

PUERICULTURA: PROBLEMAS MATERNO-INFANTIS DETECTADOS PELOS ENFERMEIROS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CHILD CARE: MOTHER-INFANT PROBLEMS DETECTED BY NURSES AT A FAMILY CARE HEALTH CENTER

PUERICULTURA: PROBLEMAS MATERNO-INFANTILES DETECTADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Renata Abe¹
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari²

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva transversal para caracterizar os problemas materno-infantis identificados pelos enfermeiros na consulta de puericultura. A população de estudo foi composta por crianças que nasceram de janeiro a dezembro de 2006, na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família, Londrina-PR. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento a fim de levantar informações dos prontuários das crianças cadastradas pelas equipes Saúde da Família. Os dados foram tabulados no programa computacional Excel e analisados em frequência e porcentagem. Receberam atendimento 164 crianças cadastradas. Dessas, 63,4% realizaram a primeira puericultura com as enfermeiras. Iniciaram a puericultura no período neonatal 51,0% das crianças, 10,6% eram baixo peso ao nascer e 2,0% tiveram Apgar ≤ 7 no quinto minuto. Os problemas de maior proporção identificados pelas enfermeiras (26,3%) eram do sistema tegumentar, seguidos dos problemas nutricionais/gastrointestinais (20,9%) e respiratórios (14,3%). Desses, 17,6% associados a dermatites de fraldas, 8,8% cólica do lactente e 12,1% ao resfriado comum, respectivamente. Estavam em aleitamento materno exclusivo 66,3% dos neonatos, com 92,3% das mães em aleitamento sem riscos para desmame. Pôde-se observar que a execução do programa de puericultura pelo enfermeiro é sistemática, mas ainda não atende às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto ao atendimento a todos os recém-nascidos na primeira semana de vida. Mas a consulta possibilita, além da detecção de doenças prevalentes e passíveis de prevenção na infância, também, a identificação dos problemas maternos, como a amamentação, que está relacionada diretamente com o desenvolvimento e crescimento saudável da criança.

Palavras-chaves: Cuidado da Criança; Saúde Materno-Infantil; Atenção Primária à Saúde; Epidemiologia; Enfermagem.

ABSTRACT

The present descriptive research with quantitative approach aims to characterize the epidemiologic profile of children who attended first child care visits carried out by nurses. The target population consisted of children born between January and December 2006 who lived in an area covered by a specific Family Care Health Center in Londrina-PR. Data was collected from medical records of children filed in the Center's database. The following variables were analyzed: child's age at child care; birth anthropometric measurements; problems detected at child care and mother-infant factors that may have influence over child's growth and development. Data was collected in Excel software and assessed by frequency and percentage. 164 children attended the first child care visit, 63.4% of those were carried out by nurses. 51.0% of children started child care at neonatal period, 10.6% were low birth weight infants and 2.0% had 5-minute Apgar score ≤ 7 . Among the major problems identified by nurses, 26.3% affected the tegumentary system followed by 20.9% of nutritional/gastrointestinal problems and 14.3% that accounted for respiratory problems. 17.6% of problems were associated to diaper dermatitis, 8.8% to infant colic and 12.1% to common cold, respectively. 66.3% of infants were being exclusively breastfed and 92.3% of lactating mothers presented a risk of early weaning. It could be observed that the execution of a child care program is systematic to the nurses, but it still does not follow those directions praised by the Health Department regarding attendance to all newborns during their first week of life. Nevertheless, child care makes detection of prevalent illnesses possible, as well as their prevention during infancy and the identification of maternal problems, such as breast-feeding, directly related to healthful development and growth of the child.

Key words: Child Care; Primary Health Care; Maternal-Child Health; Epidemiology; Nursing.

RESUMEN

Se trata de una investigación cuantitativa descriptiva transversal para caracterizar los problemas materno-infantiles detectados por enfermeras de la puericultura. La población estudiada estaba compuesta por niños nacidos entre enero y diciembre de 2006 dentro del área de alcance de una unidad de salud de la familia de Londrina, Estado de Paraná, Brasil. Los datos fueron obtenidos a través de la recopilación de los prontuarios de los niños inscritos por los equipos de Salud de la Familia. Los datos fueron tabulados en el programa computacional Excel y analizados en frecuencia y porcentaje. Recibieron atención 164 niños de los cuales 63,4% realizaron la primera consulta de puericultura con los enfermeros. Iniciaron las consultas de puericultura en el período neonatal 51,0% de los niños, 10,6% eran de bajo peso al nacer y 20% tuvieron Apgar ≤ 7 en el quinto minuto. Los problemas de mayor proporción identificados por las enfermeras fueron un 26,3% del sistema tegumentario, seguidos por problemas nutricionales/gastrointestinales 20,9% y respiratorios 14,3%. De esos el 17,6% asociado a dermatitis de pañales, 8,8% cólica de lactante y 12,1% al resfriado común, respectivamente. Estaban en lactancia materna 66,3% de los neonatos, con 92% de las madres en amamantamiento sin riesgo de desmame. Se pudo observar que los enfermeros cumplían sistemáticamente con el programa de puericultura pero que aún no se atendía a las orientaciones del Ministerio de Salud en cuanto a la asistencia a todos los recién nacidos en la primera semana de vida. La consulta, sin embargo, permite identificar, aparte de las enfermedades prevalentes y factibles de prevenir en la infancia, problemas maternos, como el amamantamiento, que tienen que ver con el desarrollo y crecimiento saludables del niño.

Palabras claves: Cuidado al niño; Atención Primaria a la Salud; Salud Materno-Infantil; Epidemiología; Enfermería.

¹ Discente do 4º ano do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – Londrina-PR. E-mail: renataabe@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente e orientadora da área da Saúde da Criança e Adolescência do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – Londrina-PR.

Endereço para correspondência: Renata Abe. Rua Antonio Nieiro, 247, Jd. Bourbon. CEP 86046-610, Londrina-Paraná.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é considerada um indicador sensível da qualidade de saúde de uma população.¹ Com base nesse indicador, o Ministério da Saúde (MS), desde 1984, vem priorizando ações básicas de saúde com comprovado efeito na redução da mortalidade infantil, dentre as quais a atenção ao recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, a imunização, a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando aumentar a capacidade de resolução dos serviços na atenção à criança.^{2,3,4} Essas ações estão preconizadas no Programa de Puericultura, um dos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde da Família do município de Londrina.

Segundo o MS, a puericultura deverá ser iniciada na primeira semana de vida da criança com a visita domiciliar, por meio da busca ativa, para detectar precocemente as doenças prevalentes no infante, principalmente no período neonatal, e, assim, reduzir os índices de mortalidade por causas evitáveis. Nessa ação, além de providenciar meios de enfrentar situações desfavoráveis ao crescimento, o atendimento visa, também, compreender a criança em seu ambiente social e familiar, envolvendo a mãe no cuidado para fortalecer o vínculo do binômio e promover a ampliação da cobertura do programa.^{3,5,6}

No Brasil, a puericultura iniciou-se, primeiramente, como asilo para crianças.⁷ Posteriormente, desenvolveu-se, pautada na prevenção, a partir da Revolução Pasteuriana com preceitos de higiene e alimentação. Com o Estado Novo, foram institucionalizadas leis e políticas públicas, ampliando-se, assim, seu campo de atuação.⁸

Nesse contexto, o enfermeiro, desempenha importante papel na consulta de puericultura, na detecção precoce de problemas de saúde, prescrevendo cuidados e realizando-os de forma independente, subsidiado pelos indicadores de saúde da sua área de abrangência, que possibilitam o planejamento e a avaliação dos programas existentes e, também, a implementação de ações interventivas, para melhoria da qualidade da assistência prestada a esse grupo etário, fortalecendo a assistência e, conseqüentemente, reduzindo índices de morbidade e mortalidade na região e no município.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza uma de suas principais ações – a educação em saúde. Ao conhecer o perfil epidemiológico e considerar o indivíduo em seu ambiente social, atua com visão holística e contribui não somente para o trabalho em equipe, mas também para a autonomia profissional.⁹

Os indicadores de mortalidade infantil reduziram-se nas últimas décadas. No Brasil, foi observado declínio de 18,3% na mortalidade neonatal.¹⁰ Em Londrina, a taxa é menor quando comparada com os índices do Paraná, sendo de 6,57/1000 e 10/1000 nascidos vivos (NVs), respectivamente. O mesmo ocorre com a taxa de mortalidade infantil, que é de 10,29/1000 NVs, em Londrina e de 14,43/1000 NVs no Paraná.¹⁰

As causas de mortalidade infantil estão sofrendo mudanças. A incidência de doenças infectocontagiosas e parasitárias está reduzindo, ao mesmo tempo que aumentam as afecções no período perinatal, que passam a ser a principal causa de morte, correspondendo a 63% dos óbitos.¹¹

Ressalte-se que a taxa de mortalidade infantil é subdividida em mortalidade neonatal (óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida) e pós-neonatal (óbitos de crianças de 28 a 364 dias completos).¹

A mortalidade neonatal está associada às más condições de saúde da mãe e da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido (RN).¹² Com relação às causas ligadas ao meio ambiente, condições de vida e acesso ao serviço de saúde influenciam diretamente sobre a mortalidade pós-neonatal.²

Nesse sentido, nesta investigação buscou-se caracterizar os problemas materno-infantis identificados pelos enfermeiros na consulta de puericultura numa Unidade de Saúde da Família, a fim de detectar e prevenir agravos à saúde das crianças.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-quantitativo-transversal, cuja população estudada foi constituída por crianças que foram submetidas a consulta de puericultura realizadas por enfermeiras numa Unidade Saúde da Família (USF) no município de Londrina-PR.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários das crianças atendidas na puericultura nos meses de janeiro a dezembro de 2006. Utilizou-se um instrumento elaborado pelas autoras para sistematizar as informações registradas pelos enfermeiros nos prontuários. O instrumento foi constituído por questões referentes aos dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico, Apgar), fatores materno-infantis que influenciam o crescimento e desenvolvimento da criança (condições emocionais da mãe, alimentação, amamentação e manejo e risco de desmame por problemas na mama), problemas detectados pelo enfermeiro no exame físico da criança (problemas relacionados ao trato gastrointestinal, sistema respiratório, sistema tegumentar e outros).

Do total de 164 crianças que receberam atendimento na USF, 104 foram atendidas na primeira consulta de puericultura pelas enfermeiras das equipes de Saúde da Família. Descontadas as perdas e as exclusões, restaram 60 crianças (36,6%). Pelos critérios de exclusão, 8,3% (5) das crianças não foram atendidas pelas enfermeiras no programa de puericultura e 3,3% (2) receberam atendimento do profissional de saúde, após 1 ano de idade. Entretanto, essas crianças foram acompanhadas pelo pediatra da USF ou Hospital de Clínicas, ou seja, as crianças que não receberam o primeiro atendimento de puericultura das enfermeiras conforme os critérios de exclusão receberam atendimento clínico de outros profissionais do serviço. As perdas se deram em decorrência da falta de prontuários

(25), de mudança da área de abrangência (19), da perda de prontuários (7) e pelo fato de 3,3% (2) terem buscado atendimento particular.

A USF deste estudo está localizada nessa região, possui três equipes de Saúde da Família, divididas pelas microáreas A, B e C. A área A é composta por cinco bairros; a B, por quatro; e a C, por cinco; além de três assentamentos em toda área de abrangência. Esses assentamentos são construções irregulares consideradas área de alto risco segundo a USF, uma vez que nesse local não há saneamento básico e coleta de lixo, sem contar outros serviços que melhoram a qualidade de vida da população.

De acordo com o protocolo do município, o programa de puericultura nessa unidade abrange crianças até 2 anos. A primeira consulta de puericultura é realizada pelas enfermeiras, por meio da busca ativa ou agendamento prévio com a equipe da unidade, seguido pela consulta pediátrica.⁷

As variáveis utilizadas no estudo foram: a idade da criança na primeira puericultura; dados antropométricos ao nascer (peso, estatura e perímetro cefálico) e Apgar; problemas detectados pelas enfermeiras na primeira puericultura e fatores materno-infantis que podem influenciar no crescimento e desenvolvimento das crianças, tais como: condições emocionais maternas (calma, ansiedade, nervosismo e depressão), alimentação (aleitamento materno exclusivo, misto ou artificial).

Nesse estudo, foram consideradas em aleitamento materno exclusivo (AME) as crianças que receberam apenas o leite materno; em aleitamento misto (AM), as crianças que receberam o leite materno mais outro tipo de leite; e em aleitamento artificial (AA), as crianças que foram alimentadas por qualquer outro tipo de leite que não o materno. A pega e a posição (correta ou incorreta) durante a amamentação e o risco de desmame (ingurgitamento, fissura e/ou mastite) constituíram-se variáveis relacionadas aos fatores maternos que influenciam o crescimento e desenvolvimento infantil.

Os dados foram tabulados no programa computacional Excel e analisados em frequência e porcentagem simples.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que envolve seres humanos (Registro CONEP 268), Parecer nº 060/70 e autorização da Autarquia Municipal de Saúde CD/009/07/Gecape, mediante o parecer do CEP.

RESULTADOS

Do total de 104 crianças atendidas na primeira consulta de puericultura pelas enfermeiras da USF, 59,6% (62) era do sexo feminino e 40,4% (42) do sexo masculino. A idade materna mínima encontrada foi de 15 anos e a máxima, de 39 anos, com média de 25,6 anos.

Iniciou a puericultura no período neonatal 51,0% das crianças e, 35,5% das quais foram atendidas nas duas primeiras semanas após o nascimento (FIG. 1).

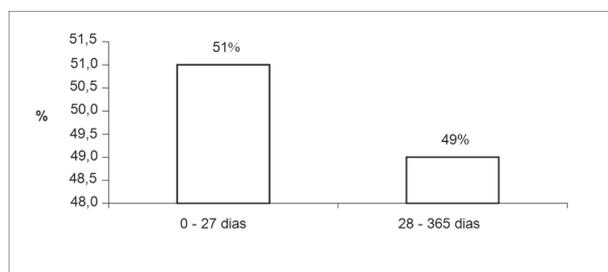


FIGURA 1 – Distribuição das crianças atendidas na primeira puericultura pelas enfermeiras da USF, segundo a faixa etária (em dias), Londrina-PR, 2006

Os valores médios dos dados antropométricos por ocasião do nascimento das crianças do estudo foram: 3.166 gramas (peso), 47,9 cm (estatura) e 34,1 cm (perímetro cefálico); os valores mínimos foram: 1.800 gramas, 36 cm e 26 cm (peso, estatura e perímetro cefálico), respectivamente.

A TAB. 1 mostra que, 10,6% (11) das crianças apresentaram peso inferior a 2.500 gramas, caracterizando-se como Baixo Peso ao Nascer (BPN).

TABELA 1 – Distribuição das crianças atendidas na primeira puericultura pelas enfermeiras da USF, segundo o peso ao nascer. Londrina-PR, 2006

Peso (em gramas)	n	%
<1500	2	1,9
1.500-2.499	9	8,7
2.500 ou mais	83	79,8
sem registro	10	9,6
Total	104	100,0

Quanto ao Apgar, 61,6% (64) obtiveram o maior ou igual a 8 no primeiro minuto. Entretanto, observou-se que 14,4% (15) dos RN tiveram Apgar ≤ 7 no primeiro minuto, desses 2,0% (2) continuou com Apgar menor ou igual a sete no quinto minuto. Mais de 20,0% não tinham registro de Apgar (TAB. 2).

TABELA 2 – Distribuição das crianças atendidas na primeira puericultura pelas enfermeiras da USF, segundo o Apgar. Londrina-PR, 2006

APGAR	1º min		5º min	
	Nº	%	Nº	%
≤ 7	15	14,4	2	2,0
8 ou mais	64	61,6	74	71,0
sem registro	25	24,0	28	27,0
Total	104	100,0	104	100,0

Entre os problemas detectados na primeira puericultura, 26,3% (24) relacionavam-se a dermatites, 17,6% (16) dos quais à dermatite amoniaca. Os problemas nutricionais e gastrointestinais somaram 20,9% (19) sendo 8,8% (8) cólica do lactente. Os problemas respiratórios representaram 14,3% (13) e 12,1% (11) deles apresentaram resfriado comum, destacando-se um caso de coqueluche. Icterícia neonatal fisiológica e problemas com o coto umbilical foram encontrados em 12,1% (11) das crianças (FIG. 2).

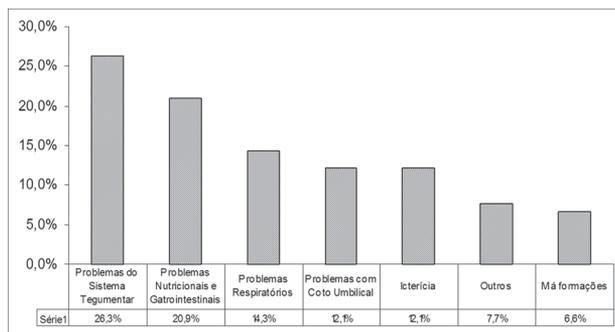


FIGURA 2 – Distribuição dos problemas detectados pelas enfermeiras na primeira puericultura da USF. Londrina-PR, 2006

Quanto à manutenção do aleitamento materno 66,3% (69) das mães estavam em aleitamento materno exclusivo e 92,3% (96) não apresentaram risco de desmame. A pega/posição correta para amamentação durante a consulta foi registrada pelos enfermeiros em 53,8% (56) dos prontuários (TAB. 3).

TABELA 3 – Distribuição das crianças atendidas na primeira puericultura pelas enfermeiras da USF, segundo os fatores nutricionais materno-infantis que podem influenciar no crescimento e desenvolvimento delas. Londrina-PR, 2006

Fatores nutricionais materno-infantis	n=104	%
Alimentação		
Aleitamento materno exclusivo	69	*66,3
Aleitamento misto	20	19,2
Aleitamento artificial	10	9,6
Sem registro	5	4,8
Pega/Posição durante amamentação		
Correta	56	*53,8
Incorreta	5	4,8
Sem registro	43	41,3
Risco de desmame		
Fissura	5	4,8
Ingurgitamento	3	2,9
Mastite	-	-
Sem risco	96	92,3

* Aproximado para 100%

Entre os fatores nutricionais materno-infantis que podem ter influenciado no crescimento e desenvolvimento das crianças e no desmame precoce, as condições emocionais maternas, como a calma e a ansiedade durante o período de amamentação, corresponderam a 14,4% (15) dos registros dos enfermeiros nas consultas.

DISCUSSÃO

Segundo o protocolo do município de Londrina,¹³ a puericultura deve ser realizada pela enfermeira nos primeiros 15 dias após o nascimento, o que coincide com os resultados encontrados nesta pesquisa, em que 35,5% das crianças iniciaram a consulta de puericultura nesse período, mas ainda não atende às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, que determina: “Todo recém-nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para a mãe quanto para a criança, ressaltando-se a importância dessa abordagem com especial atenção na primeira semana de vida”⁵

A maior proporção de puericultura no período neonatal (51,0%) constitui resultado semelhante encontrado no estudo de Silva et al.¹⁴, no município de São Luis-MA, em que 50,0% das crianças tiveram atendimento antes de completar um mês.

A ênfase da consulta no período neonatal se faz necessária porque essa fase da vida apresenta maiores riscos de adoecimento e desmame precoce e, conseqüentemente, maiores riscos de morte por doenças passíveis de prevenção.

É importante ressaltar que esta pesquisa considerou apenas puericultura realizada pelas enfermeiras. Segundo Blank¹⁵, esses profissionais têm investido mais tempo em ações de promoção, assumindo papel relevante no contexto da prevenção e detecção precoce de doenças prevalentes na infância, principalmente no primeiro ano de vida.

Aferição antropométrica das crianças pelos enfermeiros

No que concerne às técnicas de puericultura, os dados antropométricos ao nascer são analisados pelo profissional de saúde com vista a intervir precocemente com ações que possam prevenir ou minimizar morbidades nutricionais, neurológicas, entre outras.¹⁶

Segundo Macchiaverni e Filho,¹⁶ o perímetro cefálico é considerado um bom indicador da saúde da criança, pois tem auxiliado no diagnóstico das deficiências nutricionais. Havendo deficiências, o crescimento cerebral, principalmente nos menores de 1 ano, fica comprometido. Assim, é possível intervir com ações que possam reduzir os efeitos da má nutrição, evitando o comprometimento do desenvolvimento neuromotor.

A média de perímetro cefálico encontrado nas crianças desta pesquisa foi de 34,1 cm, próximo ao encontrado em recém-nascidos pesquisados por Motta et al.,¹⁷ em

um hospital de Salvador-BA, onde a média foi de 34,4 cm, mas com aferição mínima superior de 31 cm.

As crianças deste estudo tinham, ao nascer, média de comprimento de 47,9 cm, semelhante aos achados de Barros et al.¹⁸, em Pelotas-RS, mas com estatura mínima maior que 36 cm encontrado nesta pesquisa.

O RN com baixa estatura ao nascer apresenta elevado risco de adoecer, pois tem maior dificuldade de mamar e apresentar maior vulnerabilidade à morbidade e à mortalidade.¹⁹

O peso no nascimento constitui-se dado antropométrico relevante para determinar o risco de morbimortalidade no primeiro ano de vida, principalmente no período neonatal.²⁰

Resultado semelhante ao deste estudo, em que o peso maior foi 3.166 gramas e o menor de 1.800 gramas, foi encontrado na pesquisa de coorte de Horta et al., no Sul do Brasil.²¹ O desta pesquisa, porém, foi maior se comparado com o dos recém-nascidos pesquisados por Lamounier²², em Goiânia-GO, em que 6,9% das crianças nasceram com baixo peso, inferior a 2500g.

A identificação dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer torna-se fundamental para a prevenção da morbimortalidade infantil, pois aponta para a necessidade de intensificar os cuidados tanto à mãe quanto ao filho, de realizar a visita domiciliar na primeira semana após o parto e de aumentar a frequência das consultas de puericultura, priorizando ações preventivas que contribuam para a redução da incidência das doenças prevalentes nesse grupo etário.¹³

Entretanto, apesar de o baixo peso das crianças ao nascer ter importante associação com a mortalidade infantil, este não deve ser estudado como fator de risco isolado.²³

Saliente-se que os parâmetros antropométricos dependem não somente das condições biológicas, mas, principalmente, das condições nutricionais, das garantias da manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Contudo, é fundamental que a mãe e a criança sejam acompanhadas sistematicamente em consultas de puericultura desde a primeira semana de vida da criança, no intuito de reduzir os índices de desmame precoce, por causa da empoadura e do possível surgimento de fissuras e fatores associados à falta de incentivo à prática da amamentação e, conseqüentemente, à introdução precoce de outros alimentos que podem aumentar a possibilidade de a criança adquirir doenças, tais como as gastrintestinais e respiratórias.

Crianças alimentadas exclusivamente com leite humano até o sexto mês de vida têm supridas suas necessidades nutricionais e energéticas e apresentam menor risco de desenvolver desnutrição ou obesidade, tornando-se, conseqüentemente, adultos mais saudáveis.⁵

Além dos dados antropométricos, o Apgar da criança também deve ser investigado na primeira puericultura, uma vez que esse é outro critério utilizado para identificar o risco do RN.¹³

Os parâmetros para determinar o Apgar são: a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor. Com base nesses parâmetros é serão classificados os tipos de anóxia neonatais. A classificação do Apgar no primeiro minuto é: maior que ou igual a 8 (em boas condições ao nascer), igual a 7 (anóxia leve), entre 4 a 6 (anóxia moderada) e de 0 a 3 (anóxia grave).²⁴

Apesar da baixa frequência de crianças com Apgar ≤ 7 neste estudo, torna-se essencial considerá-lo um índice importante, pois indica a gravidade do RN ao nascer e serve de alerta para as ações interventivas da puericultura. Todavia, é um indicador mais relacionado à qualidade da assistência ao parto, mas que geralmente compromete diretamente o estado de saúde da criança.²⁵

Problemas detectados pelos enfermeiros

Na consulta de puericultura realizada pelos enfermeiros deste estudo, os achados clínicos no exame físico das crianças atendidas foram os problemas tegumentares, 26,3%, desse total 17,6% a dermatite amoniaca.

Essa dermatose é causada por irritação primária da pele pelo contato com fezes e urina retidas na fralda. Pode ser grave, se houver maior tempo e intensidade de contato com o agente agressor, desenvolvendo-se para a dermatite de Jacquet. Há, ainda, as infecções secundárias que surgem freqüentemente por *Cândida*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*.^{26,27}

O tratamento e a prevenção da dermatite amoniaca consistem em cuidados com a higiene, troca de fraldas freqüentes, controle de infecção e helioterapia, cuidados que facilitam o processo de cicatrização e eliminação de microorganismos.^{26,27} Tais medidas, consideradas simples, devem ser preconizadas no programa de puericultura, pois evitam potenciais complicações para o neonato, resguardando-o de possíveis complicações.¹³

Quanto aos problemas nutricionais e gastrintestinais, foi o segundo maior achado na consulta de puericultura (20,9%), sendo a cólica do lactente predominante (8,8%).

A cólica do lactente pode estar associada a inúmeros fatores, como a falta de interação entre mãe e filho, a incoordenação do sistema nervoso autônomo e a imaturidade fisiológica do recém-nascido.²⁸

Além dessas conseqüências, outra causa bastante comum de cólica do lactente é o desmame precoce. Ao analisar a incidência de cólica e seus fatores associados em maternidades de um município do Rio Grande do Sul, Saavedra et al.²⁹, constataram que a cólica do lactente está associada ao desmame precoce dada a introdução de chá, prática que compromete a alimentação da criança e é causa de doenças diarréicas.

Apesar da baixa porcentagem de cólica do lactente encontrada nesta casuística (8,8%) com relação ao estudo de Saavedra et al.,²⁹ essa, por sua vez revelou que, na percepção das mães, 80,1% dos lactentes tinham ou tiveram cólica nos primeiros meses de vida.

A cólica do RN, por ter diversas causas, pode ter também conseqüências variadas, desde transtornos somáticos da criança até a sensação de incompetência e frustração dos pais, além de contribuir para o desmame precoce e gerar maior risco da violência doméstica.^{29,30}

Nesse contexto, a consulta de puericultura torna-se uma grande aliada na detecção e prevenção dos fatores e causas da cólica do lactente.

O terceiro problema mais detectado pelos enfermeiros na consulta de puericultura foi o respiratório (14,3%), constituindo a principal causa de internações e a segunda maior causa de mortalidade infantil, acometendo, principalmente, crianças menores de cinco anos.³¹ As condições que agravam o quadro respiratório do lactente estão relacionadas com sua anatomia, pois, sendo de menor calibre, favorecem a obstrução por processo inflamatório, além de a menor quantidade de alvéolos dificultar a troca gasosa, dentre outros.³¹

As infecções das vias aéreas superiores (IVASs) englobam diversas infecções respiratórias – por exemplo, o resfriado comum, que neste estudo foi predominante (12,1%).

O resfriado comum tem duração média de dois a sete dias e sua transmissão é pela via aérea por contato direto ou fômites. Os sintomas recorrentes são: a obstrução nasal, a coriza e a tosse. Geralmente manifestam-se de forma aguda ou benigna, mas, quando não tratados de maneira adequada, evoluem para a forma grave.^{32,33}

No estudo realizado por Vieira et al.³⁴, em Pelotas-RS, 3,5% das crianças internadas foram acometidas por infecção respiratória aguda, sendo a pneumonia fator determinante para hospitalização.

Apesar da baixa proporção de problemas respiratórios detectados, neste estudo, é preciso ampliar e garantir o acesso à assistência de qualidade por meio da consulta de puericultura que, nas ações de prevenção, incentiva o aleitamento materno exclusivo e amplia a cobertura vacinal, condições essenciais para que o recém-nascido adquira anticorpos, diminuindo, conseqüentemente, o risco de morbidade causada pelas doenças prevalentes, especialmente as afecções respiratórias.

É importante destacar que, entre os problemas do aparelho respiratório detectados na consulta de puericultura, neste estudo, foi identificado pelo enfermeiro um RN com sinais e sintomas de coqueluche. Essa doença, infecciosa e transmissível causa acesso paroxístico de tosse, tendo como complicação mais freqüente a pneumonia, seguida das complicações neurológicas.³⁵

Vale lembrar que em 1990, no Brasil, a incidência da coqueluche foi de 10,46/100 mil habitantes, diminuindo para 1/100 mil habitantes em 1996.³⁶ Essa redução pode ser atribuída à ampliação dos serviços de saúde, como a puericultura, pois, por meio dela, é possível fazer a detecção precoce, garantir o esquema vacinal, evitando os surtos, e reduzir a mortalidade infantil, uma vez que a faixa de idade de maior risco são os menores de um ano de idade.³⁵

Outro problema detectado na puericultura pelo enfermeiro, neste estudo, foi a icterícia neonatal fisiológica (12,1%). A icterícia neonatal fisiológica é apontada em outros estudos como causa de internação neonatal.³⁷ Apesar da pouca prevalência, é necessário intervir, pois, quando patológica, pode levar ao Kernícterus, que se manifesta quando a bilirrubina livre aumentada passa a barreira hematoencefálica e se deposita no sistema nervoso central. A criança começa a apresentar letargia e vômito inicialmente, respiração irregular e rigidez muscular após os primeiros sintomas. e, por último, seqüelas neurológicas irreversíveis.³⁸

A icterícia neonatal fisiológica surge com sinal característico na pele e esclera amarelada, primeiramente na face e nariz, atingindo, posteriormente, o tronco e as extremidades.³⁸ Cerca de 60% dos RNs desenvolvem icterícia nos primeiros dias de vida, sendo de fácil detecção clínica. Por isso, para o diagnóstico inicial, não são necessários exames laboratoriais, mas, sim, adequado exame físico; para a redução dos índices de bilirrubina sanguínea, basta expor a criança à luz do sol em horário apropriado.³⁹

Fatores materno-infantis detectados pelos enfermeiros

A garantia do aleitamento materno nos primeiros meses de vida depende, essencialmente, das condições da mãe. Quando ela tem condições de amamentar, deve receber orientações que serão efetivas caso as condições emocionais maternas não estejam alteradas; ou seja, quando a mãe não está nervosa, ansiosa ou deprimida, caso em que haveria maior dificuldade quanto ao cuidado do RN e, principalmente, à manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Com relação ao aleitamento materno exclusivo, os dados investigados nos prontuários demonstraram que ele é maior (66,3%) que o do estudo de Vannuchi *et al.*⁴⁰, realizado em Londrina-PR, 2002, em que 21,0% dos menores de seis meses permaneciam em aleitamento materno exclusivo. Mas os dados da pesquisa realizada por Sales *et al.*⁴¹, demonstraram que 51,0% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo mesmo quando as mães apresentavam mastite.^{40,41}

No município, a prática do incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida está vinculada a uma rede de ações entre serviços, como: protocolos municipais de atenção à saúde da mulher e da criança; capacitação periódica dos profissionais da rede de atenção básica e hospitalar pelos profissionais do Comitê Municipal de Aleitamento Materno (CALMA) e pelo Comitê Estadual de Aleitamento Materno; Banco de Leite Humano, referência do Estado; Centro de Lactação; e maternidades públicas e privadas credenciadas, como Hospital Amigo da Criança.¹³

No aleitamento materno, a pega e a posição correta também diminuem a possibilidade do risco de desmame, além de outros cuidados durante o ato da amamentação. Quando não corretos tais cuidados, pode haver fissuras,

lesões mamilares que apresentam sinais de hiperemia, descamação e até sangramento, considerados as principais causas de mastite⁴². Em estudo descritivo realizado por Sales et al.⁴¹, com 70 mulheres com mastite, 47% delas, tinha fissura em região de mamilo e 46% apresentava a mama ingurgitada.

Portanto, o acompanhamento sistemático da mãe e da criança na consulta de puericultura pode diminuir os riscos de complicações materno-infantis e garantir aleitamento materno saudável, com o início logo na primeira semana após a alta da maternidade.

Cabe salientar que a falta de registro das condições emocionais maternas, como a pega, a posição e o Apgar dificultam a discussão de algumas variáveis. O registro dessas informações é fundamental para o enfermeiro identificar os problemas de cada criança, caracterizá-las e programar ações de intervenção, no intuito de reduzir os índices de desmame precoce com a introdução de outros leites, além do leite humano, como também identificar outros riscos que envolvem o recém-nascido.⁴³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar, nesta pesquisa, que a execução do programa de puericultura pelo enfermeiro é sistemática, mas ainda não atende completamente às diretrizes preconizadas pelo MS quanto ao atendimento a todos os recém-nascidos na primeira semana de vida. Mas a realização desse programa pelo enfermeiro possibilita, além da detecção de doenças prevalentes e passíveis de prevenção na infância, a identificação dos problemas maternos, como a amamentação, que está relacionada diretamente com o desenvolvimento e o crescimento saudável da criança. Portanto, a consulta realizada pelo enfermeiro favorece o acompanhamento tanto da mãe como do filho, com intervenções preventivas e promocionais peculiares a cada um e a ambos.

Cabe salientar que novos estudos devem ser realizados a fim de avaliar o programa de puericultura do município e, assim, identificar as necessidades dos profissionais, para ampliar a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior LC. Bases da saúde coletiva. In: Soares DA, Andrade SM, Campos JJB. Epidemiologia e indicadores de saúde. Londrina: UEL; 2001. p.183-210.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2002; 2(2):193-200.
3. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Lopes IR, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de saúde da família e a puericultura. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):739-43.
4. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laquê Jr PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):482-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
6. Segre CAM, Santoro Junior M. Pediatria: diretrizes básicas de organização de serviços. In: Junior MS. Hierarquização da assistência ambulatorial pediátrica. São Paulo: Savier; 2001. p.54-8.
7. Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na atenção primária. In: Marcondes E. Ser puericultor. São Paulo: Savier; 2002. p. 33-48.
8. Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. J Pediatr. 2005; 81(1):7-13.
9. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da consulta de enfermagem: importância, ambigüidade e desafios. REME-Rev Min Enferm. 2005; 9(2):109-15.
10. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde. Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. Número de Nascidos Vivos, Mortalidade Fetal e Infantil Detalhado, Coeficiente de Mortalidade Perinatal e Infantil Detalhado. Paraná; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução da mortalidade infantil. 2006. [Citado em 2007 Jan 07]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Londrina. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. Saúde da Criança: protocolo. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde; 2006.
14. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís, Maranhão, Brasil. Rev Panam Salud Pública. 1999; 6(4):266-72.
15. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J Pediatr. 2003; 79(4):13-22.
16. Macchiaverni LML, Barros Filho AA. Perímetro cefálico: por que medir sempre. Medicina, Ribeirão Preto. 1998; 31:595-609.
17. Mota M, Melo A, Burak C, Daltro C, Rodrigues B, Lucena R. Antropometria craniana de recém-nascidos normais. Arq Neuro Psiquiatr. 2004; 62(3a):626-9.
18. Barros AJD, Santos IS, Victor A CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. Rev Saúde Pública. 2006; 40(3):402-13.
19. Guimarães LM, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. Cad Saúde Pública. 1999; 15(3):605-15.

20. Almeida MF, Novaes HMD; Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; 5(1):93-107.
21. Horta BL, Barros FC, Halpern R, Victora CG. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1996; 12(1):27-31.
22. Lamounier JA. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(3):130-6.
23. Moraes NOL, Barros MBA. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(2):477-85.
24. Segre CAM. Atendimento ao RN na sala de parto. In: Segre CAM, Armellini PA. *Recém-nascido.* São Paulo: Savier; 1991. p. 24-31.
25. D'Orsi E, Carvalho MS. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(2):367-79.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dermatologia na atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
27. Zanini M, Wulcan C, Paschoal LHC, Paschoal FM. Erupção pápulo-ulcerativa na região da fralda: relato de um caso de dermatite de Jacquet. *An Bras Dermatol.* 2003; 78(3): 355-9.
28. Murahovschi J. Cólicas do lactente. *J Pediatr.* 2003; 79(2):101-2.
29. Saavedra MAL, Costa JSD, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *J Pediatr.* 2003; 79(2): 115-22.
30. Carvalhães MAB, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(1):62-9.
31. Lasmar LMB. Doenças respiratórias na infância. *Saúde Digital Rev Eletrônica Mensal da SMSA-PBH.* 2002. [Citado em 2007 Jan 07]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saude_digital/janeiro2003.php
32. Issler H, Leone C, Marcondes E. *Pediatria na atenção primária.* In: Gomes FMS, Valente MH. *Gripes e Resfriados.* São Paulo: Savier; 2002. p.264-7.
33. Segre CAM, Santoro Junior M. *Pediatria: diretrizes básicas organização de serviços.* In: Ribeiro TM. *Programa de controle das doenças respiratórias na infância.* São Paulo: Savier; 2001. p. 108-25.
34. Vieira MLF, Pinto e Silva JLC, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr.* 2003; 79(4):317-24.
35. Hidalgo NTR. *Diretoria da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Coqueluche – normas e instruções.* São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2000.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis na Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.301-37.
37. Alves AS. *Recém-nascido de risco: fatores que contribuem para a precisão de cuidados intensivos neonatais [dissertação].* Rio Grande: Programa de Pós-graduação em enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2005.
38. Miyaki M. *Manual de neonatologia. Icterícia em Neonatologia.* 3ª ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná Departamento de Pediatria; 2002.
39. Carvalho M, Lopes JM, Barreto Netto D. Fototerapia integral de alta intensidade para o tratamento da icterícia do recém-nascido. *Rev Bras Eng Biomed.* 1999; 15(3):109-13.
40. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005; 5(2):155-62.
41. Sales AN, Vieira GO, Moura MSQ, Almeida SPTMA, Vieira TO. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000; 22(10):627-32.
42. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000; 76(3):238-52.
43. Oliveira VC, Cadete MMM. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *REME -Rev Min Enferm.* 2007; 11(1):77-80.

Data de submissão: 19/6/2008

Data de aprovação: 5/12/2008