0,7
Único por cesariana	69	50
Partos múltiplos por cesariana		
<i>Dupla</i>	2	1,4
<i>Trigemelar</i>	3	2,2
<i>Após a morte intra-uterina de um feto</i>	1	0,7
Total	138	100,0

Os percentis de partos eutócicos e cesarianas foram 44,9 e 54, 3, respectivamente. O uso de fórcepes foi necessário em uma participante (0,7%). Dos partos distócicos registrados, todos tiveram indicações clínicas.

De acordo com Brasil (2010d) a indução depende de circunstâncias clínicas ou quando a continuação da gravidez não é mais aconselhável. A cesariana deve ser o método de eleição em situações de iteratividade e em situações de contra-indicação absoluta ao parto por via vaginal. A presença de contrações uterinas é desejável, mesmo quando a cesárea é a via de parto mais indicada, por ser um importante indicador de época oportuna para o parto. Elas facilitam a cirurgia, diminuindo o sangramento da histerotomia, e auxiliam na maturidade pulmonar fetal.

O perfil de nascimento vem sofrendo modificações. Na década de noventa, o Brasil ocupava o segundo lugar entre os doze países da América Latina com maior incidência de cesarianas. Atualmente, apresenta uma taxa global de cesarianas de 32%, chegando a 90% em algumas clínicas privadas. Vários fatores influenciam na incidência de cesarianas, como a remuneração do parto, aspectos culturais, falta de tempo dos obstetras e a forma como está estruturada a assistência hospitalar de saúde pública e a conveniada. Sendo assim, a incidência de parto normal é cerca de quatro vezes maior em hospitais públicos, quando comparados com os hospitais privados sem atendimento pelo SUS. Os dados indicam que há relação entre a situação socioeconômica e a escolha do tipo de parto (CARDOSO, ALBERTI e PETROIANO, 2010).

4.4 Características das crianças ao nascer e *near miss* neonatal

Explorando o conceito apresentado por Pileggi et al. (2010), são considerados casos de *near miss* neonatal: RNs de muito baixo peso ao nascer, idade ao nascer inferior a 30 semanas e escore aos 5' menor que 7.

Os dados de *near miss* neonatal foram coletados na ficha de nascimento, encontrado do prontuário do recém nascido, e registrados em *cheque list* do primeiro instrumento.

TABELA 19 - Sexo dos recém nascidos incluídos na pesquisa.
HULW. João Pessoa – PB. 2011

	N	%
Feminino	72	52,2
Masculino	66	47,8
Total	138	100,0

O peso ao nascer, em um RN a termo, é em média de 3.300g. Em geral o peso dos recém nascidos no sexo feminino é um pouco mais baixo (3100g) do que no masculino.

A média do peso ao nascer dos neonatos foi igual a 3059g (dp=757,267).

A Tabela 20 descreve a distribuição do peso ao nascer e a Tabela 21 classifica os neonatos com baixo peso. Nos resultados obtidos, 19,6%, nasceram com peso abaixo de 2500g e 7,2% dos neonatos tiveram o peso acima de 4000g ao nascer. A maioria, 53,6% esteve entre os pesos 3001g e 4000g.

TABELA 20 – Distribuição dos neonatos segundo o peso ao nascer. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Peso ao nascer (g)	N	%
Menor que 2500	27	19,6
2501 a 3000	27	19,6
3001 a 4000	74	53,6
Acima de 4000	10	7,2
TOTAL	138	100

Analisando o peso ao nascer dos neonatos abaixo de 2500g (19,6%), estes foram classificados, de acordo com a literatura em: RN de baixo peso (77,8%), aquele com peso ao nascer inferior a 2.500g; RN de muito baixo peso (11,4%), aquele com peso ao nascer inferior a 1500; e RN de muitíssimo baixo peso (7,4%), aquele com peso inferior a 1.000g.

TABELA 21 – Distribuição dos neonatos com baixo peso ao nascer. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Peso ao nascer (g)	N	%
RN de baixo peso	21	77,8
RN de muito baixo peso	4	14,8
RN de muitíssimo baixo peso	2	7,4
TOTAL	27	100

A idade ao nascer foi outra variável utilizada neste estudo, coletados no prontuário do recém-nascido. Considerando a idade gestacional ao nascer, classificamos os neonatos em: *pré-termo*, os nascidos vivos com idade menor de 37 semanas; *a termo*, os nascidos vivos com idade entre 37 e 41 semanas e 6 dias; *pós termo*, os nascidos vivos com idade igual ou superior a 42 semanas.

TABELA 22 – Proporção dos nascidos vivos segundo a idade gestacional. HULW. João Pessoa-PB. 2011.

	N	%
RN pré termo	30	23,8
RN a termo	93	73,8
RN pós termo	3	2,4
TOTAL	126	100

A tabela 22 mostra que a maioria dos nascimentos da maternidade é a termo (73,8%), porém o número de partos prematuro é significativo (23,8%). Vale considerar que este resultado deve estar diretamente relacionado ao fato de a maternidade em estudo ser referência em parto e nascimento de alto risco.

Quando calculada a média da idade gestacional deste RNs ao nascer temos 37,7 semanas como resultado, sendo a máxima 45,4 e a mínima de 24 (dp=2,9099).

O perímetro cefálico (PC) também é uma variável que pode ser utilizada para avaliação da idade gestacional ao nascer, mas esta medida não será utilizada com tal finalidade, neste momento do estudo. Sendo assim, a tabela abaixo apresenta os PC ao nascer dos neonatos nascido na maternidade escola no período da pesquisa.

TABELA 23 – Distribuição do perímetro cefálico dos neonatos ao nascer. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

PC ao nascer (cm)	N	%
Abaixo de 33	18	13,0
Entre 33 e 35	49	35,5
Acima de 35	25	18,1
Sem registro	46	33,3
TOTAL	138	100

Considerando os parâmetros de normalidade para o PC ao nascer entre 33 e 35cm, os resultados encontrados em nossa amostra sugere que a maior parte dos sujeitos (35,5%) encontra-se dentro desse padrão. Dezoito (13%) dos participantes apresentaram perímetro inferior a 33cm e 25 (18,1%) acima de 35cm. Outro dado que chamou atenção foi o total de fichas de nascimento sem registro de tal variável (33,3%), totalizando apenas 91 registros no prontuário.

Calculada a média do PC ao nascer, obteve-se como resultado 34,1cm, sendo a máxima 45cm e a mínima 22cm (dp=2,8).

TABELA 24 – Distribuição dos escores do Apgar no 5º minuto, em nascidos vivos da maternidade-escola. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Apgar 5'(escore)	N	%
Menor de 7	5	3,6
Igual a 7	2	1,4
Acima de 7	127	92,5
Sem registro	4	2,9
TOTAL	138	100

Foram encontrados 5 casos (3,6%) de recém nascidos com apgar no 5 minuto menor de 7. A maioria dos neonatos, 92,5% (127), teve esse escore acima de 7 e apenas 2 (1,4%) igual a 7.

O índice de Apgar, largamente utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, avalia cinco sintomas objetivos: frequência cardíaca (ausente: 0; < 100/min: 1; > 100/min: 2); respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; forte/choro: 2); irritabilidade reflexa (ausente: 0; algum movimento: 1; espirros/choro: 2); tônus muscular (flácido: 0; flexão de pernas e braços: 1; movimento ativo/boa flexão: 2) e cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidades: 1; rosado: 2). Importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal e neonatal a soma do Apgar varia de 0 a 10. Os nascidos vivos com índices de Apgar de 7 a 10 no quinto minuto de vida são considerados normais. Índices de 0 a 6 são considerados baixos. (KILSZTAJN et al., 2007).

4.5 Prevalência de aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida e alimentação infantil

A alimentação e a nutrição adequada são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Mais do que isso, são direitos humanos fundamentais, pois representam a base vital da saúde do homem, exercendo repercussões ao longo da vida do indivíduo (BRASIL, 2009d).

As deficiências alimentares em crianças levam ao crescimento deficiente, aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina e promovem deficiências no processo de maturação do sistema nervoso, no desenvolvimento mental e intelectual, provocando desequilíbrios morfológicos e funcionais os quais dependendo da intensidade e da

duração poderão ser irreversíveis (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2008b). Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, o oferecimento oportuno de alimentos complementares a partir dessa idade, e a manutenção do aleitamento materno por 24 meses constituem mecanismos capazes de assegurar o bom desenvolvimento físico, neurológico e motor da criança (SIMON, SOUZA e SOUZA, 2009).

No período neonatal, o aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado a forma mais perfeita de nutrição para criança até os seis meses. O leite materno é o único adaptado as necessidades nutricionais e afetivas do lactente, contribuindo significativamente para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e redução da mortalidade infantil.

A criança em aleitamento materno (AM) é aquela que recebe leite humano, seja este direto da mama ou ordenhado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cada ano um milhão e meio de mortes poderiam ser evitadas por meio da prática da amamentação, uma vez que, crianças em amamentação exclusiva adoecem duas vezes e meia menos do que crianças que tomam leite artificial (BRASIL, 2002b).

São inúmeras as vantagens do AM tanto para criança e quanto para mãe. Além de ser um alimento completo e de boa digestibilidade, estabelece estreito relacionamento afetivo e previne a obesidade (MONTE et al., 2004; MAIA et al., 2006). A amamentação é uma forma especial e fortalecedora do relacionamento entre mãe e filho, que transmite segurança, carinho e amor a criança.

O ato de mamar auxilia o movimento dos músculos e ossos da face, promovendo melhor flexibilidade na articulação das estruturas que participam da fala. Estimula o padrão respiratório nasal no bebê, facilitando a oxigenação de suas estruturas faciais, diminuindo a incidência de doenças respiratórias. É o único leite que confere imunidade natural à criança, pois nele encontra-se presente anticorpos maternos, capazes de evitar inúmeras doenças (SIMON, SOUZA e SOUZA, 2009).

Apresenta pureza bacteriológica, tem efeito laxativo e diminui a incidência de alergias e problemas gastrointestinais, com capacidade de reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo. Segundo o relatório do Fundo das Nações Unidas para a infância (Florença, Novembro de 2005) seis milhões de bebês são salvos a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva, cuja prevalência atual, de 39,8%, encontra-se bem abaixo dos 80% esperados pela Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2006).

Na Tabela 25, a prevalência de aleitamento materno no primeiro mês de vida dessa coorte neonatal foi 89,7. Na maioria das crianças avaliadas, após trinta dias, o leite materno

estava presente como principal fonte alimentar e nutricional. Foi identificada, no período neonatal, a introdução precoce de leite artificial (28,6%), de água (26,2%) e chá (10,3%) na alimentação infantil. Mingaus e sucos estiveram menos frequente, com percentis de 6,3 e 0,8, respectivamente. Seis crianças (4,8%) receberam nutrição parenteral e uma (0,8%) esteve em dieta zero, no primeiro mês de vida.

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS e faz parte dos ideais propostos pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Estratégias do governo federal que tem como prioridade a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no País. Baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida (BRASIL, 2008b). De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, no Brasil a prática da amamentação na primeira hora de vida é relativamente baixa (43%) (BRASIL, 2009b).

É importante destacar que existem situações onde, por motivo de saúde, a mãe não pode amamentar sua criança. Para isso, uma alternativa para o aleitamento é recorrer ao banco de leite, que tem por objetivo coletar e distribuir leite humano visando atender esses casos considerados especiais (ARAÚJO et al., 2008). Tal direito encontra-se garantido através da Lei nº. 11.265/2006, que também regulamenta a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas (MONTE et al., 2004). Ramos et al. (2010) enfatiza a importância do aleitamento materno, em especial em Hospitais Amigos da Criança, quando diz que nestas instituições, mães e bebês só devem ser separados quando há ocorrência de razões médicas aceitáveis.

Apesar das vantagens do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e das ações instituídas através de políticas públicas, estudos demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares é comum, inclusive antes dos quatro meses, desencadeando riscos para saúde da criança (BRUNKER et al., 2006; MASCARENHAS et al., 2006; SIQUEIRA e MONTEIRO, 2007). A introdução precoce de leite artificial, mingau, suco, chá e água estiveram presentes no primeiro mês de vida das crianças investigadas neste estudo.

TABELA 25 – Relação da prevalência de aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida com a alimentação infantil no período neonatal. HULW. João Pessoa – PB. 2011. (A=126)

RN colocado no peito para mamar:	Alimentação no primeiro mês de vida																	
	Leite materno		Leite artificial		Água		Chá		Mingau		Suco de fruta		Outro alimento		Dieta zero		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
na sala de parto	15	11,9	7	5,5	4	3,2	0	0	1	0,8	0	0	0	0	0	0	27	21,4
1h de vida	22	17,5	6	4,8	5	4	6	4,8	3	2,4	1	0,8	0	0	0	0	43	34,1
≤ 24 horas	18	14,3	4	3,2	4	3,2	2	1,6	2	1,6	0	0	0	0	1	0,8	30	23,8
> 24 horas	45	35,7	13	10,3	14	11,1	5	4	2	1,6	0	0	0	0	0	0	79	62,3
não em 48h	12	9,5	6	4,8	6	4,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	19
NSI	1	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4,8	0	0	1	0,7
Total	113	89,7	36	28,6	33	26,2	13	10,3	8	6,3	1	0,8	6	4,8	1	0,8		

Ramos et al. (2010) concorda com outros autores quando afirma que ocorrência da mamada na primeira hora após o nascimento é considerada importante para a manutenção do aleitamento materno e desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e filho. E menciona a associação entre a ocorrência da mamada nas primeiras 24 horas e aumento do tempo tanto do aleitamento materno em crianças. Esse contato é importante, pois além de aumentar a duração do aleitamento materno e a prevalência de aleitamento materno nos hospitais, a prática ajuda a reduzir a mortalidade neonatal. (BOCCOLINI et al., 2009)

Na maternidade do HULW, 11,9% dos nascidos vivos mamaram na sala de parto; 17,5% na primeira hora de vida e 35,7% antes das 24 horas. Sendo assim, podemos afirmar que nas primeiras 24 horas de vida 65,1% dos neonatos nascidos na maternidade-escola foram amamentados.

A Tabela 25 apresenta os percentis 35,7 para os recém-nascidos que mamaram depois de 24 horas de vida e 9,5 para aqueles que não mamaram nas primeiras 48 horas de vida. Em sua maioria, estes casos tiveram associados intercorrências maternas ou neonatais.

Apesar da recomendação da OMS, Boccolini et al. (2009), identificaram que o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido foi pouco frequente na população estudada, havendo grande variação desse desfecho entre diferentes estratos de maternidades. O aleitamento materno nesse período foi menos prevalente entre os recém-nascidos com intercorrências imediatas após o parto, entre as mães que não tiveram contato com os recém-nascidos na sala de parto, as que tiveram parto cesariano, e cujo parto ocorreu em maternidade privada ou conveniada com o Sistema Único de Saúde.

Os autores supracitados constataram a ausência de fatores maternos que expliquem o desfecho, sugerindo pouco ou nenhum poder de decisão das mulheres para amamentar seus

filhos na primeira hora de vida. Neste contexto predominam as práticas institucionais vigentes nas maternidades e a iniciativa dos profissionais envolvidos no parto.

Em nosso estudo, além dos fatores apresentados pela literatura como indicativos para diminuição da amamentação, evidenciou-se que a falta de orientação das mulheres durante o pré-natal, os tabus e as crenças populares, assim como a falta de experiência, foram fatores agravantes na iniciação e manutenção do aleitamento materno deste grupo.

4.6 Intercorrências indicadoras de risco para saúde neonatal

Além das variáveis apresentadas relacionadas ao *near miss* neonatal, apresentaremos neste momento os resultados de outros indicadores relevantes para saúde da criança: tipo de alta, principais queixas do primeiro mês de vida e o estado geral da criança, avaliado na consulta de enfermagem.

Dos recém nascidos, nove (7,1%) apresentaram registro de malformações evidentes no nascimento. Segundo Guardiola et al. (2009), as anomalias congênitas são umas das principais causas de morbimortalidade infantil, sendo sistema nervoso central acometido em 21% dos casos. Para os autores, o diagnóstico de malformações é estabelecido, na maioria das vezes, no primeiro dia de vida (78,7% dos casos), e no pré-natal em 21,3%. As malformações neurológicas mais frequentes são pé torto congênito (42,1%), hidrocefalia (21,1%) e mielomeningocele (20%). A anencefalia apresenta frequência de 7,4% e a macrocefalia 2,1%.

Os resultados obtidos nessa coorte neonatal se aproximam dos dados apresentados por Guardiola et al. (2009). O diagnóstico das malformações neurológicas foi estabelecido durante e pré-natal e registrado ao nascer, na sala de parto. As malformações congênitas mais comuns, registradas na ficha de nascimento dos recém natos, apresentaram os seguintes percentis: hidrocefalia (22,2%), pé torto congênito (11,1%), encefalopatia e fístula liquórica (11,1%) e macrocefalia (11,1%). Os demais casos estiveram relacionados a síndromes (11,1%), polidactilia (22,2%) e malformações dos ossos craniais (11,1%).

TABELA 26 – Tipo de alta do recém nascido na maternidade em estudo. João Pessoa – PB. 2011

Tipo de alta hospitalar	N	%
Hospitalar	131	86,2
Óbito	6	3,9
Transferência para outra instituição	1	,7
Total	138	100,0

Entende-se o óbito infantil como um evento indesejável cujos determinantes encontram-se, em sua maioria, fortemente atrelados à estrutura social e econômica do país (CALDEIRA, FRANÇA e GOULART, 2002). Os óbitos neonatais se constituem no mais importante componente da mortalidade infantil no Brasil.

Seis (6) casos ocorreram durante a realização da pesquisa, sendo um (1) logo após o nascimento, na primeira hora de vida. Os óbitos neonatais estiveram relacionados a malformações, prematuridade e baixo peso ao nascer, principalmente. O óbito após o nascimento teve como motivo a anencefalia fetal.

Os achados da coorte, no que se refere às causas de óbitos neonatais, corroboram com a literatura. Tanto a prematuridade quanto as malformações congênicas foram identificados na amostra e apontados como principais fatores de risco para morbi-mortalidade no primeiro mês de vida. (OPS, 2007; ZANINI et al., 2009).

Amorim et al. (2006) trazem que o número de padrões reconhecidos de malformações mais que triplicou nos últimos anos. Mais de 20% das gestações com fetos malformados terminam em abortamento espontâneo. Os 80% restantes irão nascer (vivos ou mortos) com alguma anomalia congênita, resultando em 3-5% de recém-nascidos com malformações congênicas. Estas representam cerca de 20% das mortes no período pós-natal.

As mortes por malformações congênicas aumentaram proporcionalmente ao longo do tempo e passaram a representar a principal causa de óbito, ultrapassando as doenças respiratórias e as infecciosas. Esse fato poderia ser atribuído somente à redução das outras causas de morte. Entretanto, houve também aumento das taxas, estando provavelmente relacionado à maior sobrevivência das crianças com malformações e ao deslocamento desses óbitos do período neonatal para o pós-neonatal devido à melhoria da assistência ao recém-nascido e ao maior acesso a unidades de tratamento intensivo. Apesar das mortes por malformações congênicas serem de difícil prevenção, sabe-se que um pré-natal de boa

qualidade pode contribuir ao desaconselhar o uso de álcool e drogas e diagnosticar e tratar afecções maternas de forma adequada (ALVES et al., 2008).

Pedroza, Sarinho e Ordonha (2005) salientam que em países onde predominam como causas de óbitos neonatais a prematuridade extrema e as malformações congênicas e a disponibilização à população geral dos avanços tecnológicos e a regionalização da atenção à saúde obstétrica e neonatal são essenciais na redução da mortalidade neonatal. A atenção adequada apenas ao parto não é suficiente para reduzir a mortalidade neonatal. São inúmeros os avanços tecnológicos inseridos no cuidado neonatal e que foram responsáveis por um aumento considerável do número de neonatos sobreviventes.

Por outro lado, a sofisticação tecnológica das UTI neonatais pode prolongar artificialmente a vida de recém-nascidos muito graves e com poucas chances de sobrevivência, contribuindo para a redução da mortalidade precoce, sem que isso signifique melhoria das condições de atendimento à gestante e ao recém-nascido (ARAÚJO, BOZETTI e TANAKA, 2000).

A infância é considerada uma das fases em que ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. É um grupo com maior vulnerabilidade aos agravos de saúde, requerendo um acompanhamento constante (GAMA et al., 2009).

A avaliação da criança deve começar no início da sua vida, dentro do ventre materno, devendo levar em consideração, além de sua condição física, a situação social em que ela vive. A consulta deve abordar os diversos aspectos da vida da criança e o exame físico deve investigar a fisiologia dos sistemas.

É fundamental na consulta à criança a responsabilização mútua e construção de vínculo entre cuidador e quem recebe cuidados. Diversas atividades podem ser desempenhadas no momento desta consulta, principalmente a promoção da saúde e prevenção de doenças comuns na infância. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deve ser periódico e a orientação alimentar contínua. Dessa forma, é possível detectar riscos e agravos, intervir, avaliar e reduzir os índices de mortalidade infantil.

No estudo, as crianças foram avaliadas após 34,7 dias (média) do nascimento. Após a consulta, constatou-se que o estado geral de saúde dos sujeitos foi: *bom* em 20,6%, *regular* em 50,8%, *grave* em 1,6% e *gravíssimo* em 3,2%.

O estado geral bom esteve àquelas cujas mães não relataram queixas e não tiveram alterações evidenciadas no exame físico. O estado geral regular esteve associado à presença de queixas maternas reladas, relacionadas à saúde da criança, e alterações anátomo-fisiológicas identificadas no exame físico. O estado geral grave e gravíssimo esteve

relacionado aos casos de intercorrências patológicas confirmadas através de exames laboratoriais e internações em UTI, respectivamente.

TABELA 27 – Avaliação do estado geral do recém-nascido segundo queixas e exame físico. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

Estado Geral	N	%
Bom	26	20,6
Regular	64	50,8
Grave	2	1,6
Gravíssimo	4	3,2
Não foi avaliado com 1 mês	30	23,8
Total	126	100,0

A Tabela 28 apresenta a frequência das intercorrências que classificaram o estado geral das crianças. Cinquenta e oito (46%) mães relataram queixas relacionadas à saúde infantil e 30,9% apresentaram alterações no exame físico.

TABELA 28 – Frequência das intercorrências que classificaram o estado geral das crianças. HULW. João Pessoa – PB. 2011.

	N	%
Alterações no exame físico	39	30,9
Queixas relatadas	58	46,0
Uso de medicações	6	4,0
Outros	4	3,2
Sem intercorrências clínicas	26	20,6

Os profissionais de saúde que prestam atendimento ao binômio puérpera-recém nascido deparam-se, com certa frequência, com queixas maternas (KOSMINSKY e KIMURA, 2004). Essas queixas referentes à saúde da criança no período neonatal foram investigadas, conforme apresentado na Tabela 29.

Nos discursos das mulheres entrevistadas, destacaram-se, principalmente, problemas relacionados ao sistema respiratório (63,5%), sistema gastrointestinal (53%), a pele e mucosas (31%) e a amamentação (12%). Irritabilidade e distúrbio do sono foram notificados em 9,5% dos discursos e malformações congênitas em 8%. Apenas 9,5% mães não relataram queixas do período neonatal.

TABELA 29 - Frequência das queixas relatadas por mães no período neonatal. HULW. João Pessoa – PB. 2011. (A=126).

	N	%
Outros	10	7,9
Alimentação materna	3	2,4
Amamentação	15	12,0
Anemia	4	3,2
Cardiovascular	9	7,1
Desenvolvimento infantil	5	4,0
Cirurgias	2	1,6
Endócrinos	4	3,2
Exames e procedimentos	5	4,0
Gastrointestinais	53	42,1
Genitália	5	4,0
Icterícia	11	8,7
Infecções	42	33,3
Irritabilidade e sono prejudicado	12	9,5
Malformações	10	8,0
Medicações	8	6,3
Osteomusculares	8	6,3
Pele e mucosas	31	24,6
Reanimação	2	1,6
Respiratório	80	63,5
Retinopatia	1	0,8
Risco de HIV	2	1,6
Risco de TORCHS	4	3,2
Síndromes	2	1,6
Sistema nervoso	6	4,8
Sem queixas	12	9,5

As doenças respiratórias respondem por 50% das consultas a médicos de família; representam 20-35% do total de hospitalizações pediátricas, algumas das quais são ameaçadoras à vida. São as infecções mais frequentes na infância e, na lactância as hospitalizações por doenças respiratórias graves são mais comuns e apresentam risco de morte maior (LISSAUER e CLAYDEN, 2002).

Os problemas respiratórios são responsáveis por números elevados de óbitos na infância (ALVES et al., 2008) e é comum no período neonatal. A imaturidade do sistema respiratório do recém nascido e a adaptação ao ambiente extra-uterino podem ser responsáveis por esses índices. Na criança, o trato respiratório de uma criança está se desenvolvendo e mudando constantemente. A peculiaridade anatômica predispõe a criança a dificuldades respiratórias. Os lactentes e as crianças jovens apresentam narinas menores e vias nasais estreitas, tornando-as propensas à oclusão da via aérea (SPRINGHOUSE CORPORATION, 2006).

Tosse, obstrução e secreção nasal, desconforto respiratório e roncos respiratórios foram descritos e um caso de pneumonia confirmado. Lissauer e Clayden (2002) revelam que

vários patógenos causam pneumonia na infância, e microorganismos diferentes afetam faixas diversas. O recém-nascido é infectado por microorganismos provenientes do trato genital materno. *Streptococcus* β -hemolítico do grupo B, *E. coli* e bacilos Gram-negativos são os patógenos mais comum.

O grau de retração subcostal e intercostal e esternal é um indicador mais importante da gravidade da obstrução das vias aéreas superiores do que a frequência respiratória (LISSAUER e CLAYDEN, 2002) e foi observado no exame físico de algumas crianças das quais as mães relataram queixas respiratórias. Durante o sono, nos primeiros meses de vida, os neonatos a termo normais podem ter episódios infrequentes nos quais a respiração regular é interrompida por curtas pausas. Este padrão respiratório, mudando de uma ritmicidade regular para episódios curtos e cíclicos de apnéia intermitente, é mais comum em neonatos prematuros (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002) e fora citado por algumas mães.

Problemas gastrintestinais, segunda causa mais freqüente de queixas maternas neste estudo, estiveram associados, em sua maioria, vômitos, cólicas, eliminações intestinais e diarréia.

O vômito é um sintoma relativamente freqüente durante o período neonatal e na maioria dos casos é simplesmente regurgitação por alimentação excessiva ou por incapacidade de permitir que o neonato eructe o ar deglutido (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002, p. 506).

É comum a dificuldade materna em lidar com o choro excessivo e ininterrupto do filho com algumas semanas de vida. Esta queixa tem início por volta da segunda semana de vida, estendendo-se até o sexto mês, e são identificadas como cólica do lactente. O choro é a primeira forma de comunicação social do bebê, sendo considerado manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida (KOSMINSKY e KIMURA, 2004).

Um lactente alimentado ao seio geralmente tem eliminações intestinais frequentes, ao passo que aquele alimentado com leite artificial pode ter uma a duas evacuações por dia ou a cada dois dias. Deve-se ter em mente que evacuações infrequentes não necessariamente significam constipação (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002, p. 506). Queixas relacionadas à freqüência e aspectos das eliminações intestinais foram relatadas.

Alves et al. (2008) afirmam que os casos de diarréias no Brasil sofreram expressiva queda. Tal fato pode ser explicado por intervenções ambientais, como o aumento da cobertura de saneamento básico, pela utilização da terapia de reidratação oral e por ações preventivas, como o incentivo ao aleitamento materno.

Em um dos casos de diarreia, a criança apresentava situação de risco social. A família estava descoberta no Programa Saúde da Família e tinha dificuldade de acesso aos serviços de Saúde do SUS. A alimentação da criança era artificial, por leite artificial e mingaus. A água oferecida a criança não era tratada e o tratamento da diarreia foi realizado pela mãe através da ingestão de chás.

Outro caso de diarreia foi notificado após a criança alimentar-se diretamente na mama de outra nutriz. Sabe-se que esta é uma prática desencorajada em virtude dos riscos que a criança está sendo exposta. Atualmente, para se tornar uma moderna ama-de-leite, a mulher deve procurar um serviço e seguir alguns protocolos. Uma triagem deve ser realizada para constatar o preenchimento dos requisitos da doadora e por fim, a análise do grau de acidez do leite, que determina ou não seu aproveitamento do leite materno doado.

Segundo o Ministério da Saúde, doadoras de leite humano são nutrizas saudáveis que apresentam secreção láctea superior às exigências do seu filho, e que se dispõem a doar, por livre e espontânea vontade, o excesso de leite produzido. Para ser doadora, a nutriz deverá ser submetida a exame clínico detalhado, com finalidade de proteger a sua saúde e a do receptor (BRASIL, 1987).

Alterações relacionadas à pele e mucosas foram a terceira causa mais comum de queixas maternas. A pele é uma estrutura importante de proteção dos tecidos subjacentes. Atua como barreira, contudo, quando há falha neste sistema surgem as doenças de pele. Acometem, sobretudo, a epiderme, podendo ser causadas por uma grande variedade de fatores etiológicos específicos. As dermatites, eczemas e infecções bacterianas são problemas dermatológicos comuns na infância (COLLET et al., 2010). Dentre as queixas relacionadas à pele e mucosas, destacam-se miliária, dermatoses e estrófulos. A dermatite de fralda e monilíase oral foram as mais frequentes.

A amamentação, quarta causa mais comum de queixas maternas, esteve relacionada à falta de esclarecimento, hábitos e costumes da nutriz. A introdução precoce de leite artificial, água e chá, a crença de que o leite não é suficiente para as necessidades da criança, lesões nas mamas e desconforto algícos relatados pelas mães durante a amamentação foram situações apresentadas.

Diante do exposto reforça-se a importância da avaliação e acompanhamento infantil, assim como faz necessário no processo contínuo de saúde materna, neonatal e da criança, a promoção da saúde e bem-estar das mães e recém-nascidos. Estes não podem ser considerados como objeto de atenção separadamente, é preciso respeitar e assegurar as necessidades específicas de cada um e a interface estabelecida entre ambos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou descrever o perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade escola na Paraíba. A investigação epidemiológica das condições de gestação, parto e nascimento, assim como de intercorrências clínicas neonatais, permitiu obter informações para avaliação de fatores indicativos de risco para saúde da criança.

Identificar morbidades e óbitos neonatais foi uma importante estratégia de acompanhamento para este grupo populacional, pois tornou visível à elevada taxa desses indicadores na coorte em estudo. Conhecer a realidade da população torna possível o planejamento de medidas preventivas de mortes evitáveis pelos serviços de saúde, inclusive nas regiões consideradas prioritárias, como é o caso do Nordeste brasileiro.

Mesmo sendo uma maternidade referência em partos e nascimentos de alto risco, o número de intercorrências, óbitos e morbidades, foi alto necessitando medidas corretivas. O coeficiente de mortalidade infantil foi significativamente elevado e a maioria dos eventos aconteceu no período neonatal tardio. Tais óbitos estiveram relacionados a malformações congênitas, prematuridade e baixo peso ao nascer. O único caso de óbito neonatal precoce aconteceu logo após o nascimento e teve como motivo a anencefalia fetal.

Os casos de *near miss* foram significativos no estudo e explorar este conceito é uma ferramenta importante para avaliação do atendimento neonatal. Apesar dos elevados índices de mortalidade precoce na infância no mundo, sabe-se que a maior parte desses óbitos é evitável.

A alta incidência de queixas maternas relacionadas à saúde da criança e morbidades no período neonatal também foi significativa e esteve, em sua maioria, associada a problemas possíveis de ser solucionados na atenção básica através do acompanhamento infantil e educação em saúde. A integralidade do cuidado na infância visa assegurar o bom desenvolvimento físico, biológico, psíquico e social. Parte ideológica das políticas públicas de saúde vigentes no Brasil, o cuidado à criança precisa ser revisto segundo a realidade e necessidade de cada grupo social.

Os resultados deste estudo evidenciaram que é possível estabelecer relação entre os fatores de risco investigados e os desfechos observados. As condições sócio-demográficas, a cobertura pré-natal, morbidades maternas, condições de nascimento e acompanhamento infantil mostrou-se importante para controle de morbidades e mortalidade na infância.

A amamentação como estratégia de promoção da saúde infantil foi considerada. O índice de neonatos amamentados nas primeiras 24 horas de vida na coorte em estudo foi bom

e após trinta dias de vida, na maioria das crianças avaliadas, o leite materno estava presente como principal fonte alimentar e nutricional. A introdução precoce de leite artificial, água, chá, mingaus e sucos na alimentação infantil também foram identificados no grupo em estudo, constituindo-se um agravante para saúde neonatal.

Diante dos achados, explorar os conceitos discutidos neste estudo e relacioná-los ao perfil epidemiológico das crianças é uma ferramenta importante para avaliação do atendimento e saúde neonatal. Tanto o acompanhamento pré-natal quanto os cuidados natais e pós-natais são importantes para promoção da saúde da criança. A ampliação da cobertura pré-natal e da atenção neonatal na Puericultura vem aumentando com o passar dos anos, porém considerá-los adequado às necessidades da população e garantir a boa qualidade serviço requer outros parâmetros para sua avaliação.

A investigação de fatores de risco para gestação, a identificação precoce de intercorrências no pré-natal, parto e nascimento, o suporte tecnológico, a educação em saúde e promoção de bons hábitos são estratégias importantes para redução dos elevados índices de óbitos maternos e infantis. A compreensão social e fisiológica das necessidades materna e da criança é essencial para promoção da saúde infantil e prevenção de complicações associadas a morbidades e mortalidade na infância. Outros fatores podem estar atrelados as causas, para isso, a prioridade no conhecimento da estrutura de determinação do óbito neonatal é imprescindível para todos os níveis de atenção ao neonato, possibilitando que as informações não fiquem estanques.

Sendo assim, a apresentação do perfil dos neonatos de risco nesta pesquisa pode ser uma valiosa ferramenta para identificar os fatores que podem melhorar a assistência, além de fornecer informações úteis para investigação das causas de adoecimento e óbitos neonatais. O aumento da cobertura pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil após o nascimento, bem como a amamentação tende a minimizar os índices de mortalidade infantil e são estratégias importantes da atenção básica em prol da saúde da criança. A qualificação tecnológica em partos e nascimentos de risco, bem como o suporte neonatal de risco adequado, faz-se necessário para minimização destas taxas, principalmente em áreas prioritárias como o Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C. et al. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p.27-33, mar. 2008.
- AMORIM, M. M. R. et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, Supl. 1, p. S19-S20, mai. 2006.
- ARAÚJO, B.F.; BOZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro. v. 76, p.200-6. 2000.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-92, jul-ago. 2008.
- AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucite, 2008.
- BERMAN, R. E.; KLIENGMAN, R. M.; JENSON, H. B. J. **Nelson: tratado de pediatria**. 16ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Ver Saude Publica**, São Paulo, v.45, n.1, p.69-78. 2009.
- BONILHA, L.R.C.M.; RIVORÊDO, C.R.S.F. Puericultura: Duas Concepções Distintas. **J de Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.81, n.1, p. 7-13. 2005.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno infantil**. 2ed. Tradução: Carlos Henrique Consendey. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 21ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.
- BRASIL. DATASUS. Ministério da Saúde 2010. Estimativa da Mortalidade Infantil por Microrregiões e Municípios e Indicadores e Dados Básicos - 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em Agosto de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Lei nº 11265, de 03 de janeiro de 2006. **Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos**. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10efa18042a5eb048247cab134f70e0f/Lei+N%C2%BA+11265.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em Janeiro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: álbum seriado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil nordeste-amazônia legal**. Brasília: [internet], 2009c. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583. Acesso em Outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2. ed., 1.a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações técnicas para funcionamento de bancos de leite humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Saúde da Criança**. 4a Tiragem. 5a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Chamada neonatal**. Brasília: [internet], 2010c. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1672 Acesso em Agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional. Brasília: [internet], 2011. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em Maio de 2011.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima revisão. Brasília: internet, 2010d. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em dezembro de 2010.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima revisão. Brasília: [internet], 2010d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: [internet], 2010b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm Acesso em Setembro de 2010.

BRUNKER, G. S., et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.82, n. 6, p. 445-51. 2006.

CABRAL, I. E; AGUIAR, R. C. B. As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm. UERJ**, v.11, n.3, set.-dez, . p.285-291. 2003.

CALDEIRA, A. P.; FRANCA, E.; GOULART, E. A. M. Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, dez, p.263-274. 2002.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARDOSO, A. M., SANTOS, R. V., COIMBRA JR., C. E. A, Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informações? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 5., set-out, p. 1602-08. 2005.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar., p. 427-35. 2010.

CARVALHO, P. I. et al . Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, set, p. 185-194. 2007.

CARVALHO, V. C. P; ARAUJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.7,

n3, p.309-317. 2007.

COLLET, N. et al. **Manual de enfermagem em pediatria**. 2ed. Goiânia: AB, 2010.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, mai-jun, p.555-567. 2001.

COSTA, M. C. O. et al . Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set, p.719-27. 2005.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Ver Esc Enferm USP**. v.41, n. 4, São Paulo, p. 690-7. 2007.

DIABETES mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, Dec. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26/04/ 2011.

DIAS, B. R. et al . Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3a, Set, p.632-36. 2005.

FERRAO, M. H. L. et al . Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 6, Dez, p. 390-4. 2006.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro**: orientações para a família. Ribeirão Preto: FIERP, 2005.

FRANÇA, I. S. X. et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.62, n.2, p. 258-64. 2009.

FRANCESCHINI, S. C. C. et al . Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, Jun, p. 171-9. 2003.

FRANCO, D. R. A hipótese do pólo comum entre a pré-eclâmpsia e o diabetes gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 6, Ago, p.52-6. 2008.

GAIVA, M. A. M. org. **Saúde da criança e do adolescente**: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as). Cuiabá: EdUFMT, 2006.

GAMA et al. **Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 117-124, jul./set. 2009.

GOLDANI, M. Z. et al . Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, Jun, p. 256-61. 2001 .

GUARDIOLA, A. et al . Neurological congenital malformations in a tertiary hospital in south

Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 67, n. 3b, Set. p.256-61. 2009 .

GUIMARÃES, M. J. B et al. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, set-out, p.1413-1424. 2003.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ed. Tradução: Danielle Corbett et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KASSAR, S. B. Mortalidade neonatal em Maceio –AL: evolução e fatores de risco. Recife: o autor, 2010. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

KILSZTAJN, S. et al . Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007.

KOSMINSKY, F. S.; KIMURA; A. F. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.25, n.2, ago, p.147-56. 2004.

LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. **Manual ilustrado de pediatria**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Saúde da Criança: protocolo**. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Londrina, PR: [s.n], 2006.

MAIA P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n. 3, jul./set., 2006.

MARQUES, M. B. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.289-94. 2006.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MIRANDA, P. A. C.; REIS, R.; BERNARDO, W. M. Atualização em diabetes mellitus gestacional (DMG). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p.11. 2009 .

MONTE, C. M. G. et al. Os **Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos**: orientações práticas para as mães. Vitória: Ministério da Saúde, 2004.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J.. **Rezende obstetrícia**. São Paulo: Guanabara koogan, 2008.

OLIVEIRA, L. P. M et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev Nutr.** São Paulo, v.18, n.4, p.459-69. 2005.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal em América latina el caribe**. Guatemala: Serviprensa S.A., 2007.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, Mar, p. 113-124. 2008 .

PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.4, out. / dez., p. 411-418. 2005.

PILEGGI, C. et al . Abordagem do near miss neonatal no 2005 WHO Global Survey Brazil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, Feb. 2010 .

PNDU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: 8 jeitos de mudar o mundo**. Brasília: [internet], 2010. Disponível em <http://www.objetivosdomilenio.org.br/> Acesso em Setembro de 2010.

RAMOS, C. V. et al . Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, jun., p. 115-124. 2010 .

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ROTINAS do Serviço de Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado. 6ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SABROZA, A. R. et al . Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

SAY, L. Neonatal near miss: a potentially useful approach to assess quality of newborn care. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.86, n.1, p. 1-2. 2010.

SILVA, A. P. M. V. et al. **Assistência pré natal**. Ceará: [internet], 2011. Disponível em http://www.meac.ufc.br/obstetricia/manual_meac/Documento_em_PRE-NATAL.pdf Acesso em abril de 2011.

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, Jul, p.321-325. 2009 .

SILVEIRA, M. F. et al. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan., p.185-194. 2010.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.1, p. 60-69. 2009.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v.41, n.1, p.5-12. 2007.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.5, p. 796-804. 2008.

SPRINGHOUSE CORPORATION. **Enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal**. New York: UNICEF, 2008. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf Acesso em Junho de 2010.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Situação mundial da infância**: edição especial. New York: [internet], 2009. Disponível em www.unicef.org. Acesso em Setembro de 2010.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

ZANINI, R. R. et al. Infant mortality trends in the State of Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: a multilevel analysis of individual and community risk factors. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p. 1035-45, mai. 2009.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre Esclarecido da Pesquisa.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Perfil epidemiológico dos neonatos nascido em uma maternidade escola na Paraíba”. Você foi selecionada por ter filho nascido na Maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Paraíba, entre os meses de Setembro a Dezembro de 2010. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

O objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade escola, referência na Paraíba em partos de alto risco, considerando as condições pré-natal, de parto ou de nascimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre você e o período neonatal de seu filho, que será pesado e medido um mês após o nascimento. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

João Pessoa, _____ / _____ / _____ Entrevistador _____

Sujeito da pesquisa: _____

Coordenadora da Pesquisa:

Ana Flávia Gomes de Britto Neves

Centro de Ciências da Saúde

Campus Universitário - João Pessoa – PB

CEP 58059-900

Fone: (083) 3216.7109/(83)81125161



Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária
- Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB

FAX (083) 32167522 CNPJ: 24098477/007-05 - Telefone: (083) 32167302

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1: DADOS DO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO

Local de coleta: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Setor (es): () Obstetrícia () Bercário () UTI Neo () Outro _____

Data da coleta: ____/____/2010. Coletador: _____

A mãe deseja participar da pesquisa (apresentar a proposta do estudo e o termo de consentimento livre esclarecido)?

Sim

Não. Motivo _____ (AGRADEÇA E ENCERRE)
INÍCIO: ____hs ____min

A) IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

1 Nome da mãe: _____ 2 Data de nascimento (mãe): ____/____/____

3 Nome da criança: _____ 4 Data de nascimento (RN): ____/____/____

4 Qual o sexo da criança? Feminino Masculino

5 Qual o seu endereço? _____

6 Me diga um ponto de referência próximo a sua casa: _____

7 Qual o município? _____

8 Tem algum telefone para contato? _____ Tem celular? _____

9 Quem encaminhou você a esta maternidade (De onde veio quando chegou ao hospital)? _____

10 Pq encaminharam você a esta maternidade? _____

11 Em sua opinião, a sua cor ou raça é:

Negra Parda Branca Outra (Indígena ou Amarela - Asiático, Japonês, Chinês, Coreano)

12 Qual o seu estado civil?

Casada Solteira Solteira c/ união estável Separada/Divorciada Outro (_____)

13 Até que série você (mãe) completou com aprovação a escola?

Não estudou

ENSINO FUNDAMENTAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ENSINO MÉDIO: 1 2 3 (pule para 15)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): Completo Incompleto (pule para 15)

Não sabe informar

14 Sabe ler uma carta ou jornal com: Facilidade Dificuldade Não sabe ler Não se aplica

15 Quem CHEFIA a sua casa ou família é:

Você (pule para 18)

Outra pessoa. Quem? _____

16 Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?

Não estudou

ENSINO FUNDAMENTAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ENSINO MÉDIO: 1 2 3 (pule para 18)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): Completo Incompleto (pule para 18)

Não sabe informar

Não se aplica

17 O Chefe de Família sabe ler uma carta ou jornal com:

Facilidade Dificuldade Não sabe ler Não sabe informar Não se aplica

18 Na sua casa, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação? Sim Não

19 O chefe da família tem renda: Fixa (recebe o salário todo mês) Variável (profissional alternativo/autônomo)

Não possui renda Não sabe informar

20 Aproximadamente qual a renda da família (valores em reais)? _____

B) CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO, SANEAMENTO, HIGIENE E SANITÁRIAS

21 Sua casa fica situada em área:

Urbana Rural Não sabe informar

22 Sua casa é de:

Alvenaria (tijolo) Taipa Outro _____

23 Quantas pessoas moram na sua casa?

24 Você possui animais em casa? Não Sim. Qual(is)? _____

25 A sua casa possui energia elétrica? Sim Não

26 De onde vem a água que você utiliza em sua casa para tomar banho, cozinhar e fazer serviços domésticos?

Encanada (da torneira) Poço Rio Outro _____

27 A água que vocês bebem na sua casa é:

Filtrada Fervida Água mineral Da torneira Outro _____

28 Qual o destino do lixo da sua casa (O que acontece com o lixo que você joga fora)?

Coleta pública (caminhão de lixo) Céu aberto Queimado Outro _____

29 A sua casa tem: esgoto fossa os dejetos são jogados a céu aberto outro _____

C) INFORMAÇÕES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

30 A senhora usava alguma coisa para evitar a gravidez?

Não Sim. O quê? _____ Não sabe informar

31 Quando a senhora chegou aqui no hospital, se pudesse ter escolhido o tipo de parto, qual seria?

Normal Cesariana Fórceps Não sabe informar Não se aplica.

32 Quantas vezes a senhora ficou grávida? (considerar a gestação atual)

Primigesta. **33 Qual o tipo de parto?** _____ (responder as questões 34, 35 e 36.2 e pular para 34)

33.1 Teve algum parto normal?

Sim. Qual gestação? _____ Não Não se aplica

33.2 Teve algum parto a fórceps (vaginal, mas com ajuda de um aparelho para puxar a criança)?

Sim. Qual gestação? _____ Não Não se aplica

33.3 Fez alguma cesariana (cirurgia para retirar o bebê)?

Sim. Qual gestação? _____ Não Não se aplica

34 Teve algum filho que nasceu antes do tempo esperado (premature)?

Sim Qual gestação? _____ Não Não sabe informar

35 Teve algum filho que nasceu com o peso abaixo de 2500g (recém nascido de baixo peso)?

Sim Qual gestação? _____ Não Não sabe informar

36.1 A senhora teve algum filho que foi a óbito (morreu): Não se aplica

Não

Sim, nasceu morto. Causa do óbito: _____

Sim, morreu na 1ª semana de vida. Causa do óbito: _____

Sim, morreu no 1º mês de vida. Causa do óbito: _____

Sim, morreu no 1º ano de vida. Causa do óbito: _____

Sim, morreu entre 1 e 5 anos. Causa do óbito: _____

Sim, acima de 5 anos. Idade: _____ Causa do óbito: _____

36.2 Teve algum aborto? Não Sim Não sabe informar Não se aplica

37 A senhora já amamentou o seu filho anterior? (se mais de uma vez, considerar a mais recente)

Sim. Por quanto tempo? meses dias (Obs: apenas enquanto esteve na maternidade)

Não. Por quê? _____

Não sabe informar Não se aplica

INFORMAÇÕES DA GESTAÇÃO ATUAL

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava _____ (nome do recém nascido)

38 A gravidez atual foi planejada? Sim Não

39 Com quanto tempo você descobriu que estava grávida? meses semanas

40 A gravidez foi bem aceita por você? Sim Não Por quê? _____

41 Você tem algum grau de parentesco com o pai da criança? Não Sim _____

42 Você fuma? Não Sim Qtd/Freqüência ao dia? _____

43 Usou alguma medicação nesta gestação? Não Sim Qual/Para quê? _____

44 A gestação atual foi gemelar (estava grávida de gêmeos)? Não Sim

PRÉ-NATAL ATUAL

45 Você fez pré natal durante a gestação de _____ (nome do recém nascido)

Sim (pule para 47) Não. **46 Motivo:** _____ (pule para 51)

47 Aonde você fez este pré-natal:

no seu município em outro município Pq? _____ Não se aplica

48 O local que você fez o pré-natal era: Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde)

Hospital Consultório particular Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia)

Outro _____ Não sabe informar Não se aplica

49 Com quantos meses de gravidez você realizou a primeira consulta deste pré-natal?

_____ mês (es) Não sabe informar Não se aplica

50 Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de _____ ? (nome do RN)? consultas

Não sabe informar Não se aplica

51 Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto? _____ Kg

Não ganhou, perdeu Não sabe informar Não se aplica

52 Durante este pré-natal, você recebeu alguma vacina: sim Não

P Início da Gestação: _____ Kg
P Fim da Gestação: _____ Kg

Calendário vacinal completo

Qual(is)? _____ Não sabe informar Não se aplica

53 Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

54 Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)? Sim Não (pule para 56) Não sabe informar (pule para 56) Não se aplica

55 Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez? exames Não sabe informar Não se aplica

56 Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

57 Fez algum exame ginecológico (citológico/papanicolau) durante o pré-natal?

Sim Não Não sabe informar

58 O médico/enfermeiro detectou algum corrimento vaginal durante o exame ginecológico?

Não (pule para) Sim Não sabe informar Não se aplica

59 Realizou algum tratamento para esse corrimento durante o pré-natal?

Sim Não Não sabe informar

60 Durante a gravidez do(a) _____ (nome da criança avaliada), você foi internada por alguma complicação da gravidez? Sim Não (pule para 65) Não sabe informar (pule para 64)

61 Quantas vezes precisou ficar internada?

62 Por qual motivo? Hipertensão Infecção Urinária Diabetes

Outros _____ Não se aplica

63 Nesta ocasião, você foi internada na UTI? Sim Não Não sabe informar Não se aplica

64 Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) Sim Não Não sabe informar Não se aplica

65 Algum médico disse que você tem problema de coração? Sim Não Não sabe informar

66 Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez? Sim Não Não sabe informar

67 Algum médico disse que teve diabetes por causa da gravidez? Sim Não Não sabe informar

68 Algum médico disse que você teve infecção urinária durante a gravidez?

Sim Não (pule para) Não sabe informar

69 Precisou tomar alguma medicação por conta de alguma infecção?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

70 Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?

Sim Não (pule para 72) Não sabe informar (pule para 72)

71 Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento? Sim Não Não sabe informar Não se aplica

72 Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?

Sim Não (pule para 74) Não sabe informar (pule para 74)

73 Havia apresentado convulsões ou crises antes? Sim Não Não sabe informar Não se aplica

TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

A senhora me falou que o tipo de parto deste filho foi:

Normal (pule para 75) Fórceps (pule para 75) Cesário

74 Houve indicação para o parto ser através de uma cesariana?

Sim (Qual? _____) Não Não sabe informar Não se aplica

75.1 Houve rompimento da bolsa de águas (com líquido amniótico):

Espontaneamente (sozinha) A bolsa rompeu no exame de toque o médico estourou a bolsa com um equipamento

Não estourou (cesariana) Não sabe informar

75.2 Você entrou em trabalho de parto? Não Sim Não sabe informar

76 Durante o trabalho de parto recebeu algum medicamento para acelerar/induzir o parto (que aumentasse as contrações)? Não Sim Não sabe informar

77 Durante o trabalho de parto e nascimento recebeu algum medicamento para aliviar a dor?

Não Sim. (Qual? _____) Não sabe informar

78 Você teve alguma complicação durante o trabalho de parto, parto e/ou nascimento?

Não Sim. (Qual? _____) Não sabe informar

79 A senhora precisou de algum aparelho para ajudá-la a respirar na sala de parto?

Não Sim Não sabe informar

80 Assim que nasceu a criança chorou:

um choro forte um choro fraco demorou a chorar Não chorou Não sabe informar

81 Assim que nasceu a criança foi colocada no seu colo, barriga ou nos seus braços? Sim Não Não sabe

82 A criança foi colocada no peito para mamar: na sala do parto na primeira hora de vida nas primeiras 24 horas

Depois das 24 horas Ainda não mamou. (Pq? _____) Não sabe informar

83 Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto (alojamento conjunto)?

Sim Não (Pq? _____) Não sabe informar

84 A criança apresentou alguma complicação nas primeiras 24 horas que precisasse ficar em uma unidade de observação ou para cuidados especiais? Não Sim (Local: _____) Não sabe informar

85 A criança nasceu com alguma malformação? Não Sim Não sabe informar

86 A criança sofreu algum traumatismo (trauma/lesão) de parto? Não Sim Não sabe informar

87 A criança precisou de algum aparelho para respirar nas primeiras 24 horas de vida?

Não Sim Não sabe informar

88 A criança precisou de alguma medicação nas primeiras 24 horas de vida?

Não Sim (Qual? _____) Não sabe informar

89 A criança precisou de fototerapia (receber luz) nas primeiras 24 horas? Não Sim Não sabe informar

90 A criança precisou permanecer em berço aquecido/incubadora nas primeiras 24 horas?

Não Sim Não sabe informar

91 A criança teve febre nas primeiras 24 horas? Não Sim Não sabe informar

92 A criança está se alimentando com:

leite materno leite doado leite artificial Misto (leite materno+artificial) Não sabe informar

93 A criança está se alimentando: direto no peito com copinho/colher/siringa com sonda Não sabe informar

Término da entrevista: _____ h _____ min

Muito obrigada pela participação!!! Sua contribuição foi muito importante!!!

Outra coisa muito importante é o seguimento da pesquisa. O hospital tem um serviço de acompanhamento da saúde infantil que conta com profissionais muito competentes. Vale a pena conhecer. Nossa próxima entrevista poderá acontecer lá. Podemos marcar para daqui a um mês? Nesta próxima consulta vamos avaliar a saúde do seu bebê investigando precocemente possíveis alterações.

DATA AGENDADA PARA CONSULTA DO RECEM NASCIDO

Data de nascimento: ____/____/____

Data Consulta: ____/____/____ **(DN + 30 dias = Data da consulta)**

Horário: () Manhã () Tarde

Local: () Puericultura do HULW

Obs: Se a criança não estiver de alta a avaliação será realizada no hospital

FICHA DE INTERNAÇÃO E PRONTUÁRIO

94 Data de Internação da Gestante: ____/____/2010 Hora: _____

95 Diagnóstico de internação: _____

96 Fazia uso de alguma medicação antes da internação na maternidade? () Não () Sim

Qual? _____

97 Fez uso de alguma medicação na maternidade? () Não () Sim

Qual? _____

98 Foi solicitado algum exame na maternidade: () Sim Qual? _____ () Não () Não sabe informar

DADOS DO NASCIMENTO

99 Raça/Cor da Mãe: () branca () preta () amarela () parda () indígena

100 Data de nascimento: ____/____/2010 Hora: _____

101 Sexo do RN: () Feminino () Masculino

102 Apresentação: () cefálica () de nádegas () de ombros

103 Amniorrexe prematura: () Não () Sim (Data: _____ Hora: _____)

104 Líquido Amniótico:

() Claro () Grumos () Meconial Fluido () Meconial Espesso () Fétido () Sanguinolento () Oligâminio () Polidrâmio

105 Placenta: () Normal () Volumosa () Pequena () Calcificada

106 Cordão umbilical: () 2 art. e 1 veia () curto () nó () circular

107 Apgar: 1' _____ 5' _____

108 Manobras de Reanimação: () AVAS () O² Inalatório () VPP+Máscara () VPP+TOT n° _____ () MCE

() Drogas _____

109 Peso ao nascer: _____ g 110 Estatura: _____ cm 111 PC: _____ cm 112 Capurro: _____

Exame Físico ao nascer

110 Estado Geral: () Bom () Regular () Grave () Gravíssimo 111 Sucção: () Ausente () Fraca () Presente

Gemência: () Não () Sim Batimento de Asa do nariz: () Não () Sim Retração Esternal: () Não () Sim

Retração Intercostal: () Não () Sim Retração subcostal: () Não () Sim Cianose Central: () Não () Sim

FR: _____ ipm Apnéia: () Não () Sim FC: _____ bpm () Sopros

Distensão abdominal: () Não () Sim Hepatomegalia: () Não () Sim Esplenomegalia: () Não () Sim

Má perfusão periférica: () Não () Sim Ânus: () não perfurado () perfurado Palidez: () Não () Sim

Icterícia: () Não () Sim Esclerema: () Não () Sim Pele moteada ou reticulada: () Não () Sim

Petéquias ou equimoses: () Não () Sim Sangramento digestivo: () Não () Sim Sangramento pulmonar: () Não () Sim

Hipotonia: () Não () Sim Hipoatividade: () Não () Sim Letargia: () Não () Sim Irritabilidade: () Não () Sim

Convulsões: () Não () Sim Espasmos: () Não () Sim Fontanela anterior abaulada: () Não () Sim

Ortolani: () negativo () positivo, lado _____ Tocoltraumatismo: () Não () Sim Malformações: () Não () Sim

Internação: () Alojamento Conjunto () Berçário () UTI neo

Cuidados Especiais: () Não () Sim Quais? _____

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2: **AVALIAÇÃO NEONATAL E INVESTIGAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE INFANTIL**

AVALIAÇÃO DO RECÉM NASCIDO

Data da coleta: ____/____/____

Horário de início da coleta: _____

Local/Setor: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

A) INFORMAÇÕES GERAIS

1 Nome da criança: _____

2 Informante (parentesco): _____

3: Município: _____

4 Telefone para contato: () _____

5 Data de nascimento: _____ 6. Idade da criança: _____ dias

7 A criança tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do cartório?

() Não () Sim

8 A criança tem Caderneta de Saúde/ (Cartão de Vacina)?

() Sim, está em mãos () Sim, mas não está em mãos () Não

B) HOSPITALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO NEONATAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

10 Quantos dias a mãe da criança ficou internada na maternidade após o parto? _____ dias Não sabe informar

11 Quantos dias a criança ficou na maternidade após o nascimento? _____ dias () Não sabe informar

() A criança ainda está hospitalizada (Setor: _____) (pule as questões de nº15 a 22)

12 A mãe recebeu alta e o bebê precisou ficar na maternidade? () Não () Não sabe

() Sim. Por que a criança não recebeu alta junto com a mãe? _____

13 Durante o período que esteve na maternidade a criança ficou na(o):

() Alojamento Conjunto(____ dias) () UTSI/Berçário(____ dias) () UTI Neonatal(____ dias) () Não sabe informar

14 Durante o tempo que esteve na maternidade a criança precisou de:

() Berço aquecido () Incubadora () Fototerapia () Oxigênio terapia () Monitor cardíaco () Medicamentos () Transfusão

() Reanimação cardiopulmonar () Cateterização venosa () Alimentação por sonda

() Outros cuidados _____

() Não precisou de nenhum cuidado especial, além dos de rotina da maternidade.

15 Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:

() Na primeira semana () Depois da primeira semana () Não recebeu orientação () Não sabe informar () Não se aplica

15 Após a alta hospitalar da criança, você buscou algum serviço de saúde para seu bebê?

() Sim () Não (pule para 17) () Não se aplica

16 Este serviço era:

() Unidade básica de saúde

() Ambulatório de especialidade

() Hospital Público/do SUS

() Consultório (Convênio/Plano de Saúde/Particular)

() Farmácia

() Outro. _____ () Não sabe informar () Não se aplica

17 Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?

() Sim () Não () Não se aplica

18 A sua família recebeu no domicílio visita de:

() Agente Comunitário de Saúde () médico () enfermeiro () não recebeu visita () Não se aplica

19 A criança foi avaliada por algum profissional de saúde depois que saiu da maternidade?

() Sim. Quem avaliou? _____ () Não () Não sabe informar () Não se aplica

20 A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?

() Não (pule para 23) () Não sabe informar () Não se aplica

() Sim. Motivo: _____

21 Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?

() Menos de 7 dias () Mais de 7 dias () Não sabe () Não se aplica

22 Quanto tempo a criança ficou internada? (____) dias () Não sabe informar () Não se aplica

C) CLASSIFICAÇÃO DO NEONATO SEGUNDO RISCOS

23 Na gestação de _____ a mãe do bebê:

() Fez pré natal completo () Fez pré natal incompleto () Não fez pré natal () Não sabe informar

24 A sua gestação, parto ou nascimento foi considerado de risco? () Sim () Não () Não sabe informar

25 A criança nasceu prematura (com menos de 37 semanas)? () Sim () Não () Não sabe informar

26 A criança nasceu com o peso abaixo de 2500g? () Sim () Não () Não sabe informar

- 27 A criança teve alguma infecção no primeiro mês de nascido? () Não () Sim () Não sabe
 28 A criança precisou ficar internada por conta de icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)?
 () Não () Sim () Não sabe
 29 A mãe tem suporte da família? () Não () Sim () Não sabe
 30 A mãe proveniente de área social de risco? () Não () Sim () Não sabe
 31 O chefe da família tem fonte de renda? () Não () Sim () Não sabe
 32 A família tem história de migração a menos de 2 anos? () Não () Sim () Não sabe
 33 A mãe tem história de problemas psiquiátricos ou depressão? () Não () Sim () Não sabe
 34 A mãe tem alguma deficiência que impossibilite o cuidado da criança? () Não () Sim () Não sabe
 35 A mãe tem alguma dependência química? () Não () Sim () Não sabe

- 36 Seu bebê é alérgico a alguma coisa? () Não () Sim. O quê? _____
 37 A criança precisou se submeter a alguma cirurgia? () Não () Sim. Motivo _____
 38 Seu bebê teve diarreia/desidratação neste primeiro mês? () Não () Sim
 39 Seu bebê nasceu com alguma malformação congênitas? () Não () Sim. Qual? _____
 40 Seu bebe sofreu algum acidente/intoxicação? () Não () Sim. Com o quê? _____
 41 A criança teve convulsões? () Não () Sim. Motivo: _____
 42 Quando a senhora sentiu os primeiros movimentos fetais? _____ meses () Não sabe
 43 O bebe se mexia muito dentro da sua barriga?
 () Sim, muito () Sim, pouco () Parou de mexer por algum tempo () Não mexia () Não lembra
 44 Em relação a quantidade de líquido amniótico, você tinha: () muito líquido () pouco líquido () normal () Não sabe
 45 A criança ficou ao seu lado na primeira hora de vida? () Sim () Não _____
 46 A criança chora: () muito () pouco () normal () muito pouco () quase não chora () Não sabe informar

47 CUIDADOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA

Quais as principais alterações/queixas, em relação à saúde, que você observou em seu bebê neste primeiro mês?

A senhora observou, no primeiro mês de vida, se a criança :

- Esteve muito molinha (movimentando-se menos que o normal)? () Sim () Não
 Esteve muito sonolenta/com dificuldade para acordar? () Sim () Não
 Teve convulsões/perda de consciência? () Sim () Não
 Teve dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida? () Sim () Não
 Consegue mamar? () Sim () Não
 Costuma vomitar o que ingere? () Sim () Não
 Umbigo apresenta vermelhidão ou com secreção malcheirosa: () Sim () Não
 Temperatura do corpo menor ou igual a 35,5°C? () Sim () Não
 Febre (T>ou= 37,8°C)? () Sim () Não
 Observou pus saindo da orelha? () Sim () Não
 Urina escura? () Sim () Não
 Fezes claras? () Sim () Não

D) DADOS DO CARTÃO DO RECEM NASCIDO E AVALIAÇÃO NEONATAL

48 Data de nascimento: ____/____/2010 49 Sexo: () Feminino () Masculino

50 Dados da Alta

Peso na alta: _____ gramas Não tem na Caderneta Não se aplica

Data da alta: ____/____/2010 Não tem na Caderneta Não se aplica

Alimentação na alta: Não tem na Caderneta () Não se aplica

() Leite materno () Leite materno e outro leite () outro leite _____

51 Grupo sanguíneo/Fator Rh (RN): _____ Não tem na Caderneta Grupo sanguíneo/Fator Rh (mãe): ____

D1) TRIAGEM NEONATAL

Sinal de Ortolani: () Negativo () Positivo

TESTE DO OLHINHO (reflexo vermelho): () Não () Sim. Normal () Sim. Alterado

Seu bebê fez o TESTE DO PEZINHO? Sim Não Não sabe informar Alterações? _____
 Qual a idade do bebê quando fez o teste do pezinho? ____ dias (Parâmetro: 3º e 7º dia de vida)

Seu bebê fez o TESTE DA ORELHINHA (pesquisa de emissões otoacústica)? Sim Não Não sabe informar
 Avaliar os indicadores de risco para surdez (Joint Committee on Infant Hearing, 1994)

- História familiar de deficiência auditiva
- Peso de nascimento inferior a 2500g
- Uso de medicações ototóxicas como aminoglicosídeos, diuréticos, etc.
- Meningite bacteriana
- Apgar 0 a 4 no 1º minuto e 0 a 6 no 5º minuto
- Hiperbilirrubinemia
- TORCHS, HIV, uso de drogas e álcool na gravidez
- Anomalias crânio-faciais

- Ventilação mecânica por mais de 5 dias
 Síndromes

D2) VACINAÇÃO ANTI-HEPATITE B

1ª dose (deve ser administrada na maternidade nas primeiras 12h de vida do RN)

Sim Idade: ____ dias Local: _____ Data: ____/____/2010

Não Motivo: _____

Teve reação? _____

2ª dose (30 dias após a 1ª dose)

Sim Idade: ____ dias Local: _____ Data: ____/____/2010

Não Motivo: _____

Teve reação? _____

4.2 BCG (ao nascer)

Sim Idade: ____ dias Local: _____ Data: ____/____/2010

Não Motivo: _____

Teve reação? _____

D3) CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Onde está sendo realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?

- () UBS () Puericultura do HULW () No hospital que a criança está internada (Hospital: _____)
 () Outro _____ () A criança não está sendo acompanhada () Não sabe informar

Crescimento (ver no cartão/prontuário da criança): Satisfatório Insatisfatório Não foi avaliado

Peso: Ao nascer: _____ g 15 dias: _____ g 30 dias: _____ g

(Parâmetros: 25-30g/dia ou 700g/mês)

Estatura: Ao nascer: _____ cm 15 dias: _____ cm 30 dias: _____ cm

(Parâmetros: 15 cm no 1º semestre)

Perímetro Cefálico: Ao nascer: _____ cm 15 dias: _____ cm 30 dias: _____ cm

(Parâmetros: No 1º trimestre 2cm/mês)

Desenvolvimento: Satisfatório Insatisfatório Não foi avaliado

Reflexos	Como pesquisar	Registro *
Sucção	Colocar a mão da criança na boca para tocar os lábios	() Presente () Ausente () Não verificado
Busca/Enraizamento	Exercitar bochecha/linha média dos lábios com o dedo do examinador	() Presente () Ausente () Não verificado
Moro	Estímulo sonoro ou visual brusco	() Presente () Ausente () Não verificado
Preensão dos dedos	Dedo do examinador na base dos dedos da mão e do pé	() Presente () Ausente () Não verificado
Preensão dos artelhos		() Presente () Ausente () Não verificado
Marcha reflexa	RN de pé, seguro pelas axilas e ligeiramente inclinado para frente (superfície firme)	() Presente () Ausente () Não verificado
Babinsk	Alise a ponta do pé ao longo da ponta externa (calcanhar aos dedos)	() Presente () Ausente () Não verificado
Galant/encurvamento	Alise as costas ao longo da coluna (cefalocaudal)	() Presente () Ausente () Não verificado
Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar	Registro *
Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.	() Marco presente () Marco ausente () Não verificado
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente	() Marco presente () Marco ausente () Não verificado
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial	() Marco presente () Marco ausente () Não verificado
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados	() Marco presente () Marco ausente () Não verificado

Estimulação

Você brinca com a criança? () Sim () Não () Não sabe

Para brincar com a criança você usa: () objetos coloridos () música () toques () voz (conversa) () rede () outros () não sabe

Costuma ficar com a criança no colo para: () brincar/conversar () dar de mamar () colocar para dormir () fica pouco tempo no braço () costuma ficar mais tempo no berço, cama, colchão () outros _____

A senhora costuma manter o contato visual (olhar) com seu bebê quando: () amamenta () conversa/brinca () não costuma manter o contato visual com ele(a). Motivo: _____ () Não sabe informar

ÚLTIMA CONSULTA DA CRIANÇA

Data: ____/____/2010 Profissional: _____

Orientações que recebeu na última consulta.**SONO E REPOUSO:** ()tranquilo ()agitado ()não sabe informar

Diurno:() dorme muito ()dorme pouco ()Não dorme

Noturno: () dorme muito ()dorme pouco ()Não dorme

Quando acorda tem dificuldade para dormir?()Não ()Sim

Qual a posição que a criança costuma dormir? _____

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA**Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu desde ontem de manhã até hoje de manhã. A criança recebeu:**

Leite de Peito? ()Sim ()Não

Água? ()Sim ()Não

Chá? ()Sim ()Não

Suco natural de frutas? ()Sim ()Não

Outro leite? ()Sim ()Não

Mingau com leite? ()Sim ()Não

Mingau sem leite? ()Sim ()Não

Outro alimento? ()Sim ()Não

Impressão nutricional: bom regular grave gravíssimo**ANTROPOMETRIA**

Peso ____ , ____ Kg ()deficiência física ()irrequieta/agitada ()Não mediu o peso

Comprimento ____ , ____ cm ()deficiência física ()irrequieta/agitada ()Não mediu o peso

Perímetro cefálico ____ , ____ cm ()deficiência física ()irrequieta/agitada ()Não mediu o peso

Perímetro torácico ____ , ____ cm ()deficiência física ()irrequieta/agitada ()Não mediu o peso

Perímetro abdominal ____ , ____ cm ()deficiência física ()irrequieta/agitada ()Não mediu o peso

EXAME FÍSICOEstado Geral:()bom ()regular ()grave ()gravíssimo **Postura:** ()normal ()ereta ()relaxada ()encolhida ()Outro
Coloração da pele (raça): ()Preta ()Parda ()Branca ()Indígena ()Asiática **Higiene:** ()presevada ()prejudicada**Pele e Anexos:****Coloração da pele:** ()normocorada ()palidez ()cianose ()icterícia ()marmórea/acinzentada ()hiperemia**Textura:** ()lisa ()macia ()rugosa ()áspera ()descamação **Hidratação:** ()hidratada ()desidratada**Umidade:** ()oleosa ()ressecada ()viscosa ()úmida ()sudorese **Turgor/Elasticidade:** ()preservados ()não preservados**Tecido Subcutâneo:** ()normal ()escasso ()excessivo **Mucosas:** ()coradas ()descoradas ()úmidas ()secas**Sensibilidade:** ()presente ()ausente ()indolor ()dolorida **Integridade:** ()íntegra ()lesões**Normais no RN:** ()Mancha mongólica ()mácula/cicatriz da BCG ()miliun sebáceo ()eritema tóxico**Alterações:** ()mácula ()manchas ()pápulas ()vesículas ()pústula ()bolhas ()nódulo ()tumor ()cisto ()marcas ()nevus ()equimose ()petéquias ()hematomas ()edema ()escama ()crosta ()úlceras ()cicatriz ()escoriações hemangiomas ()Outras _____**Pêlos/lanugem:** ()padrões normais ()distribuição anormal _____
()textura anormal _____ ()coloração/brilho anormal _____**Pescoço:** ()curto ()largo ()normal**Gânglios e Linfonodos:** ()não-palpáveis ()palpáveis. Localização: _____ Tamanho: _____ cm

Consistência: ()dura ()mole ()em flutuação Dor: ()indolor a palpação ()com dor a palpação

Cabeça

()formato normal ()deformidades ()integridade do couro cabeludo ()bossa serosanguinolenta ()cefalohematoma

Fontanelas: () palpáveis ()normotensas ()alterações _____Anterior: ____ cm Posterior: ____ cm **Suturas:** ()palpáveis ()não palpáveis **Face:** ()simétrica ()assimétrica**Olhos:** ()edema ()hemorragia conjuntivais ()secreções ()catarata ()reação a luz ()estrabismo ()nistagmo

()fenda palpebral oblíqua ()olhos afastados

Ovidos: ()tamanho anormal ()assimetria ()anomalia pavilhão auricular ()sinais de infecção **Acuidade auditiva(+/-):** _____**Boca:** ()placas esbranquiçadas ()aftas ()fenda palatina ()fissura labial ()macroglossia ()micrognatia/retrognatia**Nariz:** ()assimetria ()Batimentos das aletas nasais ()sondagem ()secreção ()epistaxe**Pescoço:** ()bócio ()fistulas ()cistos ()hematoma de esternocleidomastóideo ()mobilidade anormal ()tonicidade anormal

Tórax

Forma: ()circular ()peito de pombo ()peito em funil ()tórax em barril ()rosário raquítico

Mama: ()assimetria ()ingurgitamento mamário ()secreção ()glândula supranumerária

-Sistema respiratório:

Tipo de respiração: ()abdominal ()torácica com retração ()superficial ()assistida ()gemidos ()eupnéia ()dispnéia

Frequência cardíaca: _____ ()taquipnéia ()bradipnéia **Ausculta:** ()murmúrios vesiculares ()estertores

-Sistema Cardiovascular:

Batimentos cardíacos: _____bpm **Qualidade:**()nítidos e distintos ()abafados ()distantes **Ritmo:**()uniforme ()anormal

Frequência:()bradicardia ()taquicardia **Intensidade:**()fraco/fino ()forte/cheio **Bulhas cardíacas:** ()normal/2T ()anormal

Sopro:()presente ()ausente **Pulsos femurais:**()normal ()fraco **Enchimento capilar:**()normal ()lento **Cianose:**()Sim()Não

Abdome:

()globoso ()distensão abdominal ()abdome escavado ()alças intestinais visíveis ()hérnia ()visceromegalia

Cicatriz umbilical: ()secreção fétida ()edema () hiperemia ()hipertemia ()dor ()higiene prejudicada ()higiene preservada

Genitália:

Diurese: ()normopresentes ()com odor ()coloração escurecida ()dor ()frequência aumentada/diminuída ()sonda vesical

Higiene: ()preservada ()não preservada ()dermatites **Coloração:**()normal ()hiperemiada ()manchas/cicatrizes

-Masculina: ()Criptorquidia ()Hidrocele ()Fimose **Localização do meato urinário:** ()ventral/hipospádia ()dorsal/epis pádia

-Feminina: ()secreção esbranquiçada ()secreção hemorrágica ()hidrocolpos ()aderência dos pequenos lábios

()hipertrofia clitoriana ()imperfuração intróito vaginal/meato urinário **Gânglios inguinais:** ()palpáveis ()não palpáveis

Ânus e reto:

()fissuras ()prolapso retal ()imperfuração anal ()hemorroidas ()sinais de parasitose ()dermatite ()higiene não preservada

-Eliminações intestinais: ()normopresentes ()presentes diariamente.Freq.:____/dia ()presentes em dias alterados

()constipação. ____dias ()cor alterada () consistência endurecida ()consistência líquida ()odor forte ()raios de sangue

Extremidades

()polidactilia ()sindactilia ()malformações ungueais ()sinais de fraturas/lesões ()paralisias ()edema ()talas/imobilizações

()**Prega palmar única () 5º dedo da mão curto e recurvado**

Coluna vertebral

()alinhada ()com desvio lateral ()acentuação lombar ()acentuação da curva dorsal ()espinha bifida/mielomeningocele

Exame neurológico

()choroso ()irritado ()tranquilo **Nível de consciência:** ()alerta ()sonolento ()consciência diminuída () inconsciente

Atividade: ()hipoativa ()hiperativa ()normal **Atenção:** ()compatível a fase do desenvolvimento ()ausente ()diminuída

Interação com as pessoas e ambiente: ()normal ()pouca interação/confusa ()não interage

Resposta positiva: ()estímulo vocal ()barulho ()toque ()dor ()luz

Resposta negativa: ()estímulo vocal ()barulho ()toque ()dor ()luz

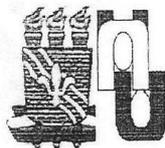
Movimentos: ()assimétricos ()tremores ()convulsões

AGRADECER A COLABORAÇÃO E SE DESPEDIR DA MÃE

Término: ___h___min

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa.



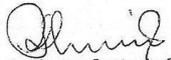
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 28/09/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE ESCOLA NA PARAÍBA. Protocolo CEP/HULW nº. 590-A/10, Folha de Rosto nº 373473, CAAE Nº 0465.0.126.0000-10, da pesquisadora ANA FLÁVIA GOMES DE BRITTO NEVES.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 28 de setembro de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com