

MARIA CÉLIA DA COSTA OLIVEIRA DELGADO

Follow up do RECÉM NASCIDO DE RISCO -
Fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor

UNIVERSIDADE GAMA FILHO-RJ
UNIVERSIDADE UNIMED
JUIZ DE FORA-MG
2004

MARIA CÉLIA DA COSTA OLIVEIRA DELGADO

FOLLOW UP DO RECÉM NASCIDO DE RISCO -
Fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor

Monografia,
Apresentada em cumprimento às exigências
para certificação do curso de Especialização
“LATO SENSU” Auditoria em Saúde da
Universidade Gama Filho em parceria com a
Universidade Unimed
Orientador: Professor Doutor Gilberto
Chaves

“O botão de rosa não é
menos flor do que a rosa
desabrochada”
Pedro de Alcântara

SUMÁRIO

Capa.....	01
Folha de Rosto.....	02
Epígrafe.....	03
Sumário.....	04
Resumo.....	05
Introdução.....	06
Material e Métodos.....	10
Resultados e Discussão.....	11
Conclusão.....	23
Referências Bibliográficas.....	27
Anexos	30

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de recém nascidos de risco atendidos no Serviço de *Follow up* de Recém Nascidos de Risco da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental do Município de Juiz de Fora-MG.

Método: Um estudo descritivo de demanda de 55 recém nascidos admitidos nos meses maio, junho e julho de 2004, no Serviço de *Follow up* de recém nascido de risco da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental do Município de Juiz de Fora-MG, quando foi aplicado um protocolo visando detectar fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, os dados colhidos foram processados e analisados estatisticamente utilizando o Programa de Epidemiologia e Estatística em Saúde Epi Info versão 3.2.2.

Resultados: Os dados obtidos dos 55 recém nascidos demonstraram ser um grupo de crianças com risco para atraso no desenvolvimento devido baixa condição socioeconômica, intercorrências materna na gestação, predomínio de prematuros (83%) e baixo peso (64,2%) e com história de morbidade neonatal importante.

Conclusão: O desenvolvimento neuropsicomotor é influenciado por vários fatores devendo todos que trabalham em prol das crianças ter uma conduta de vigilância dos fatores de risco para déficits, colaborando assim na formação de crianças saudáveis para responder às suas necessidades e às do seu meio.

Palavras Chaves: *Follow up*, Recém nascido de risco, desenvolvimento neuropsicomotor, prematuro, baixo peso ao nascer, vigilância

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da OMS (16), em tempos de paz, pelo menos 10% das crianças de qualquer país nascem ou adquirem impedimentos físicos, mentais ou sensoriais, que interferirão no seu desenvolvimento.

No Brasil, o censo de 2000 aponta para uma prevalência de cerca de 24,5 milhões de pessoas portadoras de deficiência (14,5% da população brasileira – IBGE, Censo Demográfico 2000), segundo o Ministério da Saúde (2), em 1991, apenas 2% destes indivíduos recebiam algum tipo de assistência pública ou privada.

A assistência em saúde e reabilitação desses indivíduos, ao longo dos anos, caracterizou-se pelo repasse de recursos financeiros para instituições filantrópicas, mantendo a atenção à deficiência no âmbito do assistencialismo e humanitarismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretaria da Assistência à Saúde,1993).

As crianças e adolescentes com alterações no seu desenvolvimento apresentam características diversas na necessidade de assistência, mas também estão sujeitas a todos os quadros infecciosos e problemas gerais, ditos próprios da infância e adolescência (MIRANDA, 2003).

Para o pediatra Marcondes & Cols (1991), o desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Segundo Lejarraga (2002), o desenvolvimento é a seqüência de mudanças na conduta sensorial e motora, na resposta afetiva, na inteligência, na linguagem e no aprendizado. Inicia no momento da concepção e vai até o fim da adolescência, sendo que o período mais importante compreende os cinco primeiros anos de vida.

O desenvolvimento é resultado de três fatores:

- o programa genético
- o meio ambiente
- a interação de ambos

A diminuição da mortalidade de recém-nascidos de alto risco devido aos avanços tecnológicos, farmacológicos e humanos, resultou em um nº aumentado de sobreviventes normais, mas também, resultou, algumas vezes, no aumento absoluto de crianças com seqüelas incapacitantes. Por isso é imperativo fornecer um mecanismo para assegurar o cuidado continuado e a avaliação dos sobreviventes de alto risco (FITZHARDINGE & PAPE ,1984).

O controle de qualidade do berçário de cuidado intensivo, além dos coeficientes de mortalidade perinatal e neonatal, deve monitorizar a qualidade dos sobreviventes. Excelentes taxas de sobrevivência não significa elevada proporção de sobreviventes normais. O cuidado progressivo primário e/ou secundário para os recém-nascido alto risco após a alta, especialmente os de muito baixo peso ao nascer, exigem supervisão médica cuidadosa e exigem com frequência investigação ou tratamento especializado (FITZHARDINGE & PAPE ,1984).

Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: (HALPERN, 2000 & MIRANDA, 2003)

- a) Fatores socioeconômicos:
Renda familiar
Escolaridade dos pais
- b) Fatores reprodutivos:
Idade materna
Intervalo interpartal

Paridade

Assistência pré-natal: Hipertensão, anemia, Diabetes

Cardiopatia materna...

Infecções congênicas e adquiridas

Incompatibilidade RH

c) Fatores ambientais/sociais:

Moradia

Saneamento

Aglomerado / Acidentes / Violência

Estado civil da mãe

Cor da mãe

Fumo e/ou álcool e/ou drogas durante a gestação

Apoio durante a gestação

d) Condições ao nascer:

Idade gestacional

Peso ao nascer e PC (perímetro cefálico)

Retardo do crescimento intra-uterino

Morbidade neonatal : Hipóxia neonatal

Hiperbilirrubinemia

Distúrbios metabólicos graves

Hemorragia Intracraniana

Convulsão no período neonatal

Infecções

Anemia grave

e) Atenção à criança:

Aleitamento materno

Imunizações

Cuidados materno/paterno

Trabalho materno (creche)

f) Nutrição:

Estado nutricional aos 6 meses (índices P/I, A/I e P/A) *

g) Morbidade:

Meningites, encefalites ou outras infecções graves

Internação hospitalar no 1º ano de vida.

h) Desordens médicas definidas:

Síndromes genéticas-cromossômicas (Sínd. de Down...)

Erros inatos do metabolismo

Malformações Congênicas

* P/I = peso/idade; A/I = altura/idade; P/A = peso/altura

O *Follow up* de Recém-nascido de Risco tem como objetivo identificar os recém nascidos com fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento, acompanhar os recém nascidos para detecção e intervenção profilática e/ou terapêutica o mais precoce possível, verificar os resultados a longo prazo dos cuidados intensivos neonatais e dar suporte a família num período tão delicado, esclarecendo, apoiando e facilitando vínculos (PENALVA, 1995).

Alterações graves do desenvolvimento de uma criança, são mais precocemente identificadas pelo pediatra, assim como o comprometimento motor é mais percebido do que alterações de linguagem e cognitivas, comumente diagnosticadas somente após três ou quatro anos de idade, o que retarda o tratamento e possibilidade de reabilitação. O momento em que a família entra no consultório com a criança, inicia a avaliação do desenvolvimento com a observação do vínculo estabelecido entre a criança e sua mãe ou cuidadora. (MIRANDA, 2003).

MATERIAIS E MÉTODO

O método utilizado foi um Estudo Descritivo de Demanda dos recém nascidos ingressos no Serviço de *Follow up* de Recém Nascido de Risco do Instituto da Criança e do Adolescente pertencente a Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental do Município de Juiz de Fora-MG, no período de maio/junho/julho de 2004, aplicando o protocolo em anexo, formado de questões objetivas sobre identificação materna e do recém nascido, procedência, informações socioeconômicas, informações do pré-natal, parto, pós parto e morbidade neonatal, que indicavam a presença ou não de fatores de risco para caracterizar as crianças com aumento de probabilidade de apresentar déficits no desenvolvimento neuropsicomotor.

A amostra consiste de 55 recém-nascidos admitidos naquele período no serviço, cujos protocolos foram preenchidos com informações dadas pelas mães, cartão da gestante e provenientes dos sumários de alta hospitalar do recém nascido.

Os dados colhidos foram processados e analisados estatisticamente utilizando o Programa de Epidemiologia e Estatística em Saúde Epi Info versão 3.2.2.

No preenchimento do protocolo faltou 25 (45,5 %) informações sobre o comprimento ao nascer, 15 (27,3 %) sobre o Apgar no 1 e 5 minuto, 6 gestantes (10,9 %) não fizeram pesquisa para HIV as demais todas com teste negativo (89,1%), um recém nascido (1,8 %) sem informação do peso ao nascer e um recém nascido(1,8 %) com sumário de alta incompleto. Com isto, não participou da análise o comprimento ao nascer dos recém nascidos e nem o Apgar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra estudada, os recém nascidos em sua maioria eram procedentes de Juiz de Fora - MG (53 recém nascidos – 96,4%).

Com relação a idade materna durante gestação e parto, a tabela 1 apresenta um maior número de mães na faixa etária de 19 a 35 anos (42 mães – 76,4%), encontramos 8 mães (14,6%) com idade maior de 35 anos e 5 mães adolescentes (9%).

Tabela 1 : Idade Materna ao parto

Idade Materna ao parto		
Adolescente	5	9,0%
19 a 35 anos	42	76,4%
mais de 35 anos	8	14,6%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo

Com relação a assistência pré-natal, 54 mães (98,2%) fizeram pré-natal apenas uma mãe (1,8%) não o fez, na tabela 2 evidencia a predominância de (+) 5 consultas (37 mães – 68,5%) durante o pré-natal.

Tabela 2: Número de consultas de pré-natal

Número de consultas de pré-natal		
< 5 consultas	17	31,5%
= ou > 5 consultas	37	68,5%
Total	54	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo e cartão da gestante

Na tabela 3 apresenta as intercorrências maternas durante a gestação, onde apenas 8 mães (14,5%) não apresentaram intercorrências. Observa-se maior incidência isolada ou associada de anemia, infecção do trato urinário (ITU) e hipertensão arterial.

Tabela 3 : Intercorrências Maternas na gestação

Intercorrências Maternas na gestação		
Ameaça de parto prematuro	2	3,6%
Amniorrexe prematura	4	7,3%
Anemia	7	12,7%
Anemia/pneumonia	1	1,8%
Depressão/ITU/sangramento e perda líquido 6º mês	1	1,8%
Dor abdominal/amniorrexe Prematura	1	1,8%
Dor abdominal/azia	1	1,8%
Hiperemese gravídica/varizes	1	1,8%
Hipertensão arterial	3	5,5%
Hipertensão arterial/anemia/ITU	2	3,6%
Hipertensão arterial/anemia	1	1,8%
Hipoglicemia	1	1,8%
Hipotensão arterial/tonteira	2	3,6%
ITU	3	5,4%
ITU/anemia	6	10,8%
ITU/amniorrexe prematura	1	1,8%
ITU/contrações prematuras	1	1,8%
ITU/hipertensão arterial/edema	1	1,8%
Nenhuma	8	14,4%
Pré-eclâmpsia	4	7,2%
Sangramento início gestação	2	3,6%
Trabalho de parto prematuro	1	1,8%
VDRL positivo	1	1,8%
Total	55	100,0%

Fonte: Informação materna do protocolo e Cartão da gestante.

A pré-eclâmpsia e eclâmpsia constituem risco para o nascimento do recém nascido de baixo peso (RAMOS,1986). O Quadro 1 a seguir, resume os fatores maternos mais freqüentemente associados ao Baixo Peso ao nascer, um ou mais desses fatores fica provável que a origem seja placentária ou materna, deve-se excluir infecções congênitas e no caso de mães com mais de 35 anos deve se considerar a probabilidade de anomalias cromossômicas (OH & COUNSTAN, 1984).

Quadro 1 :

Fatores maternos associados a Baixo peso ao nascer

1. Nascimento anterior de criança com baixo peso
 2. Falecimentos perinatais anteriores
 3. Desnutrição, com ou sem anemia
 4. Abuso de fumo
 5. Abuso de álcool ou drogas
 6. Doença vascular hipertensiva
 7. Pré-eclâmpsia e eclampsia
 8. Perdas vaginais freqüentes durante o primeiro trimestre gestação
-

Fonte: Anais Nestlé vol40 n°2, agosto/1984; p22.

Na tabela 4 apresenta a distribuição quanto a procedência das maternidades do município de Juiz de Fora - MG.

Tabela 4: Maternidade

Maternidade		
Albert Sabin	2	3,6%
Casa do Parto	1	1,8%
HTO	13	23,6%
Santa Casa	21	38,2%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo e sumário de alta do recém nascido

Na tabela 5 apresenta os dados relativos ao tipo de parto, evidenciando o predomínio discreto do parto vaginal (31 partos – 56,4%) comparado com parto cesáreo (22 partos – 40,0%), nasceram 6 recém nascidos gemelares (10,9% dos 55) de dois partos vaginais e um cesáreo.

Tabela 5: Tipo de parto

Tipo de Parto		
Cesáreo	22	40,0%
Fórceps	2	3,6%
Vaginal	31	56,4%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo e sumário de alta do Recém nascido

Os dados seguintes apresentam um panorama dos fatores socioeconômicos, a tabela 6 refere a escolaridade materna, a tabela 7 refere a renda familiar e a tabela 8 refere ao número de irmãos (paridade materna).

Tabela 6: Escolaridade Materna

Escolaridade Materna		
Analfabeta	0	0,0%
I grau incompleto	33	60,0%
I grau completo	2	3,6%
II grau incompleto	9	16,4%
II grau completo	11	20,0%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo

Tabela 7: Renda Familiar

Desempregado ou Renda Familiar menor ou igual 2 salários mínimo

sim	41	74,4%
não	14	25,5%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo

Tabela 8: Paridade Materna

Recém nascido com 4 ou mais irmãos

sim	7	12,7%
não	48	87,3%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo

Segundo Halpern & cols (2000), que analisou a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses nas crianças nascidas em Pelotas,RS, em 1993, e seus possíveis determinantes verificou que as crianças de família de menor renda mostraram 50% de probabilidade de apresentar suspeita de atraso em seu desenvolvimento, provavelmente as crianças mais ricas recebem uma maior estimulação e variadas oportunidades no primeiro ano de vida. Este risco também aumenta conforme diminui a escolaridade materna, mães analfabetas apresentaram uma chance 2,2 vezes maior de gerarem um filho com suspeita de atraso. E crianças com mais de quatro irmãos tiveram 90% de chance de apresentar suspeita de atraso, em geral, há menor estímulo para que possam explorar seu potencial de desenvolvimento, provavelmente associado à menor disponibilidade materna para oferecer atenção à criança.

Em relação às características do recém nascido, na tabela 9 apresenta a distribuição quanto ao sexo, sendo 23 femininos (41,8%) e 32 masculinos (58,2%), os meninos parecem ser mais gravemente afetados do que as meninas com relação ao baixo peso ao nascer, e as diferenças subsistem mesmo quando é levado em conta o nível social.(WALLIS & HARVEY, 1984)

Tabela 9: Distribuição quanto ao sexo

Distribuição quanto ao sexo		
feminino	23	41,8%
masculino	32	58,2%
Total	55	100,0%

Fonte: informação do protocolo

Na tabela 10 relaciona peso do nascimento com idade gestacional onde peso do nascimento < 1500g significa recém nascido de muito baixo peso, < 2500g é baixo peso, < 3000g é peso insuficiente e peso = ou > 3000g é favorável (PUFFER & SERRANO,1987), quanto a idade gestacional, prematuro são aqueles recém nascidos com menor ou igual 37 semanas, recém nascido a termo são aqueles com 38 a 42 semanas e pós termo maior 42 semanas (LUBCHENCO, 1984).

Tabela 10: Relação idade gestacional e peso ao nascer

Idade gestacional	Adequado	Baixo peso	Insuficiente	Muito baixo peso	Total
Prematuro	2 (3,6%)	26 (49,1%)	8 (15,1%)	8 (15,1%)	44 (83%)
Recém nascido à termo	7 (13,4%)	0 (0,0%)	2 (3,6%)	0 (0,0%)	9 (17%)
Total	9 (17%)	26 (49,1%)	10 (18,7%)	8 (15,1%)	53 (100,0%)*

Fonte: Sumário alta hospitalar do Recém nascido

*observação: Totalizaram 53 crianças porque uma não havia o peso ao nascer e outra sem informações no sumário de alta.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (Brasil 2000) a frequência dos recém nascidos de baixo peso é estimada entre 10 a 15% de todas as gestações, em Juiz de Fora no ano de 2003 o Índice de baixo peso foi de 12,7% (SINASC-Departamento de

Epidemiologia da Gerência de Promoção da Vida da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora-MG). A associação entre peso ao nascer, idade gestacional e suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor confirmam a importância dessas variáveis, a combinação do peso de nascimento e idade gestacional permite uma avaliação antecipada da morbidade neonatal e conseqüente programação de cuidados, representada pelo tempo de permanência em berçário e UTI.

A tabela 11 apresenta o tipo de alimentação do recém nascido, segundo Halpern & cols (2000), o tempo de amamentação contribui significativamente para explicar teste suspeitos de déficits no desenvolvimento, houve um risco 2,5 vezes maior de encontrar teste suspeito entre os filhos não amamentados pela mãe, seguidos por aqueles amamentados até 3 meses, com um risco quase duas vezes maior, comparados com os que receberam leite materno por mais de 6 meses.

Tabela 11: Alimentação da criança

Alimentação da criança		
natural	25	45,5%
mista	23	41,8%
artificial	7	12,7%
Total	55	100,0%

Fonte: informação materna do protocolo

Em relação à idade gestacional, segundo Bataglia & Lubchenco, descrito por Ramos & Leon (1986) consideram que o grupo de crianças nascidas entre 37 e 38 semanas estão potencialmente sujeitas a problemas neonatais. Segundo Usher (1984), crianças que nascem nessas condições de prematuridade estão sujeitas a várias doenças que complicam seu período neonatal, por exemplo: excessiva icterícia, dificuldade

respiratória, infecções, doenças metabólicas, danos cerebrais e prejuízo neurológico ou neurosensorial. Por isso, recém nascidos extremamente pré-termo e baixo peso (<2500g e menos 37 semanas) são considerados de alto risco para desenvolver problemas de desenvolvimento (CARVALHO,2001). Segundo Novello & cols (1992), as crianças de baixo peso ao nascimento têm de sete a dez vezes mais riscos comparando com as de peso adequado a desenvolver paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental. Também, apresentam de duas a três vezes maior probabilidade de baixo desempenho escolar e risco de doenças crônicas. Quando o baixo peso for acompanhado de condições socioeconômicas desfavoráveis, foi observado um aumento considerável da condição de risco (CARVALHO,2001). Segundo Halpern & cols (2000), as crianças com menor peso de nascimento tiveram quatro vezes mais chance de apresentar problemas no desenvolvimento, da mesma forma, as crianças com menor tempo de gestação tiveram 60% mais chance de apresentar problemas.

Na tabela12 apresenta a frequência das morbidades ocorridas no período neonatal do grupo estudado distribuídas com “sim” o nº de casos que apresentaram e “não” os casos que não apresentaram totalizando 54 crianças. Observamos que, distúrbio respiratório e infecção foram os mais prevalentes, seguido de hiperbilirrubinemia e hipóxia.

Tabela 12: Freqüência das morbidades no período neonatal

Freqüência das morbidades no período neonatal			
Morbidade Neonatal	sim	não	Total
Anemia	2 (3,7%)	52 (96,3%)	54 (100%)
Convulsão	2 (3,7%)	52 (96,3%)	54 (100%)
Distúrbio Metabólico	2 (3,7%)	52 (96,3%)	54 (100%)
Distúrbio Respiratório	36 (66,7%)	18 (33,3%)	54 (100%)
Hiperbilirrubinemia	21 (38,9%)	33 (61,1%)	54 (100%)
Hipertensão Intracraniana	1 (1,9%)	53 (98,1%)	54 (100%)
Hipóxia	11 (20,4%)	43 (79,6%)	54 (100%)
Infecção	36 (66,7%)	18 (33,3%)	54 (100%)

Fonte: sumário alta hospitalar do recém nascido

*totalizou 54 recém nascidos por falta de informações em um sumário de alta

Na tabela 13, relacionando com o peso ao nascer por ser uma variável importante na morbidade neonatal num grupo onde 83% foram recém nascidos prematuros, lembrando que apenas não obtivemos informação sobre um recém nascido.

Tabela 13: Relaciona as morbidades com o peso ao nascer

Morbidade Neonatal X Peso ao Nascer				
Morbidade Neonatal	Adequado	Baixo Peso	Insuficiente	Muito baixo peso
Anemia	1 (1,9%)	0	0	1 (1,9%)
Convulsão	0	0	1 (1,9%)	1 (1,9%)
Distúrbio Metabólico	0	0	2 (3,7%)	0
Distúrbio Respiratório	6 (11,1%)	16 (29,6%)	5 (9,2%)	9 (16,6%)
Hiperbilirrubinemia	5 (9,2%)	11 (20,4%)	2 (3,7%)	3 (5,5%)
Hipertensão Intracraniana	0	0	0	1 (1,9%)
Hipóxia	3 (5,5%)	3 (5,5%)	2 (3,7%)	3 (5,5%)
Infecção	6 (11,1%)	16 (29,6%)	5 (9,2%)	9 (16,6%)

Fonte: sumário de alta hospitalar do recém nascido

Foi necessário reanimação na sala de parto em 11 recém nascidos (20%), na tabela 14 relaciona com o peso ao nascer, onde predomina os recém nascidos com peso

abaixo de 2500g, assim como no grupo estudado os que necessitaram de ventilação mecânica, sendo 4 recém nascidos (7,4%), dois de muito baixo peso e dois de baixo peso. Apresentou apenas dois casos de Mal Formação Congênita, onde um de peso adequado e outro de baixo peso.

Tabela 14: Relação entre Reanimação na sala de parto com peso ao nascer

Peso ao nascer	Reanimação na sala de parto
Adequado	3 (27,2%)
Baixo Peso	4 (36,4%)
Insuficiente	0
Muito Baixo Peso	4 (36,4%)
Total	11 (100%)

Fonte: sumário de alta do recém nascido

Na tabela 15 relaciona o peso ao nascer com distúrbio respiratório acompanhado de infecção, demonstrando grande associação destas morbidades.

Tabela 15: Frequência de Infecção nos Distúrbios Respiratórios

Frequência de Infecção nos Distúrbios Respiratórios			
Peso ao nascer	Com infecção	Sem infecção	Total
Adequado	5 (83,3%)	1 (16,7%)	6 (100%)
Baixo peso	13 (81,3%)	3 (18,7%)	16 (100%)
Insuficiente	5 (100%)	0	5 (100%)
Muito baixo peso	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Total	31 (86,1%)	5 (13,9%)	36 (100%)

Fonte: sumário de alta do recém nascido

As tabelas 16 e 17 apresentam relação entre o peso ao nascer e o tempo de permanência em berçário e UTI neonatal, respectivamente, evidenciando a relação direta entre o baixo peso ao nascer com o tempo de permanência tanto no berçário com na UTI.

Tabela 16: Relação do peso ao nascer com o tempo de permanência do recém nascido no berçário em dias.

Tempo de permanência do recém nascido no berçário					
Peso ao nascer	0 dias	1 a 10 dias	11 a 30 dias	+ 30 dias	Total
Adequado	1 (11,1%)	6 (66,7%)	2 (22,2%)	0	9 (100%)
Baixo peso	4 (15,4%)	4 (15,4%)	18 (69,2%)	0	26 (100%)
Insuficiente	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	0	10 (100%)
Muito baixo peso	0	1 (11,2%)	3 (33,3%)	5 (55,5%)	9 (100%)
Total	8	16	25	5	54*

Fonte: sumário de alta hospitalar do recém nascido

*Totalizou 54 crianças devido desconhecer o peso de uma do grupo.

Tabela 17: Relação do peso ao nascer com o tempo de permanência do recém nascido em Unidade de terapia intensiva (em dias)

Tempo de permanência em Unidade de Terapia Intensiva				
Peso ao nascer	0 dias	1 a 10 dias	+ 11 dias	Total
Adequado	9 (100%)	0	0	9 (100%)
Baixo peso	24 (92,3%)	2 (7,7%)	0	26 (100%)
Insuficiente	10 (100%)	0	0	10 (100%)
Muito baixo peso	4 (44,4%)	2 (22,2%)	3 (33,4%)	9 (100%)
Total	47	4	3	54*

Fonte: sumário de alta do recém nascido

*Totalizou 54 crianças devido desconhecer o peso de uma do grupo.

A tabela 18 apresenta o intervalo de tempo entre a alta e a primeira consulta no serviço de *follow up* de recém nascido de risco, pois, os fatores de risco encontrados estão associados à morbidade futura, justificando a necessidade de um acompanhamento precoce e adequado a estas crianças.(HORWOOD, 1998)

Tabela 18: Intervalo de tempo entre a alta e a 1ª consulta no Serviço de *Follow up* de Recém nascido de Risco

Tempo em dias entre a alta hospitalar e 1ª consulta de controle		
1 a 10 dias	25 crianças	45,5%
11 a 30 dias	18 crianças	32,7%
+ 30 dias	12 crianças	21,8%
Total	55 crianças	100,0%

Fonte: informações do protocolo e sumário de alta hospitalar do recém nascido

CONCLUSÃO

No grupo estudado, analisando os resultados podemos concluir que ele é um grupo de crianças com probabilidade de apresentar déficits no desenvolvimento neuropsicomotor, diante da presença de muitos fatores de risco, segundo Halpern (2000), exigindo supervisão médica cuidadosa com investigações freqüentes e tratamento especializado se necessário.

Na análise dos fatores socioeconômicos, encontramos a presença de 74,4% de renda familiar abaixo ou igual a 2 salários mínimos e a escolaridade materna com o predomínio de 60% de I grau incompleto. Um ambiente familiar adequado pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal e, em contrapartida, um ambiente familiar inadequado pode intensificar o risco. A condição de pobreza aparece associada a um prognóstico desfavorável no funcionamento global da criança pré- termo (CARVALHO, 2001). Mães de crianças pré-termo com baixo nível educacional relataram maior índice de problemas de comportamento em suas crianças se comparadas com mães de crianças controle (BROOKS-GUNN & cols, 1993; LAUCHT, 1997).

Com relação aos fatores reprodutivos, a idade materna foi de 76,4% na faixa de 19 a 35 anos a qual gera baixo risco de doenças genéticas, a assistência de pré-natal foi favorável, atingindo 98,2% das gestantes com predomínio de 68,5% com mais de 5 consultas, mas, as intercorrências maternas foram elevadas chegando a 85,5% destacando anemia, infecção urinária, hipertensão arterial gestacional e pré-eclâmpsia associadas ou isoladas.

As condições ao nascer, verificou-se que 83% dos partos foram prematuros e 64,2% de baixo peso (inferior a 2500 g), gerando uma morbidade neonatal com 66,7% de distúrbios respiratórios, 66,7% de infecção, 38,9% de hiperbilirrubinemia, 20,4% de

hipóxia, 20% de necessidade de reanimação na sala de parto e ventilação mecânica em 7,4%, que refletiu em períodos de internamento em berçário e unidade de tratamento intensivo prolongados, predominantemente nos recém nascidos de baixo peso.

Com relação a atenção a criança, obtivemos 45,5% de aleitamento materno exclusivo, 41,8% de alimentação mista, e sabemos como o leite materno é importante para o desenvolvimento neuropsicomotor, pois, as crianças que nunca amamentaram no peito apresentaram, segundo Halpern (2000), um risco de 88% maior de déficits do que as que amamentaram mais de 6 meses, além das vantagens nutricionais, psicológicas e de proteção contra infecções, existem evidências de que gera melhor desempenho no seu desenvolvimento cognitivo futuro.

O intervalo em dias entre a alta hospitalar e o início do controle no serviço de *follow up* de recém nascido de risco foi de 45,5% menos de 10 dias e 32,7% entre 10 e 30 dias, é importante reforçar que ao lado das complicações médicas derivadas da prematuridade e situações sociais desfavoráveis, o tipo de atendimento médico recebido determinam o prognóstico em relação ao seu desenvolvimento, logo, diante de crianças com fatores de risco para suspeita de déficits futuros justifica um acompanhamento precoce e adequado (HALPERN, 2000).

Diante destes resultados, deve-se ter uma conduta de vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor, quando é feito o monitoramento dos diferentes comportamentos alcançados em cada consulta de controle com o objetivo de identificar possíveis retardos, sua interpretação clínica e implementação de intervenção. A detecção precoce de problemas no desenvolvimento é importante porque permite ação oportuna com conseqüente melhor evolução a longo prazo (LEJARRAGA, 2002).

Segundo Lejarraga (2002), deve-se fazer uma distinção entre os resultados de uma pesquisa e os resultados de um diagnóstico, onde a pesquisa é a detecção numa população supostamente normal de crianças potencialmente doentes, selecionando os indivíduos suspeitos, os quais devem ser submetidos à provas de diagnóstico para confirmar ou afastar esta suspeita. O diagnóstico é a identificação da doença com o objetivo de efetuar o tratamento. Assim, os fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor tem importante papel na pesquisa.

Concluindo, o desenvolvimento neuropsicomotor não é apenas uma esfera do conhecimento, mas um compromisso de todos que trabalham em prol das crianças, é uma tarefa difícil devido à grande maleabilidade do desenvolvimento da criança, fazendo necessário avaliações repetidas, principalmente nos primeiros anos de vida, quando este é dinâmico e o impacto do atraso é mais importante. A evolução nos cuidados com os recém nascidos de risco não devem ter como único objetivo a diminuição da mortalidade, mas, também buscar a diminuição da morbidade com alternativas para implementar intervenções precoce de baixo custo e de abordagem comunitária envolvendo as crianças com risco de atraso. Em muitos casos, segundo Fitzhardinge & Pape (1984), o cuidado primário pode ser melhor fornecido pelo pediatra ou médico de família próximo de sua residência, com consultas periódicas no serviço de *Follow up* de recém nascido de risco. Este serviço pode dedicar seus esforços para áreas problemas nas quais possuem perícias especiais e assim terá tempo para estender o serviço para um maior número de crianças de risco. O reconhecimento do papel importante dos médicos primários gera uma comunicação progressiva entre a equipe do serviço e a unidade básica, ajudando a enfatizar a importância do crescimento e desenvolvimento em geral e a disseminar informações atualizadas sobre os problemas

particulares encontrados durante os primeiros anos de vida de um recém nascido de risco. Assim, um cuidado melhor para mais pacientes e menos pacientes perdidos no seguimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de Alto Risco. Manual técnico 3ª ed. Brasília, Ministério da Saúde-2000.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria da Assistência à Saúde – Coordenação de Atenção a Grupos Especiais – Atenção à Pessoa portadora de Deficiência no Sistema de Saúde: Planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993; p48
- 3) BROOKS-GUNN, J., KLEBANOV, P.K, LIAW, F. & Spiker,D. (1993). Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development*, 64, 1993; 736-753
- 4) CARVALHO, A.E.V., LINHARES M.B.M.& Martinez, F.E. (2001). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2001,14(1); pp1-33.
- 5) FITZHARDINGE P. & Pape K.E. , Estudos de Seguimento do recém nascido de Alto Risco. *Neonatologia*, Gordon B. Avery, segunda edição Medsi, 1984; pp357-373
- 6) HALPERN R., GIUGLIANI E., VICTORA C., BARROS F. & HORTA B. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, *Jornal de Pediatria* Vol76 nº6 Nov/Dez 2000; p421
- 7) HORWOOD LJ, MOGRIDGE N & DARLOW BA. Cognitive, educational and behavioural outcomes at 7 to 8 years in a national very low birthweight cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 1998; 79: F12-20.
- 8) IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. Censo demográfico 2000, Rio de Janeiro.

- 9) LEJARRAGA, H. (Argentina). O fascinante processo de desenvolvimento psicomotor da criança, O Berço nº13- Nestlé Nutrition, dez/2002
- 10) LUBCHENCO, L.O.(1984). Determinação do peso e idade gestacional. Em G.Avery (Org.),Neonatologia (pp.207-227). (S.Schavartsman, trad.). Rio de Janeiro: Médica e Científica (Original publicado em 1981)
- 11) MACHADO, D. Ação Psicoprofilática do Pediatra, Sarvier-SP,1979
Monografias Médicas: série pediátrica
- 12) MARCONDES, E . Pediatría Básica, 8º edição, 1991 Sarvier-SP vol.1 - 1ª parte
- 13) MIRANDA, L.P., RESEGUE, R. & FIGUEIRAS, A . C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria, Jornal de Pediatria SuplementoI/S33 Vol.79 maio 2003.
- 14) NOVELLO, A., DEGRAW, C. & KLEINMAN, D. (1992). Healthy children ready to learn: An essential collaboration between health and education. Public Health Reports, 107, 3-10.
- 15) OH, W. & COUNSTAN, D. (1984).Diagnóstico e tratamento perinatal dos retardos do crescimento infra-uterino. Anais Nestlé vol.40 nº2 agosto/1984; p 22
- 16) OMS – Organização Mundial da Saúde – Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência – Resolução 37/52 de 03 de dezembro de 1982 – Assembléia Geral das Nações Unidas.
- 17)PENALVA, O . Novo Manual de Follow up do Recém nascido de Alto Risco,
Sociedade de pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ) biênio 95/96.
- 18) PUFFER, RR & SERRANO, CV. Patterns of birthweights. Washington (DC): Pan American Health Organization, 1987. (PAHO-Scientific Publication, 504).

- 19) RAMOS, JLA & LEONE, CR. O recém nascido de baixo Peso. Monografias Médicas, série “pediatria” vol XXVII São Paulo Sarvier, 1986.
- 20) USHER, R.H.(1984). Os problemas especiais do premature. Em G.Avery (Org.),Neonatologia (pp.236-266). (S.Schavartsman, trad.). Rio de Janeiro: Médica e Científica (Original publicado em 1981)
- 21) WALLIS, S. & HARVEY, D. (1984). As conseqüências de um retardo do crescimento intra-uterino. Anais Nestlé vol.40 n°2 agosto/1984; p 44 .

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DOS FATORES DE RISCO PARA SUSPEITA DE
ATRASSO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:

-

Follow up do Recém Nascido de Risco

Nome da mãe: idade:

Endereço: tel:

Bairro: Referência:

Cidade: UF:

Pré-natal: () sim () não

Local: nº consultas:

Mãe HIV positiva () sim () não

Intercorrências:

Maternidade:

Parto: () vaginal () cesáreo () fórceps

Fatores socioeconômicos:

Chefe de família desempregado ou com renda

familiar \leq 2 salários mínimo () sim () não

Escolaridade da mãe () analfabeta

() I grau incompleto () I grau completo

() II grau incompleto () II grau completo

Nº de irmãos - 4 ou + () sim () não

Nome do Recém nascido: _____ prontuário: _____

Condições ao nascer:

Idade gestacional: _____ semanas Apgar: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: ()M ()F

Peso ao Nascer: _____ g/Comprimento ao Nascer: _____ cm

Reanimação Sala de Parto () sim () não

Gemelar () sim () não

Mal formação congênita () sim () não

Síndromes Genéticas () sim () não

Internamento: Berçário _____ dias UTI _____ dias

() Hipóxia () Infecção () Convulsão () Hiperbilirrubinemia () Hipertensão

Intracraniana () Distúrbio Metabólico () Distúrbio Respiratório () Ventilação

Mecânica

() Anemia Alimentação () natural () artificial () mista

DATA DA ALTA: ____ / ____ / ____

DATA 1ª CONSULTA: ____ / ____ / ____ LOCAL: _____ DR(a): _____

Responsável: _____

ANEXO 2

SINAIS DE ATRASO EVOLUTIVO

Aos 3 meses: falta de fixação ocular

ausência de sorriso social

presença do reflexo de extensão cruzada

Aos 6 meses: bamboleio da cabeça quando a criança está sentada

presença do reflexo tônico cervical assimétrico

ausência de brinquito com as próprias mãos

(olhando-as, levando-as à boca, apalpando uma com a outra)

Aos 9 meses: ausência de permanência em posição sentada

ausência de sons labiais (ma-ma, pa-pa)

ausência de interesse por migalhas de comida e pela colher

Aos 12 meses: ausência de deslocamento horizontal

(qualquer engatinhado)

ausência de qualquer compreensão da linguagem falada

ausência de manipulação em pinça (polegar e índice)

Aos 18 meses: ausência de deslocamento vertical

(qualquer marcha)

ausência de uso de vocábulos

falta de compreensão de uma ordem simples

Aos 24 meses: incapacidade de realizar uma torre de 5 ou 6 cubos pequenos

incapacidade de identificar figuras simples, nomeando-as ou
apontando-as

incapacidade de vestir alguma peça simples de roupa ou calçado

Aos 36 meses: incapacidade de saltar com os pés juntos

Incapacidade de responder uma pergunta simples

incapacidade de usar a colher para se alimentar sozinho

observação: Estes sinais são apenas um “screening” e indicam a necessidade de um exame evolutivo mais detalhado, seja neurológico, seja pelo uso de testes para diagnóstico de desenvolvimento. Mesmo nos países desenvolvidos, não existem dados consistentes a respeito da prevalência de atrasos no desenvolvimento em crianças abaixo dos 3 anos de idade.

Referência: Ação Psicoprofilática do Pediatra, Machado D. Sarvier-SP,1979

Monografias Médicas: série pediátrica

ANEXO 3

Promoção do desenvolvimento neuropsicomotor

-

A estimulação nos três primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecido ou aquelas com risco de atraso, melhora sua performance, devendo ser incentivado o seu início o mais cedo possível. Logo, a equipe de saúde deve intervir precocemente e não profetizar prognósticos para esses pacientes.

Com a finalidade de estimular o desenvolvimento psicomotor as seguintes ações devem acontecer:

a) Promoção do aleitamento materno

(Banco de Leite Materno)

b) Favorecer o vínculo mãe e filho. Fazer a mãe compreender (ou as pessoas que cuidam da criança) que durante o primeiro ano de vida ela pode segurar a criança nos braços todo o tempo que quiser. Lembrar à mãe, permanentemente, suas capacidades e talentos, aumentando sua auto-confiança em educar a criança, ao invés de enfatizar suas deficiências. (Sala de espera)

c) Buscar colocar ao alcance da família objetos estimulantes para o bebê e para o pré-escolar: jogos, objetos sonoros e coloridos, cuidando sempre que seu tamanho seja grande o suficiente para que os mesmos não sejam ingeridos pela

criança. (Brinquedoteca)

- d) A partir dos 6 meses de idade é interessante contar histórias para a criança. É indicado que estas histórias sejam lidas à noite, antes de dormir. Esta prática tem como objetivo estimular o amor das crianças pelos livros. As palavras e os pensamentos andam juntos e quanto mais palavras a criança receber, mais pensamentos terá. A leitura fornece de forma eficaz uma riqueza de linguagem, assim, apresenta uma extraordinária capacidade de desenvolver a linguagem, capacidade esta que está associada a um futuro melhor para a criança. (Contadores de Histórias)
- e) Fornecer a criança toda a explicação que ela necessita em relação ao mundo exterior. Respeita-la. Conversar com os pais sobre a importância de brincar com a criança. (Sala de espera e brinquedoteca)
- f) Buscar formas de familiarizar a criança com o uso do lápis. Estimular os pais a sentarem com as crianças para desenhar, pintar ou simplesmente rabiscar pedaços de papel. (Brinquedoteca)
- g) Lembrar que as crianças também necessitam de limites.
(Sala de espera)

Referência: O fascinante processo de desenvolvimento psicomotor da criança

Prof. Horácio LEJARRAGA, Buenos Aires - Argentina

O Berço nº13 – Dezembro 2002 Nestlé Nutrition

AUTORIZAÇÃO

A autora, abaixo assinada, autoriza as Bibliotecas da Universidade Gama Filho-RJ a reproduzir este trabalho para fins acadêmicos, de acordo com as determinações da legislação sobre direito autoral, nos seguintes formatos: Fotocópia e meio digital.

Nome da autora: Maria Célia da Costa Oliveira Delgado

Assinatura: _____