Crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de risco, após seis meses de vida: inquérito domiciliar

Christine Baccarat De Godoy Martins¹ Tiara Aida Oliveira Pessoa² Fernanda Cristina Aguiar Lima³ Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹

RESUMO

O objetivo foi analisar o crescimento e desenvolvimento, entre os recém-nascidos de risco de Cuiabá, decorridos seis meses do nascimento, e a qualidade dos serviços na perspectiva das mães. Trata-se de estudo descritivo, de análise quantitativa, com 107 recém-nascidos de risco nascidos em Cuiabá-MT em janeiro de 2011, identificados a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Os dados foram analisados pelo programa EpiInfo. Como resultado, 12,2% das crianças estavam com peso inadequado e 23,4% com déficit estatural; 25,2% apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; 92,9% das Cadernetas de Saúde da Criança estavam incompletas quanto ao peso, estatura, desenvolvimento, vacinação, dados do nascimento e obstétricos da mãe; a falta de profissional preparado para lidar com crianças, falta de estrutura e tecnologias foram relatados com frequência pelas mães. Faz-se urgente investimento em estrutura física e tecnologias, equipes multidisciplinares treinadas, reeducação das mães quanto à importância do crescimento e desenvolvimento bem como o adequado uso da caderneta de saúde da criança.

Descritores: Crescimento e desenvolvimento, Desenvolvimento Infantil, Grupos de Risco.

The growth and development of newborns at risk, after six months of life: household survey

ABSTRACT

The objective was to analyze the growth and development of newborns at risk, after six months from the birth, the fill of the Child's Health Book, and the quality of services from the perspective of mothers. It is descriptive study, of quantitative analysis, with 107 newborns at risk born in Cuiabá-MT in January 2011, selected by the Statement of Live Birth. Data were analyzed using EpiInfo program. As result, 12,2% of the children were in inadequate weight and 23,4% with height deficit; 25,2% have delay on the neuro-psychomotor development; 92,9% of the child's health book were fill incomplete for weight, height, development, immunization, data of birth and mother's obstetric; the lack of prepared professional, lack of structure and technologies were reported with frequency by the interview mothers. The case needs urgent investment in physical structure and technologies, multidisciplinary trained teams, mother's re-education with the importance of child's health book and its adequate using.

Descriptors: Growth and Development, Child Development, Risk Groups.

¹ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Introdução

A literatura aponta o crescimento e desenvolvimento infantil como o principal indicador de qualidade da saúde deste grupo, pois se relacionam com diversos fatores, tais como: ambientais, nutricionais, condições de moradia e acesso a serviços básicos de água e esgoto, cuidados com a higiene, condições de vida da criança e ocorrência de doenças nos primeiros anos de vida¹.

A fim de identificar alguns destes fatores e intervir sobre eles para que se garanta um crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde também preconiza o mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida da criança, sendo que a primeira deve acontecer com menos de 15 dias de vida, sendo seguida por consultas no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses de vida, além de momentos oportunos como o da imunização e outros².

Neste cenário, adquire mais importância ainda, o crescimento e desenvolvimento de crianças de risco ao nascer (recém-nascido de risco), que são os que respondem a um dos seguintes critérios, na ocasião do nascimento: gestação com menos de 37 semanas; peso de nascimento inferior a 2.500g; Apgar no 5º minuto menor que 7; mãe com idade inferior a 18 anos; mãe com menos de oito anos de estudo; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade de assistência ao recém-nascido; necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou da unidade de recém-nascidos; história de morte de criança menor de 5 anos na família³. Frente à maior vulnerabilidade destas crianças, seu acompanhamento nos serviços básicos de saúde deve ser criterioso a fim de detectar precocemente déficits no seu crescimento e desenvolvimento³.

Estudos apontam que o déficit no crescimento infantil está intimamente ligado à qualidade da atenção prestada pela rede básica de saúde, pois, muitas vezes, o acompanhamento de crianças menores de um ano na rede pública de saúde esbarra na falta de profissionais na equipe, na escassa multidisciplinaridade (integração de várias áreas do conhecimento), bem como na falta de treinamento destes para acompanhar o crescimento e desenvolvimento (CD), além da precariedade na estrutura física das unidades e a falta de equipamentos e materiais necessários ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, como, por exemplo, número insuficiente de balança¹⁻².

Neste cenário, iniciativas que busquem efetivar o atendimento aos recém-nascidos de risco são cada vez mais emergenciais, a exemplo da cidade de Campinas, que por meio da Política Nacional de Humanização, implantou um Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil – CRDI - que tem por finalidade o acompanhamento e estimulação do desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco, visando detectar, o mais cedo possível, alterações e distúrbios nas funções sensoriais, motoras e cognitivo-afetivas de bebês de alto risco, a fim de prevenir e/ou reverter possíveis atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), contando para isso com uma equipe multidisciplinar de saúde⁴.

Além dos poucos serviços especializados em atenção à criança de risco na rede pública de saúde e da precariedade dos serviços, soma-se, ainda, a incompletude do preenchimento da caderneta da criança, que também contribui para a descontinuidade e impossibilidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida, uma vez que os profissionais rotineiramente apenas a utilizam para marcação de vacinas³. Em 2005, o preenchimento do cartão da criança (CC) foi analisado, em Feira de Santana-BA, e evidenciou-se que além de incompletos, os cartões apresentaram maior deficiência de preenchimento na parte do desenvolvimento infantil⁵.

Frente a este contexto, torna-se relevante detectar as condições e o padrão de crescimento/desenvolvimento de crianças que foram consideradas de risco ao nascer, uma vez que a análise desses fatores possibilitará possíveis apontamentos e necessidades de intervenção. Dessa forma, o presente estudo se propõe a analisar o crescimento e desenvolvimento, entre os recém-nascidos de risco de Cuiabá, decorridos seis meses do nascimento e a qualidade dos serviços na perspectiva das mães.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, cuja população de estudo foi composta por recém-nascidos de risco, que nasceram em Cuiabá, capital do Mato Grosso, em janeiro de 2011.

Os dados foram coletados por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, devidamente treinados e supervisionados pelas pesquisadoras. Adotou-se como critérios de inclusão: ter nascido no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011, de mãe residente em Cuiabá, e responder a, pelo menos, um dos seguintes critérios do

Ministério da saúde para classificação de recém-nascido de risco: peso ao nascer menor que 2.500 gramas; neonato com menos de 37 semanas de gestação; asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida); filho de mãe adolescente (menor de 18 anos); mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo). Para o presente estudo, não foi possível considerar residência em área de risco; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN; haver história de morte de crianças menores de 5 anos na família; e necessidade de orientações especiais à alta da maternidade ou em unidade de assistência ao RN, uma vez que tais informações não estão disponíveis na DN. Como critério de exclusão, adotou-se a ocorrência de óbito nos seis primeiros meses de vida, o que impediria a verificação do crescimento e desenvolvimento neste período.

A primeira fonte de dados foi a Declaração de Nascidos Vivos (DN), usada para identificar os recém-nascidos de risco e incluí-los na pesquisa. Nasceram 113 recém-nascidos de risco em Cuiabá, em janeiro de 2011. Foram excluídas 6 crianças que foram a óbito (5 após o nascimento e 1 aos 2 meses de vida). Portanto, a população de estudo consistiu em 107 crianças.

Após a identificação dos recém-nascidos de risco, a segunda etapa da coleta de dados se deu por inquérito domiciliar aos seis meses de vida das crianças, em que foram entrevistadas as mães das crianças. Nessa fase analisaram-se as seguintes variáveis: crescimento infantil (através do peso e comprimento) e se estes estavam adequados para a idade; o desenvolvimento neuropsicomotor (através de avaliação das atividades esperadas para a idade) e se estava adequado ou não – para a avaliação do crescimento e desenvolvimento (CD) foram aplicados os instrumentos do Ministério da Saúde preconizados para avaliação de CD; também se indagou se a criança fazia acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou em algum outro serviço de saúde; em relação a este acompanhamento, a frequência e o profissional que o realizava; o correto e completo preenchimento da caderneta de saúde da criança (relatando a história de saúde da criança, imunização e desenvolvimento social) além dos dados obstétricos da mãe, dados do nascimento, peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)²; satisfação da mãe em relação ao atendimento na UBS/ESF.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, utilizando-se o programa eletrônico Epiinfo versão 3.5.1.

Na visita domiciliar, as famílias foram informadas sobre a pesquisa e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes assegurado o anonimato. O estudo faz parte da pesquisa “Avaliação da atenção à criança na Rede Básica de Saúde de Cuiabá-MT, com ênfase em sua organização e assistência e nas práticas de enfermagem”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, Universidade Federal de Mato Grosso, sob o protocolo 882/CEP-HUJM/2010, em 08 de setembro de 2010, cumprindo desta forma as normas da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Foram estudados 107 recém-nascidos. Entre os critérios segundo os quais as crianças foram consideradas de risco ao nascimento, 46,0% eram filhos de mães com menos de 8 anos de estudo, 37,2% filhos de mães adolescente (idade materna inferior a 18 anos), 28,3% nasceram com menos de 37 semanas gestacionais, 17,7% apresentaram peso inferior a 2.500g ao nascer, e 6,2% tiveram asfixia grave (Apgar menor que sete no 5º minuto de vida).

A Tabela 1 apresenta a avaliação da curva ponderal e estatural.

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo avaliação do peso e da estatura aos seis meses de vida. Cuiabá, 2011.

Avaliação	Peso		Estatura	
	N	%	N	%
Adequado para a idade	94	87,8	82	76,6
Abaixo da curva ponderal/estatural	3	2,8	7	6,5
Acima da curva ponderal/estatural	10	9,3	18	16,8
Total	107	100,0	107	100,0

Quanto ao crescimento, 2,8% encontravam-se com peso abaixo da curva ponderal esperada para a idade e 6,5% com a estatura inadequada (abaixo da curva estatural esperada para a idade) (Tabela 1).

A tabela 2 permite analisar o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo o desenvolvimento neuropsicomotor aos seis meses de idade. Cuiabá, 2011.

Desenvolvimento esperado para a idade	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Senta com apoio ou sozinho	101	94,4	6	5,6	107	100,0
Em pé, sustenta o corpo	80	74,8	27	25,2	107	100,0
Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	96	89,7	11	10,3	107	100,0
Segura e transfere objetos de uma mão para outra	100	93,5	7	6,5	107	100,0
Vira a cabeça na direção dos sons	106	99,1	1	0,9	107	100,0
Preferência por cores (começa a diferenciá-las)	91	85,0	16	15,0	107	100,0
Joga objetos no chão (começa a ter noção de espaço)	105	98,1	2	1,9	107	100,0
Ri alto	100	93,5	7	6,5	107	100,0
Balbucia bastante	103	96,3	4	3,7	107	100,0

Chama a atenção o fato de algumas crianças não responderem às habilidades neuropsicomotoras esperadas para a idade, na ocasião do inquérito: 25,2% das não sustentavam o corpo quando colocadas em pé; 15,0% não tinham preferência por cores e 10,3% não ajudavam com o corpo quando levantadas pelos braços (Tabela 2).

Na tabela 3, é possível verificar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD).

Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo a frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Cuiabá, 2011.

Frequência que faz acompanhamento de CD	N	%
Semanal	3	2,8
Quinzenal	2	1,9
Mensal	77	72,0
Semestral	5	4,7
Não responderam	20	18,7
Total	107	100,0

No tocante ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD), 73,8% das crianças estudadas o realizam na rede básica de atenção à saúde (UBS/ESF). Dentre as crianças que não utilizam a rede básica para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, 46,4% utilizam clínicas particulares, 21,4% hospitais conveniados ao SUS, 21,4% realizam em outro serviço e 10,7% não responderam a pergunta. Portanto, 100% das crianças estudadas fazem acompanhamento de CD, e entre estas, 72,0% fazem acompanhamento mensal (Tabela 3).

Ao perguntar sobre o profissional que realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, os entrevistados puderam optar por mais de um profissional. Sendo assim, 57,0% relataram ser o médico, 32,7% disseram ser o enfermeiro e 12,1% não souberam responder. Neste sentido, foi possível perceber que algumas crianças são acompanhadas simultaneamente por mais de um profissional.

A tabela 4 possibilita a análise do preenchimento da caderneta de saúde da criança.

Tabela 4 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo o preenchimento da Caderneta de saúde da Criança (n=99). Cuiabá, 2011.

Preenchimento da Caderneta da Criança	Completo		Incompleto		Total	
	N	%	N	%	N	%
1. Peso	47	47,5	52	52,5	99	100,0
2. Estatura	47	47,5	52	52,5	99	100,0
3. Perímetro cefálico	38	38,4	61	61,6	99	100,0
4. Perímetro torácico	32	32,3	67	67,7	99	100,0
5. DNPM	42	42,4	57	57,6	99	100,0
6. Vacinas	94	95,0	5	5,0	99	100,0
7. Dados do nascimento	47	47,5	52	52,5	99	100,0
8. Dados obstétricos da mãe	21	21,2	78	78,8	99	100,0

Entre as crianças que fazem acompanhamento do CD e que foi possível ter acesso à caderneta de saúde da criança no momento da visita (n=99), evidenciou-se que apenas 7,1% das cadernetas tinham os parâmetros de crescimento e desenvolvimento preenchidos de forma completa, e a maioria delas, 92,9% estavam incompletas. Os campos com maior deficiência no preenchimento foram os: dados obstétricos da mãe, perímetro torácico, perímetro cefálico, desenvolvimento neuropsicomotor, peso, estatura e dados do nascimento (Tabela 4). Chama a atenção que, dentre as cadernetas analisadas (n=99), 95,0% delas estavam com o esquema vacinal em dia e apenas 5,0% em atraso.

A tabela 5, por sua vez, demonstra a perspectiva das mães em relação à qualidade do acompanhamento do CD na UBS.

Tabela 5 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo a perspectiva das mães em relação à qualidade do acompanhamento do CD na UBS (n=79). Cuiabá, 2011.

Perspectiva da mãe em relação ao acompanhamento do CD na UBS	N	%
Falta profissional preparado, estrutura e tecnologias para o cuidado	8	10,1
Atraso por parte do profissional médico e atendimento incompleto	5	6,3
Atendimento de má qualidade	4	5,1
A equipe só pesa a criança na ocasião da vacina	2	2,5
Demora no atendimento	1	1,3
Dificuldade em agendar consultas	1	1,3
Mudança constante dos profissionais de saúde	1	1,3
Falta profissional médico na UBS	1	1,3
Atendimento excelente	1	1,3
Não respondeu	55	69,6
Total	79	100,0

Quanto à qualidade do acompanhamento do CD realizado pelas UBS/ESF, dos 79 informantes que o realizam na rede básica, 69,6% não quiseram opinar sobre o assunto e 10,1% alegaram que falta profissional de saúde preparado para lidar com criança, falta estrutura física, equipamentos e materiais para o cuidado (Tabela 5).

Discussão

O presente estudo foi desenhado com o objetivo de fornecer dados pioneiros sobre o crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de risco no Município de Cuiabá (Mato Grosso), pois realizou inquérito domiciliar após seis meses do nascimento. Faz-se necessário destacar, porém, que se trata de uma realidade local.

Não obstante essa ressalva, é incontestável que o déficit no peso e estatura, verificado em algumas das crianças, também já foi observado e apontado como dependente diretamente da promoção da saúde da criança, nutrição, esquema vacinal em dia e aleitamento materno⁶.

Complementando esta premissa, há que se considerar essas duas variáveis (peso e estatura) como mais associadas a fatores genéticos para a estatura, e fatores ambientais, social e econômico para ambas, como influenciadores no processo do crescimento e desenvolvimento infantil^{1,6}.

Importante destacar que, nos primeiros três meses de vida, o recém-nascido tem seu crescimento e desenvolvimento compensatório, ou seja, dificilmente a avaliação irá apontar déficit nesse período, pois as consequências do nascimento de risco relativas ao crescimento e desenvolvimento ficam ressaltadas a partir dos dois anos de idade da criança⁷.

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), vale ressaltar que crianças do grupo de risco normalmente apresentam atraso, uma vez que na comparação de crianças nascidas a termo com crianças nascidas pré-termo, em relação à aquisição de habilidades motoras, constatou-se que as crianças prematuras apresentaram atraso na aquisição da habilidade de sentar e andar esperados para a idade em relação às crianças a termo⁸. O baixo peso associado à deficiência nutricional, pobreza e alto índice de infecções em crianças de risco, ajudam a influenciar nas alterações cognitivas e comportamentais, significativamente, além de ter prejuízos no desenvolvimento motor⁹.

Neste sentido, quanto mais cedo se iniciam as atividades de fisioterapia (estímulo) nesse grupo, trabalhando a postura, equilíbrio dinâmico e deslocamento desses recém-nascidos, além de estímulos visuais e táteis – utilizando objetos (brinquedos), melhores são os resultados na vida futura, pois pré-termos e baixo peso começam a sentir dificuldades entre a fase pré-escolar e a fase escolar¹⁰. Destaca-se, neste contexto, a importância da mãe/responsável pela criança estar orientada quanto ao correto cuidado com esse recém-nascido ajuda muito no desenvolvimento motor da criança, afinal, mães de crianças prematuras e baixo peso tem a tendência de superproteger os filhos, evitando muitas vezes que estes se desenvolvam integralmente¹⁰.

Um exemplo foi a pesquisa que verificou a evolução motora de acordo com a Escala Alberta Infant Motor com dois grupos de lactentes nascidos pré-termo, submetendo-os a programas de intervenções fisioterapêuticas precocemente, sendo que o primeiro grupo, além de receber a fisioterapia, ainda tiveram seus pais orientados e treinados quanto ao que seria realizado com seus filhos; e o segundo grupo foi submetido somente à fisioterapia para desenvolvimento motor¹¹. Os dois grupos desenvolveram-se dentro do esperado para a idade, porém o primeiro grupo teve destaque em algumas avaliações, como nas posições supina, prona e sentada. Fica evidenciado que a intervenção precoce em recém-nascido de risco, com o devido treinamento dos pais, é possível que se desenvolvam com mais qualidade, diminuindo possíveis atrasos¹¹.

Desta forma, o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos de risco por um longo período torna-se essencial, a fim de detectar precocemente alterações no desenvolvimento infantil, falhas no ganho de peso e estatural, o que possibilita intervenções específicas e imediatas¹².

Os profissionais médico e enfermeiro são os mais identificados como os profissionais que realizam o acompanhamento de CD de recém-nascidos risco¹³. Todavia, há que se pensar na necessidade de outros profissionais em forma de equipe multiprofissional a serem incluídos neste processo, principalmente em se tratando de crianças consideradas de risco ao nascer, pois crianças de risco desenvolvem-se melhor quando acompanhadas desde cedo por programas que estimulem o desenvolvimento motor¹⁰.

A falta de informações imprescindíveis na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tais como dados nutricionais, desenvolvimento e imunização, tem sido considerada um entrave no uso da CSC como instrumento de vigilância à saúde da criança¹³⁻¹⁴. Neste aspecto, os profissionais alegam que muitos cuidadores não levam os cartões da criança e quando o levam, falta tempo para preenchê-los em decorrência da grande demanda nos serviços de saúde¹⁴.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi lançada em 2005, e está em sua terceira edição, substituindo o antigo cartão da criança. As falhas no seu preenchimento e o desconhecimento das mães quanto ao seu uso e importância colaboram para a má adesão da caderneta de saúde pelas mães, além de constituir-se um fator cultural, já que antigamente existia apenas o cartão da criança, usado, em sua maioria, apenas para marcação de vacinas¹⁴⁻¹⁵. Assim sendo, torna-se necessário capacitar profissionais de saúde e conscientizar os responsáveis pelas crianças quanto à importância deste instrumento como ferramenta para avaliação da saúde infantil.

Quanto à satisfação das mães/responsáveis pelos recém-nascidos de risco em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelos serviços, não foram identificados na literatura estudos semelhantes, o que

dificultou a comparação dos resultados. Há referência a programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que o atendimento à criança está relacionado à puericultura – tendo a primeira consulta o mais precoce possível, a fim de identificar/combater possíveis problemas, profilaxia com sulfato ferroso e vitamina A (em regiões endêmicas)¹⁶, mas nada direcionado especificamente ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Analisando-se as necessidades e expectativas das mães e/ou acompanhantes em relação à consulta de saúde das crianças em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de Butantã-SP, também se evidenciou dificuldade em marcar consultas e determinados exames e a falta de estrutura e tecnologias¹⁷. Considerando a questão do vínculo profissional com a mãe ou acompanhante, a consulta foi classificada em “boa” ou “ruim”, ou seja, o fato de se ter ou não empatia com o profissional de saúde é elemento chave para que a população avalie o serviço de saúde como adequado¹⁸. A necessidade de vínculo, atenção, respeito e resolutividade dos problemas de saúde são elementos que a população espera dos serviços.

Há que se destacar o desconhecimento das mães em relação ao programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos e o fato de relatarem que a consulta é adequada quando se tem a resolutividade do problema/queixa como uma forma de não enfrentarem longas filas e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, além de não reconhecerem o papel do enfermeiro ou de qualquer outro profissional da equipe multidisciplinar de saúde².

Ao encontro destes relatos, estudo sobre a consulta de enfermagem direcionada ao crescimento e desenvolvimento infantil¹⁹ destaca a importância de a enfermagem desenvolver a atenção a este grupo, porém indicam a necessidade de investimentos, pesquisa, melhor formação acadêmica e capacitação contínua dos profissionais.

Conclusão

Os resultados apontam para a necessidade de acompanhamento periódico e sistemático dos recém-nascidos considerados de risco ao nascer, principalmente no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. Tendo vista que algumas crianças não estavam desenvolvendo-se conforme o esperado para a idade mesmo tendo 100% de acompanhamento quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil. Sendo este acompanhamento, no serviço público com atendimento de médicos e enfermeiros. Outro dado relevante foi a incompletude no preenchimento das cadernetas de saúde da criança e a sua má utilização como instrumento de avaliação da saúde infantil.

Além disto, há que se desenvolverem estratégias que possibilitem utilizar a Caderneta de Saúde da Criança como importante instrumento de registro e acompanhamento, com treinamento dos diversos profissionais envolvidos neste processo e reeducação das mães neste sentido.

Ao mesmo tempo, fazem-se necessários investimentos na estrutura das Unidades Básicas de Saúde a fim de promover o acolhimento destas crianças de risco, por meio de estruturas física, tecnológica e profissional de qualidade.

A presente casuística pode subsidiar outras pesquisas na área da saúde, que possam aprofundar a temática explorando outros aspectos não abordados. Destaca-se a necessidade de acompanhamento dos recém-nascidos de risco por um longo período de tempo, tendo em vista os possíveis déficits no seu crescimento e desenvolvimento discutidos no presente manuscrito. A inclusão do tema nos cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação se faz necessária, no sentido de formar profissionais atentos para a questão.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2002. [acessado em: 28 jun. 2012]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
2. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008;24(3):675-85.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas: Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: 2004. [acessado em 14 de jul. de 2012]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil – CRDI – FÊNIX. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção Básica. 2006. [acessado em 28 jun. 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Fenix_02-10.pdf.
5. Sardinha LMV, Pereira MG. Avaliação do Preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. Brasília Méd. 2011;48(2):246-251.
6. Oliveira LPM, Barreto ML, Assis AMO, Braja-Junior ACR, Nunes MFFP, Oliveira NF et. al. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública 2007;23(3):601-13.
7. Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. Fatores de risco associados a alterações de desenvolvimento em crianças de alto risco acompanhadas em ambulatório multidisciplinar. Sao Paulo Med. J. 2008;126(1):4-10.
8. Barbosa VC, Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. Rev. bras. fisioter. 2007;11(4):275-81.
9. Caçola P, Bobbio TG. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. Rev. paul. pediatr. 2010;28(1):70-6.
10. Pinto M, Silva CFG, Munari MM, Almeida CS, Resende TL. Intervenção motora precoce em neonatos prematuros. Revista da Graduação 2008;1(2):1-10.
11. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CGS. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):250-6.
12. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LJES. Acompanhamento Antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. Revista Baiana de Saúde Pública 2007;31(2):212-22.
13. Lopes MCL, Santander CA, Marcon SS. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. Rev. Rene 2010;11(1):114-24.
14. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et. al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):583-95.
15. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev paul pediatr. 2008;26(2):106-12.
16. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Ciência e Saúde Coletiva 2010;15(1):3139-47.
17. Assis LCF, Veríssimo MLÓR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2010;20(2):317-29.
18. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais de saúde. O Mundo da Saúde São Paulo 2009;33(2):150-60.
19. Oliveira CO, Cadete MMMA. Consulta de Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Rev. Min. Enf. 2007;11(1):77-80.

Christine Baccarat de Godoy Martins

Endereço para correspondência – Rua Fortaleza, 70. Bairro Jardim Paulista, CEP: 78065-350, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: leocris2001@terra.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6328009804721796>

Tiara Aida Oliveira Pessoa – tiara_enfermagem@hotmail.com

Fernanda Cristina Aguiar Lima – fer_nanda_lima@hotmail.com

Maria Aparecida Munhoz Gaíva – mamgaiva@gmail.com

Enviado em 31 de março de 2014.

Publicado em 17 de outubro de 2014.