

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Deficiências Neuropsicomotoras em Crianças Acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de Hospital Terciário, em Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2007 a abril de 2008”

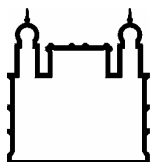
por

Metilde Ferreira Carvalho

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama
Segundo orientador: Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles*

Rio de Janeiro, outubro de 2008.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Deficiências Neuropsicomotoras em Crianças Acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de Hospital Terciário, em Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2007 a abril de 2008”

apresentada por

Metilde Ferreira Carvalho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Valéria Saraceni

Prof.^a Dr.^a Inês Echenique Mattos

Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama – Orientadora principal

DEDICATÓRIA

Às crianças e mães participantes da pesquisa por sua disponibilidade em exporem suas histórias de dor e superação, pelo exemplo de luta e persistência, dedico esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

- À ESP-CE (Escola de Saúde Pública do Ceará) e SESA-CE (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará), pela oportunidade de fazer esse mestrado.
- A toda a equipe de professores cearenses e convidados da ENSP/FIOCRUZ, especialmente a professora Inês Mattos (uma das coordenadoras do mestrado), profissionais de renome e indubitável competência, que souberam transmitir com clareza e humildade seus conhecimentos, colocando-nos à vontade para expor nossas demandas e questionamentos.
- À coordenadora do mestrado em nível local, Elsie Kubrusly, que esteve ao nosso lado durante todo o curso, apoiando-nos sempre que necessário.
- À coordenadora do mestrado e orientadora Silvana Granado, pelo apoio incondicional em todas as etapas do mestrado, e pela amizade a todos os alunos no decorrer do curso.
- Ao orientador Fernando Telles, pela dedicação na colaboração do estudo detalhado e reflexão exaustiva de cada história de vida (caso) e pela sensibilidade em compreender as diferentes nuances em cada uma delas.
- À coordenadora do Núcleo de Atenção Primária (Dra. Imaculada Fonsêca), à articuladora da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da Secretaria da Saúde do Estado (Dra. Diva Fernandes) e toda a equipe dessa coordenação pela amizade, apoio, paciência e compreensão por minhas ausências e dedicação a esse mestrado.
- Às enfermeiras Márcia Machado e Benedita Soares pelo apoio fundamental nas fases iniciais do mestrado.
- A toda a equipe do hospital onde foi realizado o estudo (setor de registros, arquivamentos de prontuários, auxiliares de enfermagem e médicas) pelo interesse e dedicação em colaborarem com o estudo.
- À fisioterapeuta Aline Hiveny Rodrigues, companheira incansável e dedicada nas etapas de entrevistas, pesquisa em prontuários e digitação de dados.
- Aos meus pais, marido e filhas, que souberam compreender a importância desse mestrado para o meu crescimento pessoal e profissional, incentivando-me e apoiando-me em todos os momentos.

Carvalho, MF. **Deficiências Neuropsicomotoras em Crianças Acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de Hospital Terciário. Fortaleza, Ceará, 2007 a 2008.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ / Ministério da Saúde

Os objetivos desse trabalho são descrever aspectos relativos ao período gestacional e neonatal de 72 crianças acompanhadas no serviço de neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos de UTI Neonatal, levantando hipóteses referentes à associação entre esses aspectos e deficiências neuropsicomotoras atuais dessas crianças e analisar a qualidade do registro dos dados dos prontuários hospitalares. As informações foram coletadas a partir de entrevistas com as mães e da consulta aos prontuários da mãe (parto) e do RN (ambulatório e UTI neonatal). A pesquisa de dados em prontuários foi dificultada por falhas nos processos de arquivamento e preenchimento dos mesmos. Todas as gestantes realizaram pré-natal, tendo 97,2% iniciado no primeiro trimestre. Dentre os eventos durante o período gestacional, destacam-se a hipertensão gestacional e infecção urinária. Prematuridade esteve presente em 63,9% dos casos e Baixo Peso ao Nascer em 58,3%. Mais da metade das gestantes tentou internação em outro hospital/maternidade antes de serem hospitalizadas para o parto. Como principais intercorrências ao nascer destacaram-se a sepse neonatal e asfixia ao nascer. Como diagnóstico atual, existe uma predominância de casos de paralisia cerebral (52,1%) e outros comprometimentos do desenvolvimento neuropsicomotor (36%). Na maioria dos casos de paralisia cerebral registraram-se antecedentes de sepse neonatal ou asfixia. Em nenhum dos casos em que ocorreu sepse ou asfixia evidenciou-se desenvolvimento normal atual. Apresentaram intercorrências mais graves, bebês com mães com idade superior a 35 anos, que residiam fora de Fortaleza, que percorreram mais de uma maternidade em busca de atendimento ao parto. A partir dos resultados encontrados, é possível observar a presença de fatores evitáveis através da realização de pré-natal de qualidade, adequado encaminhamento da parturiente e atendimento especializado à dupla mãe/RN por ocasião do nascimento e período neonatal. Sugere-se a reorganização do sistema de arquivamento de prontuários, melhoria na qualidade do preenchimento dos mesmos, sistematização de fluxo e monitoramento da frequência das crianças ao setor e garantia de atendimento desse grupo de crianças por neuropediatra.

Descritores: desenvolvimento infantil; follow-up RN de risco; pré-natal; neonatal.

Carvalho, MF. **Neuro-psychomotor Deficiencies in Children Treated in the Follow-up Out-patients for Newborns from the ICU of a Tertiary Hospital. Fortaleza, Ceará, 2007 to 2008.** Sérgio Arouca National School of Public Health – ENSP / Oswaldo Cruz Foundation – FIOCRUZ / Ministry of Health

This study aims to describe aspects relating to the gestational and neonatal period of 72 children monitored by the neuropediatric service in the Outpatient Department dealing with newborns discharged from the Neonatal ICU, to raise hypotheses regarding the association between these aspects and current neuro-psychomotor deficiencies of these children and to analyze the quality of the data registered in the hospital records. The information was collected through interviews with the mothers and consulting the mother's records (labor) and those of the newborn (outpatients and neonatal ICU). The research of data in the medical records was hampered by failings in the archiving process and poorly filled out records. All the pregnant women had had pre-natal care, 97.2% from the first trimester onwards. Among the events in the gestational period, gestational hypertension and urinary infection were most noteworthy. Premature birth accounted for 63.9% of cases and Low Birth Weight 58.3%. More than half the pregnant women had tried to be admitted into another hospital/maternity hospital before being admitted for labor. The principal interurrences at birth were neonatal sepsis and asphyxia. As current diagnosis, there is a predominance of cases of cerebral palsy (52.1%) and other neuro-psychomotor development problems (36%). In most of the cases of cerebral palsy, prior problems of neonatal sepsis or asphyxia had been registered. None of the cases in which neonatal sepsis or asphyxia was recorded led to normal development in the present.. More serious interurrences were registered, pregnant women over 35 years old, who went from more than one hospital to another searching for medical care for their delivery. These results show a series of preventable factors, which could be avoided with quality prenatal care, adequate referral of pregnant women and specialized care for the mother/newborn depending on the birth date and the neonatal period. It is highly recommended that the archiving system for medical records be reorganized, that improvement the filling out of medical records be improved, that there be a systemization of flow and monitoring of the attendance of the children and guarantees that this group of children be seen by a neuropediatrician.

Key Words: infant development; follow-up; at risk newborns; prenatal; neonatal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	19
Objetivo principal	19
Objetivos secundários	19
3. JUSTIFICATIVA	20
4. METODOLOGIA	21
Área e população estudada	22
Critérios de inclusão	23
Análise e apresentação dos dados	23
Aspectos éticos e legais	23
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO	37
7. RECOMENDAÇÕES	43
8. REFERÊNCIAS	45
9. LISTA DE ANEXOS	
I – Termo de consentimento livre e esclarecido	
II – Questionário para a mãe	
III – Questionário – Prontuário hospitalar da mãe	

1. INTRODUÇÃO

Várias estratégias e ações vêm sendo implementadas no Brasil nos últimos anos visando a melhoria da atenção à saúde da criança, especialmente buscando reduzir as taxas de mortalidade infantil ^{1,2}.

Essas ações direcionaram-se inicialmente para as causas pós-neonatais, especialmente as infecções respiratórias, diarreia e desnutrição. Como consequência observou-se, no período de 1990 a 2000, redução de 38% dos óbitos infantis com ações tais como: o Programa Nacional de Imunização; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças respiratórias, controle da doença diarreica, com a introdução da terapia da reidratação oral e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ¹. Apesar de serem constatados muitos avanços nesse aspecto, persistem as iniquidades regionais, sendo menores as chances de sobrevivência em algumas regiões, especialmente no Nordeste, onde se concentra metade dos óbitos infantis do País ^{1,3}.

No final da década de 90, com a consolidação das ações já implantadas, novas estratégias e políticas puderam ser implementadas na atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido..

A implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, representou significativo avanço na atenção à saúde da mulher e da criança. O Programa tem como objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto ⁴. O Sistema de Informações sobre o pré-natal, o SISPRENATAL, foi constituído com o intuito de gerar informações confiáveis, que possibilitassem aos gestores um maior controle, regulação e monitoramento da assistência pré-natal oferecida ⁵.. Esse sistema de informações na prática ainda não está sendo utilizado como previsto, uma vez que os serviços de saúde não o alimentam com regularidade e nem com precisão, conforme demonstra estudo realizado em nosso Estado ⁶.

O Estado do Ceará tem evoluído de maneira bastante significativa nesse sentido aliando, às ações já citadas, estratégias próprias e adaptadas às peculiaridades da região e de seu povo. Estratégias como o “Programa Viva Criança” e o “Projeto Selo UNICEF Município Aprovado” foram responsáveis pelo envolvimento de diversos atores com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança e do adolescente ^{7,8}.

Todas essas ações resultaram em impacto positivo nos indicadores de saúde do nosso Estado. Segundo o Ministério da Saúde, o Ceará apresentou em 2005 uma taxa de mortalidade infantil de 27,5/1000 nascidos vivos (NV), taxa essa bastante inferior ao apresentado em 1987, 106 por 1000 NV⁹. O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) mostra ainda que o aleitamento materno, fortemente associado à sobrevivência e boas condições de saúde da criança, tem no Ceará um dos melhores representantes do país nessa prática. Dentre as crianças acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, 75,4% das crianças até 4 meses encontravam-se em aleitamento exclusivo, em 2007. O Estado apresenta ainda um dos maiores números de Hospitais Amigo da Criança¹⁰.

Apesar de todo o avanço obtido, a redução da mortalidade infantil ainda é motivo de preocupação para gestores e profissionais de saúde, principalmente em relação ao componente neonatal que permanece em níveis elevados, inclusive em crianças aparentemente sem risco. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2005, 66,7% dos óbitos infantis no país ocorreram no primeiro mês de vida, sendo encontrados valores aproximados para a região Nordeste de 65,3% e para o estado do Ceará de 65,2%⁹. Este indicador, embora se assemelhe ao de países desenvolvidos, refletindo enfrentamento adequado na mortalidade infantil por causas pós-neonatais, mostra a necessidade do direcionamento de esforços para a redução de causas relacionadas ao período gestacional e neonatal. Observam-se, ainda, diferenças entre as causas desses óbitos neonatais em nosso país em relação aos países desenvolvidos, uma vez que no Brasil ainda existe um alto número de óbitos por causas evitáveis enquanto esse fator já se encontra superado em outros países.

Estudo realizado em Fortaleza por Carvalho¹¹ aponta alta taxa de óbitos neonatais por causas reduzíveis com adequado controle na gravidez (43,5%) e adequada atenção ao parto (20,8%), indicando que as estratégias direcionadas, sobretudo à melhoria da assistência pré-natal e do manejo obstétrico, devem ser priorizadas para reduzir a mortalidade neonatal.

Outro estudo em nível nacional corrobora tal conclusão, ressaltando o papel de intervenções como melhoria do acompanhamento pré-natal, melhoria do atendimento ao parto e dos cuidados neonatais, prevenção do baixo peso ao nascer, redução do fumo na gravidez e promoção do planejamento familiar na redução da mortalidade infantil, especialmente relacionada ao período neonatal³. Considerando as malformações congênitas como a segunda causa de óbitos neonatais, esses autores recomendam a utilização de ácido fólico no início da gestação, o não consumo de álcool e outras drogas ou medicamentos neste período, tratamento da diabetes antes da concepção e seu

controle adequado durante a gestação e screening fetal para diagnóstico de malformações.

Dados de 2005, do estado do Ceará, indicam cobertura de pré-natal com 7 ou mais consultas em 38,5% das gestantes, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A cobertura de 4 ou mais consultas atinge a 89,5% delas. O percentual de partos ocorridos em ambiente hospitalar também é elevado (98,0%), o que aponta bom grau de acessibilidade da população aos serviços de saúde ⁹.

Entretanto, outros indicadores devem ser observados a fim de garantir a qualidade da assistência ao binômio mãe-bebê, com conseqüente redução na morbimortalidade dessa população. Alguns aspectos são considerados representativos da má qualidade da assistência, compreendendo, além do pré-natal, fatores de assistência perinatal, sendo eles: a falha na taxa de captação precoce da gestante, elevada prevalência de sífilis congênita, elevada razão de morte materna e baixa proporção de consultas de puerpério ¹². Os autores associam ainda a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto, o que leva a mulher em trabalho de parto a peregrinar em busca de vagas nos hospitais.

Observam-se ainda falhas na detecção precoce de gestantes e baixo acesso à realização de exames complementares regulares, preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Algumas vezes o acompanhamento pré-natal é realizado por profissionais pouco qualificados, sem conseguir detectar e intervir em tempo hábil sobre as intercorrências potencialmente prejudiciais à saúde da gestante e do bebê ¹³.

Estudos realizados em outros contextos de assistência apontam associação entre inadequada assistência pré-natal e fatores como baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, ausência de companheiro, ausência de atendimento nos serviços públicos de saúde, alta paridade materna e idade materna nos extremos da vida reprodutiva (<20 e >35 anos). Os estudos enfatizam a associação entre inadequação da assistência a fatores indicativos de persistência de desigualdade social, evidenciando que grupos mais vulneráveis recebem pré-natal mais deficiente ^{13,14}. A presença desses fatores pode ser constatada também em estudo preliminar ao nosso realizado no mesmo hospital, no qual se identificou associação entre uma menor utilização dos serviços de pré-natal e menor escolaridade materna, mães solteiras, pertencentes às camadas dos extremos da vida reprodutiva e com roturas de membranas ¹⁵.

O adequado atendimento às gestantes e crianças em seu primeiro ano de vida é fundamental para a garantia da saúde de ambos. A redução da ocorrência de deficiências

em crianças, potencialmente evitáveis a partir do já disponível conhecimento disponível sobre suas causas, deve nortear as ações de gestores em todos os níveis de atenção.

A Organização Mundial de Saúde – OMS ¹⁶ – estimou que, 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. Segundo o censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 14,5% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência ¹⁷.

Alguns dos fatores responsáveis pela ocorrência de deficiências em crianças encontram-se associados ao período gestacional (desnutrição materna, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, doenças renais, uso de álcool ou drogas e as infecções adquiridas, como sífilis, AIDS, citomegalovirose e toxoplasmose), ao momento do nascimento (parto prolongado, prolapso do cordão umbilical e aspiração meconial, muitas vezes responsáveis pela hipóxia neonatal) ou após o nascimento (desnutrição severa, doenças orgânicas ou infecções que comprometam o sistema nervoso central). Fatores como alterações genéticas (síndrome de Down, doenças metabólicas, hipotireoidismo e fenilcetonúria, entre outras) e acidentes nos primeiros meses ou anos de vida também estão associados à ocorrência de deficiências em crianças ¹⁸.

Para a detecção, diagnóstico e acompanhamento do tratamento de deficiências em crianças, diversas escalas de desenvolvimento têm sido utilizadas. O Ministério da Saúde recomenda o preenchimento e a observação rotineiros dos dados relativos ao desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança. Em clínicas e consultórios especializados outros testes e escalas têm sido utilizados como forma de monitorar de maneira mais detalhada aspectos do desenvolvimento infantil, tais como Teste de Denver, Escala Samarão Brandão, Escala de Desenvolvimento Heloísa Marinho, entre outras ¹⁹.

Como medida efetiva de promoção da saúde, ressalta-se a importância de investir nos fatores preveníveis, uma vez que é responsabilidade dos profissionais de saúde envidar todos os esforços no sentido de garantir, não só a sobrevivência, como também a qualidade de vida da população por eles atendida.

Medidas simples, porém efetivas, direcionadas às mulheres no período de gestação e do parto e no acompanhamento adequado do recém-nascido e da criança durante o primeiro ano de vida, poderiam evitar diversos comprometimentos psicomotores ligados ao nascimento.

As conseqüências da ocorrência de infecções como rubéola na gravidez, por exemplo, são plenamente evitáveis com ampla cobertura da vacina tríplice viral na população infantil e feminina em idade fértil ²⁰.

A incidência dessa síndrome apresenta tendência decrescente em nosso país, desde a inclusão da vacina no calendário básico de imunização e das freqüentes campanhas de imunização de mulheres em idade fértil. Entretanto, sabe-se da pequena adesão de adultos a essas campanhas, havendo necessidade de esforço contínuo e persistente para alcançar as coberturas desejadas. Buscando minimizar esse quadro, foi realizada em 2008 a Campanha Nacional de Vacinação para a Eliminação da Rubéola para pessoas entre 20 e 39 anos. O enfrentamento dessa síndrome reveste-se de fundamental importância em virtude das altas taxas de comprometimentos psicomotores na criança, especialmente quando a infecção ocorre no primeiro trimestre da gestação. Seqüelas como deficiência auditiva, doenças cardíacas congênitas, microcefalia, catarata, retardo mental e meningoencefalite, assim como complicações como baixo peso ao nascer são freqüentes em crianças acometidas pela síndrome da rubéola congênita ²¹.

Outra intercorrência da gravidez que pode ser controlada a partir de diagnóstico e tratamento seguros durante a gravidez, é a sífilis na gestante e, conseqüentemente, a sífilis congênita, evitando-se a transmissão vertical com tratamento adequado da gestante e do seu companheiro. Essa enfermidade, algumas vezes fatal para o bebê, pode ainda, em caso de sobrevivência, ocasionar a prematuridade com suas possíveis complicações como anóxia, retardamento mental, deficiência auditiva e outras conseqüências de lesões degenerativas do Sistema Nervoso Central ^{22,23}.

Segundo o Ministério da Saúde, na pesquisa nacional “Taxa de Prevalência de Sífilis em Parturientes por Grande Região”, realizada em 2004, foi identificada prevalência média de 1,6% de sífilis em parturientes, sendo esse dado ainda mais elevado na Região Nordeste (1,9%). Esse resultado estimou 12.000 nascidos vivos com sífilis congênita no país ²⁴. Entretanto, dados do Ministério da Saúde indicam o registro de 5.742 casos confirmados em 2005, sendo 339 no estado do Ceará ⁹.

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde 1986. Apresentava ainda alta prevalência, com taxa média de 1,9% em 2005, segundo o Ministério da Saúde. Isso é ainda mais grave em virtude da possibilidade de haver subnotificação e da constatação do fato de que 78% das mães infectadas haviam realizado pré-natal. Embora 56% das gestantes tivessem sido diagnosticadas dessa patologia na gravidez, o tratamento parece ter sido ineficiente, demonstrando baixa qualidade do pré-natal ²⁴.

Merece ainda atenção especial o monitoramento e adequada intervenção em gestantes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Estudos mostram o envolvimento do Sistema Nervoso Central desses bebês, com comprometimentos que podem manifestar-se precoce ou tardiamente. Alterações como microcefalia, rebaixamento cognitivo, sinais piramidais, distúrbios do humor e do comportamento, assim como complicações decorrentes do uso de anti-retrovirais são comuns ²⁵.

Com base no Projeto Nascer, implantado em 2002 pelo Ministério da Saúde, foi introduzido o teste rápido de HIV e sífilis na admissão para o parto em mulheres sem resultado do exame na gestação, buscando minimizar o risco de contaminação vertical dessas doenças. O Projeto Nascer envolve ainda a capacitação de pessoal na prevenção, detecção e tratamento de casos de HIV e sífilis ²⁶. Entretanto, na prática, esse Projeto tem sido implantado de forma muito incipiente, havendo necessidade de maiores investimentos nessa área.

O crescimento intra-uterino, cujo retardo pode ter como conseqüência o óbito ou severas morbidades no recém-nascido, deve ser acompanhado cuidadosamente durante a gestação. Essa medida pode determinar a realização de intervenções adequadas como a antecipação do momento do parto ²⁷.

O momento do parto é potencialmente crítico para a mãe e a criança, sendo necessária toda a atenção e qualificação possíveis, a fim de proporcionar desfecho favorável para ambos. No entanto, nem sempre essas condições estão disponíveis ou, quando sim, não conseguem evitar a ocorrência de eventos inesperados.

Ainda é comum em nosso país, especialmente em hospitais de pequeno porte, a presença de apenas um profissional na sala de parto, desempenhando o papel de anestesista, obstetra e neonatologista. Nesses casos, em face de qualquer complicação, o profissional deve desdobrar-se para atender a mãe e o bebê, muitas vezes colocando em risco a vida de um deles. Por isso é indispensável à equipe ser composta por um profissional bem treinado para assistir ao RN, além do obstetra.

Uma das opções é a realização de partos de baixo risco por enfermeiros obstetras, incentivada pelo Ministério da Saúde como uma das estratégias do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento - PHPN ²⁸. Esses profissionais, devidamente habilitados na atenção ao parto de baixo risco, encontram-se capacitados a reconhecer situações de risco e a encaminhar as pacientes em tempo hábil ao serviço adequado. O trabalho em equipe com a enfermagem obstétrica possibilita ao médico obstetra dedicar-se ao atendimento de complicações surgidas na assistência à gestante de baixo risco

durante o trabalho de parto, prestar assistência às gestantes de alto risco, efetuando intervenções médicas de qualidade que possam garantir a saúde da mãe e do bebê²⁹.

Drogas rotineiramente usadas em obstetrícia com o objetivo de aliviar a dor, acelerar o trabalho de parto, anestésias e combater sintomas/sinais de náuseas e vômitos também podem causar efeitos adversos para o bebê. A redução do aporte de oxigênio, com o aumento de chances para o sofrimento fetal, do uso de fórceps e realização de cesáreas são algumas dessas conseqüências, indicando a necessidade de uma avaliação criteriosa do uso dessas drogas³⁰.

A ocorrência de anóxia perinatal, potencialmente responsável por lesões em diversos órgãos, tem permanecido em níveis elevados em nosso país. Sequelas, tais como retardo mental, ataques epiléticos e paralisia cerebral estão fortemente associadas aos danos cerebrais decorrentes da falta de oxigenação adequada no período perinatal³¹.

Estudos como os realizados por Nascimento et al³², Funayama et al³³ e Kolatar et al³⁴, apontam fatores associados à ocorrência da anóxia perinatal. Esses fatores podem estar relacionados à mãe (especialmente pela presença de hipertensão arterial, pré-eclampsia e eclampsia), ao trabalho de parto (hemorragia anteparto ou descolamento prematuro de placenta e amniorrex prematura) ou à criança (baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino – RCU e prematuridade).

Outros autores, ao analisarem os fatores de risco para asfixia em recém-nascidos com peso acima de 1000g, encontraram associação com as variáveis parto cesáreo, rotura prolongada de membranas, líquido amniótico meconial, hemorrágico ou purulento, oligoâmnio ou poliidrâminio, uso de anestesia, anestesia geral e idade gestacional menor que 37 semanas³⁵.

A asfixia é a causa mais importante de morbidade de crianças a termo. Nestas, quando severa, a asfixia causa óbito em 30 a 75% dos casos, paralisia cerebral ou retardo mental, geralmente acompanhado de outros distúrbios em 30% e algum grau de seqüela em longo prazo em 100% dos casos³⁶.

A sepsé neonatal, intercorrência potencialmente comprometedora do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, permanece em níveis elevados em nosso país. Estudo realizado em outro hospital da rede pública do Brasil encontrou associação estatisticamente significativa entre essa intercorrência, quando ocorrida precocemente, e fatores como prematuridade, baixo peso ao nascimento, presença de infecção materna, filho anterior com infecção neonatal e ruptura de membranas mais de 18 horas antes do nascimento³⁷.

No ambiente da UTIs neonatais, modernas técnicas médicas e procedimentos direcionados a preservar a vida das crianças de muito baixo peso têm sido apontados como potencialmente favorecedores da ocorrência de sepse tardia. Entre essas intervenções, pode-se citar intubação, ventilação mecânica, cateter arterial ou venoso, alimentação parenteral, tubo nasogástrico, e scalp fetal ³⁸.

A prevalência de paralisia cerebral, cuja etiologia está associada aos fatores já citados, permanece elevada, apesar dos avanços da medicina. A julgar pela sua etiologia, seria possível esperar uma diminuição de sua ocorrência a partir desses avanços e das melhores condições atualmente disponíveis na atenção à gestante e à criança. Embora tenha ocorrido tal diminuição houve, no entanto, mudança em suas causas. Como exemplo, pode-se citar o caso dos prematuros extremos que atualmente apresentam maiores chances de sobrevivência, por outro lado elevam a parcela de eventos de paralisia cerebral ³⁹. Essa tendência se confirma em pesquisas realizadas em países como Estados Unidos e Canadá, onde as taxas de prevalência de paralisia cerebral têm aumentado, ao mesmo tempo em que tem ocorrido uma redução na mortalidade infantil, especialmente no grupo de prematuros extremos ^{40, 41, 42}.

Entretanto, inúmeras intervenções podem ser efetuadas nos diversos níveis de atenção para prevenir a ocorrência da prematuridade extrema ou, quando isto não for possível, minimizar suas consequências deletérias. Ações de prevenção primária em todas as mulheres em idade fértil (políticas educacionais e de saúde direcionadas ao reconhecimento e eliminação de fatores de risco, por exemplo, vacinação contra rubéola), no período gestacional (suplementação nutricional, cessação do hábito de fumar e do consumo de bebidas alcoólicas, cuidados pré-natais e periodontais segundo protocolos e “screening” de gestantes de alto-risco) podem ser decisivas no enfrentamento da questão. A prevenção secundária também pode intervir no período pré-gestacional, em função do tratamento precoce de mulheres de risco, assim como, durante a gestação, na prevenção de prematuridade espontânea ou indicada, modificação de atividades maternas e melhoria dos cuidados com as gestantes de risco. Em nível terciário, intervenções junto a mulheres com risco imediato para a prematuridade, através do diagnóstico precoce de trabalho de parto prematuro, tratamento das situações de risco, cuidados adequados após essas intervenções e após o nascimento de crianças prematuras, também são fundamentais para a redução da morbi-mortalidade desses recém-nascidos ⁴³.

Atualmente importantes questões éticas têm sido levantadas acerca da reanimação do prematuro extremo ou da conduta a ser seguida na presença de anomalias congênitas.

Almeida e Guinsburg⁴⁴ analisam a complexidade da situação a ser enfrentada pela equipe médica e pela família dos pacientes, relativas às decisões a serem tomadas em breve intervalo de tempo quanto à iniciação ou à interrupção da reanimação neonatal, levando-se em conta a alta taxa de morbimortalidade e os prováveis comprometimentos psicomotores desse grupo de crianças. Ramos⁴⁵ propõe que essa decisão seja tomada em conjunto entre a equipe e a família, com base em informações consistentes, preferencialmente antes do nascimento. O autor ressalta ainda que o conceito de “viabilidade” tem mudado com o decorrer do tempo, não sendo atributo exclusivo do recém-nascido, mas da sua interação com o meio que o recebe.

A criança nascida em situação de risco necessita, além de adequada atenção no momento do parto, da realização de procedimentos laboratoriais para o diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico das lesões possivelmente existentes, possibilitando intervenção precoce e diminuição significativa de comprometimentos psicomotores⁴⁶.

Algumas características do recém-nascido e intercorrências no período perinatal, como baixo peso ao nascer, asfixia perinatal, tempo de permanência na UTI neonatal maior que 5 dias e prematuridade, possuem forte associação com alterações no desenvolvimento da criança, o que aponta para a necessidade de acompanhamento sistemático de tais pacientes nos primeiros anos de vida⁴⁷.

Embora nem todos os serviços de saúde disponham de condições para realizar os exames necessários, é possível, com base na avaliação do recém-nascido pelo Índice de Apgar, identificar a presença de alguns possíveis comprometimentos na saúde da criança e adotar as medidas adequadas, incluindo acompanhamento mais sistemático por equipe multiprofissional. Esse índice, criado por Virgínia Apgar em 1953, possibilita uma avaliação da vitalidade do recém nascido por meio da observação de frequência cardíaca, cor da pele, tônus muscular, respiração e atividade reflexa. Tem sido utilizado rotineiramente em maternidades de todo o mundo, sendo importante preditor da saúde da criança.

O índice de Apgar baixo no primeiro minuto (< 7) está ligado a alguns fatores de risco relativos à gravidez ou ao parto, tais como gravidez muito precoce, antecedente de natimortalidade, primiparidade, prematuridade, baixo peso ao nascer (<2.500 g) e ameaça de parto prematuro⁴⁸, além de complicações intraparto.

Alterações anatomopatológicas da placenta, especialmente compatíveis com baixo fluxo sanguíneo, têm sido relacionadas a menores índices de Apgar e menor idade gestacional. Dessa forma, pode ser indicado tal exame com fins de esclarecer causas de

hipóxia perinatal não evidenciadas na clínica, permitindo melhor compreensão da fisiopatogenia de intercorrências fetais ⁴⁹.

Nos casos em que a criança necessita permanecer em UTI Neonatal, alguns cuidados devem ser tomados, visando evitar possíveis seqüelas. Neste período, a exposição do recém-nascido a várias medidas clínicas e cuidados pode contribuir para o comprometimento do seu desenvolvimento neurocomportamental, especialmente naquele de baixo peso ou prematuro, uma vez que seus sistemas ainda não estão maduros ao nascer, especialmente o sistema nervoso ⁵⁰.

O correto posicionamento do bebê na incubadora, por exemplo, contribui para proteger seu futuro desempenho motor, diminuindo as chances deste vir a apresentar tônus anormal nos ombros e quadris, o que dificultaria futuras aquisições neuromotoras ⁵¹.

Algumas medidas tomadas no período neonatal podem detectar precocemente a presença de comprometimento no desenvolvimento da criança. Uma dessas é a realização da Triagem Neonatal, através do Teste do Pezinho, que pretende promover a detecção de doenças congênitas (especialmente fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística) em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos ⁵².

Entretanto, fatores como a idade da coleta da 1ª amostra de sangue, tempo decorrido entre a coleta, a entrada do material no laboratório, a comunicação do resultado aos pais e a idade do início do tratamento, têm sido dificultadores de intervenção precoce e eficaz ⁵³.

Alguns hospitais têm implantado serviços de follow-up de recém-nascidos de risco. Segundo Moreira ⁵¹ esses serviços têm o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, para que possíveis alterações sejam detectadas precocemente a fim de serem realizadas intervenções para minimizar as seqüelas. Esses serviços, em parceria com os serviços de reabilitação, têm acompanhado e procurado reduzir o sofrimento dessas crianças e suas famílias, sendo responsáveis pela melhoria em sua qualidade de vida.

Apesar da indicação do acompanhamento de todas as crianças nas Unidades de Saúde pelas Equipes de Saúde da Família, o papel desses serviços é fundamental para o acompanhamento daquelas com possíveis comprometimentos, pelo maior acesso a profissionais e serviços especializados.

O Ministério da Saúde, através de iniciativas como o Método Mãe Canguru, tem orientado os hospitais da rede pública na atenção ao recém-nascido de baixo peso.

Temas como humanização do atendimento perinatal, aspectos psicoafetivos e biológicos, cuidados com o recém-nascido de baixo peso e seguimento ambulatorial são discutidos na capacitação de profissionais para a implantação do Método, além de serem adequadas enfermarias exclusivas para o acolhimento de bebês e suas Mães (e Pais) – Canguru⁵⁴.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a instalação de Bancos de Leite Humano em maternidades também têm contribuído para a humanização do atendimento ao binômio mãe-filho. Essas ações favorecem o contato entre a mãe e o recém-nascido, contribuindo para a formação de vínculos afetivos, essenciais para um bom desenvolvimento psicoafetivo do bebê e especialmente delicado e imprescindível na presença de deficiências.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Descrever aspectos relativos ao período gestacional e neonatal de crianças acompanhadas no serviço de neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2007 a abril de 2008.

2.2. Objetivos secundários

- Levantar hipóteses referentes à associação entre esses aspectos e deficiências neuropsicomotoras atuais dessas crianças.
- Levantar hipóteses referentes à qualidade do registro dos dados dos prontuários hospitalares dessas crianças.

3. JUSTIFICATIVA

As características atuais da morbimortalidade infantil diferem bastante daquelas encontradas em décadas anteriores. Fatores como maior acesso aos serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família têm contribuído para maior democratização da saúde. Avanços tecnológicos têm aumentado as chances de sobrevivência de bebês muito prematuros e/ou de baixo peso.

Apesar dos indicadores de cobertura do pré-natal e de partos hospitalares se mostrarem satisfatórios, estes não traduzem, necessariamente, adequada qualidade dos serviços oferecidos à população, especialmente àquela de nível socioeconômico menos favorecido.

Diante do exposto, conhecer as características das crianças acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de um Hospital Terciário, em Fortaleza, é relevante por permitir identificar alguns fatores ligados à gravidez, ao momento do parto e ao período neonatal, que possam ter contribuído para o comprometimento no desenvolvimento da criança. Com isso, poder-se-á levantar algumas hipóteses sobre a evitabilidade de tais fatores, subsidiando, assim, ações que possam ser concretizadas no enfrentamento dessa questão.

Ressalte-se ainda ser esse um tema pouco discutido na literatura e que o estudo nos permitirá, também, avaliar a qualidade dos dados disponíveis nos prontuários hospitalares e a sua adequação à necessidade do sistema de saúde.

4. METODOLOGIA

Foi realizado estudo de série de 72 casos, com base em dados primários e secundários de crianças nascidas em hospital terciário em Fortaleza e acompanhadas no setor de neuropediatria do Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI. Tais pacientes são regularmente encaminhados ao mencionado serviço ambulatorial com suspeita ou diagnóstico de deficiências psicomotoras.

Foram consideradas crianças com deficiências “aquelas que apresentavam, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que geram incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão normal para o ser humano”, segundo Decreto nº 3.298/99 e que serve de base para a construção da Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência⁵⁵.

A principal intercorrência ao nascer foi considerada variável dependente. Como variáveis independentes foram consideradas aquelas relacionadas à história reprodutiva da mãe, da gestação e do parto, com destaque para os eventos neonatais, assim como aqueles relativos ao seu acompanhamento nesse serviço.

As informações foram coletadas a partir de entrevistas com as mães das crianças por meio de questionário estruturado e da consulta aos prontuários da mãe (parto) e do RN (ambulatório e UTI neonatal), a fim de resgatar dados relativos ao nascimento e ao seu acompanhamento neste serviço.

Os questionários foram pré-testados durante o mês de dezembro/2007, sendo feitas as adequações necessárias.

As entrevistas e pesquisas nos prontuários foram realizadas no período de novembro de 2007 a abril de 2008.

O acompanhamento pré-natal foi analisado utilizando o Índice de Kotelchuck, instrumento elaborado para avaliar a adequação do número de consultas realizadas pela gestante à idade gestacional.

As principais intercorrências ao nascer e o diagnóstico atual da criança foram codificadas com base na Classificação Internacional de Doenças – CID 10ª revisão, a partir das informações contidas nos prontuários, com a colaboração do orientador, pediatra com larga experiência em UTI neonatal. A classificação de prematuridade

também foi realizada com base nesse instrumento, o qual define: a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas), e pré-termo (idade gestacional < 37 semanas),

Para o agrupamento das principais intercorrências ao nascer foram considerados como Problemas Respiratórios Primários os casos de desconforto respiratório não especificado do recém-nascido e de aspiração neonatal de mecônio.

O diagnóstico de sepse neonatal em crianças foi considerado quando referido explicitamente no prontuário ou pela descrição neste do uso de ventilação mecânica prolongada ou de utilização de medicamentos compatíveis com esse quadro.

O diagnóstico de paralisia cerebral infantil foi considerado quando referido explicitamente no prontuário ou pela descrição neste de qualquer distonia muscular crônica, isolada ou de grupos musculares, com ou sem referência a retardo mental, nos pacientes em acompanhamento.

No caso de presença de duas ou mais intercorrências ou diagnósticos, esses foram classificados de acordo com o seu maior potencial de comprometimento ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

4.1. Área e população estudada

A população do estudo foi composta por todas as crianças acompanhadas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de um hospital terciário e com deficiências psicomotoras diagnosticadas, atendidas no período da pesquisa.

O hospital integra a rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, sendo identificado como referência terciária na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido. Este realiza, em média, 600 partos por mês e conta com serviços diferenciados, como a Casa da Gestante, onde as gestantes de risco ficam hospedadas, Método Mãe Canguru e Banco de Leite Humano, sendo ainda um dos primeiros hospitais do Estado reconhecido como Hospital Amigo da Criança. Possui duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com cinquenta e sete leitos para bebês de médio e alto risco, nascidos exclusivamente nesse Hospital.

Durante o período de realização da pesquisa, o Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI contava com duas pediatras, uma neuropediatra e uma geneticista para acompanhamento de crianças provenientes de unidades neonatais

daquele hospital ou nascidas com peso inferior a 2.500g. Dentre o grupo de crianças acompanhadas pelas pediatras, eram encaminhadas à neuropediatra ou à geneticista aquelas com suspeita ou diagnóstico de comprometimento neuropsicomotor. Elas eram acompanhadas em intervalos variados (a cada dois a seis meses) de acordo com a idade e o quadro clínico. No período de estudo encontravam-se em acompanhamento com a neuropediatra aproximadamente 100 crianças com idade até sete anos.

O hospital dispõe ainda de fisioterapeuta e fonoaudiólogo para atendimento às crianças.

4.2. Critérios de inclusão

Crianças com comprometimento neuropsicomotor diagnosticado e em acompanhamento pela neuropediatria, atendidas no ambulatório de seguimento durante o período da pesquisa, com exceção daquelas adotadas (2 casos), em virtude do possível desconhecimento por parte da adotante de informações relevantes acerca do período gestacional, parto e período neonatal.

4.3. Análise e apresentação dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados coletados a partir de entrevista e consulta ao prontuário. Para a análise foi utilizado o software SPSS Versão 16.0.

4.4. Aspectos Éticos e Legais

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital onde foi realizado o estudo (protocolo nº 162/2007) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (protocolo nº 180/07) para ter seus aspectos legais e éticos validados, possibilitando sua divulgação e publicação.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi informado o objetivo da pesquisa e o direito de escolha da mãe em participar, sem nenhum prejuízo àquelas que se negassem a colaborar ou desistissem durante a entrevista. Foram esclarecidos os aspectos relativos ao sigilo de sua identificação na divulgação dos resultados da

pesquisa e a não implicação de danos imediatos ou tardios para elas ou para as crianças que participaram, não havendo qualquer intervenção ou distinção entre elas.

5. RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com as mães de 72 crianças acompanhadas pela neuropediatria do Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI de um hospital terciário em Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Houve apenas um caso de recusa, tendo-se atingido quase 99% da população elegível para o estudo.

O número do prontuário da mãe e da criança foi identificado no Sistema de Informações do Hospital, tendo sido feita, a seguir, a busca em seus respectivos locais de arquivamento. Em 21 casos não foi possível identificar o número do prontuário da mãe e/ou da criança ao nascer. Entre aqueles cujos números foram obtidos, 11 prontuários não foram localizados, sendo 3 prontuários da criança ao nascer, 6 prontuários da mãe, 1 prontuário de ambos e 1 prontuário ambulatorial (seguimento).

Desta forma, ficou inviável trabalhar os dados dispostos exclusivamente nos prontuários do recém-nascido ou da mãe, limitando-se a análise apenas aos dados coletados nas entrevistas e aqueles que poderiam estar em mais de uma fonte de dados, como idade gestacional e peso ao nascer.

As principais características das crianças atendidas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário são apresentadas na tabela 1.

Na distribuição dos pacientes, observou-se homogeneidade entre os sexos. Em relação à idade das crianças atendidas identificou-se equilíbrio entre as diversas faixas etárias acima de 1 ano. Até essa idade, ocorre uma maior frequência de crianças ao serviço, devido à com necessidade de acompanhamento mais intenso.

A partir dos dados relativos à escolaridade maternidade pode-se identificar que 86,1% apresentavam escolaridade igual ou superior a 5 anos de estudo e 45,8% haviam estudado durante 9 ou mais anos. Observou-se, ainda, que a maioria das crianças era proveniente do município de Fortaleza (55,6%)

Tabela 1 - Características das crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará. 2007/2008

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	37	51,4
Feminino	35	48,6
Idade atual		
< 1 ano	18	25,0
1 e 2 anos	19	26,4
3 e 4 anos	18	25,0
5 anos e mais	17	23,6
Escolaridade materna		
Até 4ª série	10	13,9
5ª à 8ª série	29	40,3
Ensino médio	33	45,8
Procedência		
Fortaleza	40	55,6
Região Metropolitana	15	20,8
Interior	17	23,6

Ao serem analisadas as características do pré-natal, apresentadas na tabela 2, observa-se que quase a totalidade das mães iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre. O acesso ao serviço foi possível para todas, estando essa assistência distribuída entre Unidades Básicas de Saúde, Hospitais (nos casos diagnosticados como de risco), em ambos ou em outras instituições, como Centros Sociais ou locais de trabalho.

Observa-se ainda que 76,4% das gestantes realizaram mais de 4 consultas de pré-natal e 43,1% delas referiram 6 ou mais consultas.

Ao avaliar-se a adequação do número de consultas à idade gestacional no momento do parto, através do Índice de Kotelchuck, encontraram-se os seguintes resultados: 14,% tiveram um acompanhamento adequado; 51,5% intermediário; 26,5% adequado; e 7,4% mais que adequado).

Tabela 2 – Acesso e características do pré-natal das mães de crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará. 2007/2008

Variáveis	Nº	%
Idade gestacional 1ª consulta		
Primeiro trimestre	70	97,2
Segundo trimestre	02	2,8
Local de realização do pré-natal		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	35	48,6
Hospital	21	29,2
UBS + Hospital	06	8,3
Outros	10	13,9
Número de consultas pré-natal		
1 a 3 consultas	12	16,7
4 a 5 consultas	24	33,3
6 e mais consultas	31	43,1
Não soube informar	05	6,9

Na tabela 3, apresentam-se os fatores de risco relacionados ao período gestacional e perinatal. No período pré-natal, destacou-se a hipertensão gestacional, referida por 40,3% das mães. Apesar de todos esses casos terem sido detectados e acompanhados, 14 deles (48,2%) evoluíram para pré-eclâmpsia.

A presença de infecções durante o período gestacional foi identificada em 48,6% dos casos, sendo a infecção urinária a mais freqüente (40,3%).

O uso de álcool e/ou fumo durante a gravidez esteve presente em 15,4% dos casos, sendo que 5,6% consumiram somente álcool, 5,6% somente fumo e em 4,2% das mães houve consumo associado das duas substâncias. A utilização de drogas ilícitas no período não foi relatada. Em relação ao uso de drogas abortivas foram relatados 2 casos.

Em relação aos fatores de risco perinatais, identifica-se uma elevada freqüência de prematuridade. O baixo peso ao nascer também esteve presente em mais de um terço dos casos, e em 22,2% dos recém-nascidos o peso foi menor que 1.500g. Ressalte-se

que ocorreu a perda de informação de 1 caso sobre a idade gestacional ao nascimento e 1 caso em relação ao peso ao nascer.

Tabela 3 – Fatores de risco associados à gravidez, parto e pós-parto das crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará. 2007/2008

Fatores de risco	Nº	%
Pré-natais		
Morbidades maternas		
Hipertensão gestacional	29	40,3
Sífilis, toxoplasmose ou rubéola	06	8,3
Infecção urinária	29	40,3
Hemorragia	18	25,0
Comportamento materno		
Consumo de bebida alcoólica	04	5,6
Uso de tabaco	04	5,6
Consumo de álcool e tabaco associados	03	4,2
Perinatais		
Prematuridade (IG <37 semanas)	46	63,9
Baixo peso ao nascer (1.500 a 2.499g)	26	36,1
Muito baixo peso ao nascer (<1.500g)	16	22,2

No momento do parto, observa-se que houve deslocamento da gestante em busca de vaga em outras maternidades, seja por falta de leitos ou por necessidade de atendimento especializado não disponível nos municípios de origem.

Esta situação é apresentada na Tabela 4, na qual pode ser verificado que mais da metade das gestantes tentaram internação em outro hospital/maternidade antes de serem efetivamente hospitalizadas para o parto. Quatro mães percorreram outros dois hospitais e duas passaram por outros três hospitais antes de obter internação no hospital em estudo.

Tabela 4 – Número de maternidades percorridas por ocasião do parto entre as mães de crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório, de seguimento, de recém-nascidos, egressas, da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará - 2007/2008

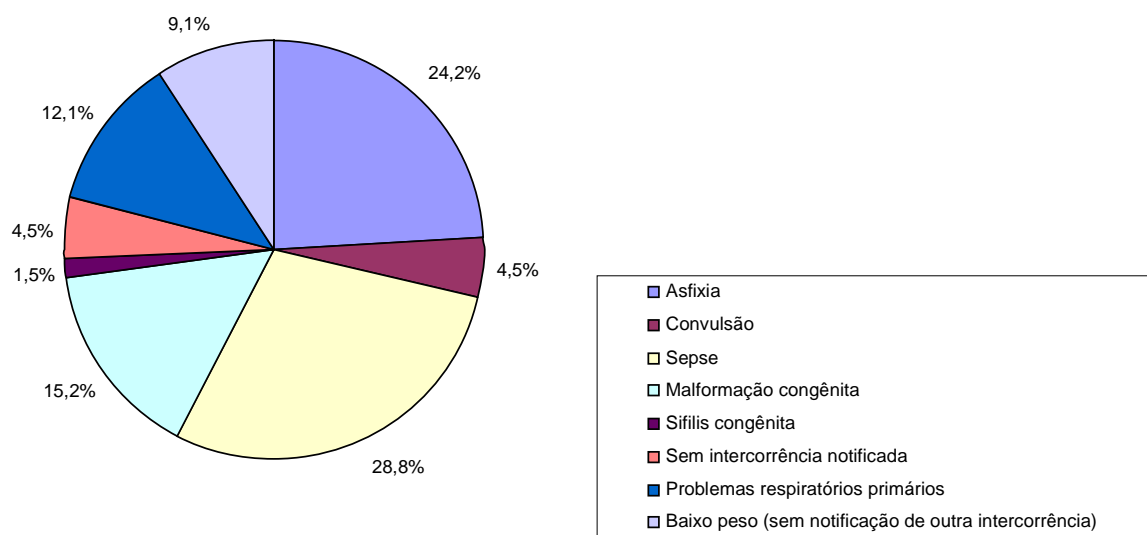
Número de maternidades percorridas	Nº	%
1	32	44,4
2	34	47,2
3	04	5,6
4	02	2,8
Total	72	100,0

As principais intercorrências ao nascer estão expostas no Gráfico 1, agrupadas segundo capítulos da CID 10^a revisão. Observa-se a predominância de casos de sepse do recém-nascido (28,8%). A asfixia ao nascer esteve presente em 24,2% dos casos, seguida pelas malformações congênitas, em 15,2% dos casos e por problemas respiratórios primários (12,1%).

Mais de 9% dos recém-nascidos foram internados na UTI tendo como indicação única registrada no prontuário o baixo peso ao nascer, isto é, sem referência documentada de outras intercorrências concomitantes. Para três crianças (4,5%) não havia relato de problemas ao nascimento, havendo o surgimento de complicações posteriores que justificaram a necessidade de encaminhamento e acompanhamento pela neuropediatria do serviço de *follow-up*.

Em seis casos (8,3%) a não localização de prontuários e/ou a fragilidade dos seus registros não nos permitiu identificar a intercorrência de maior significância por ocasião do nascimento.

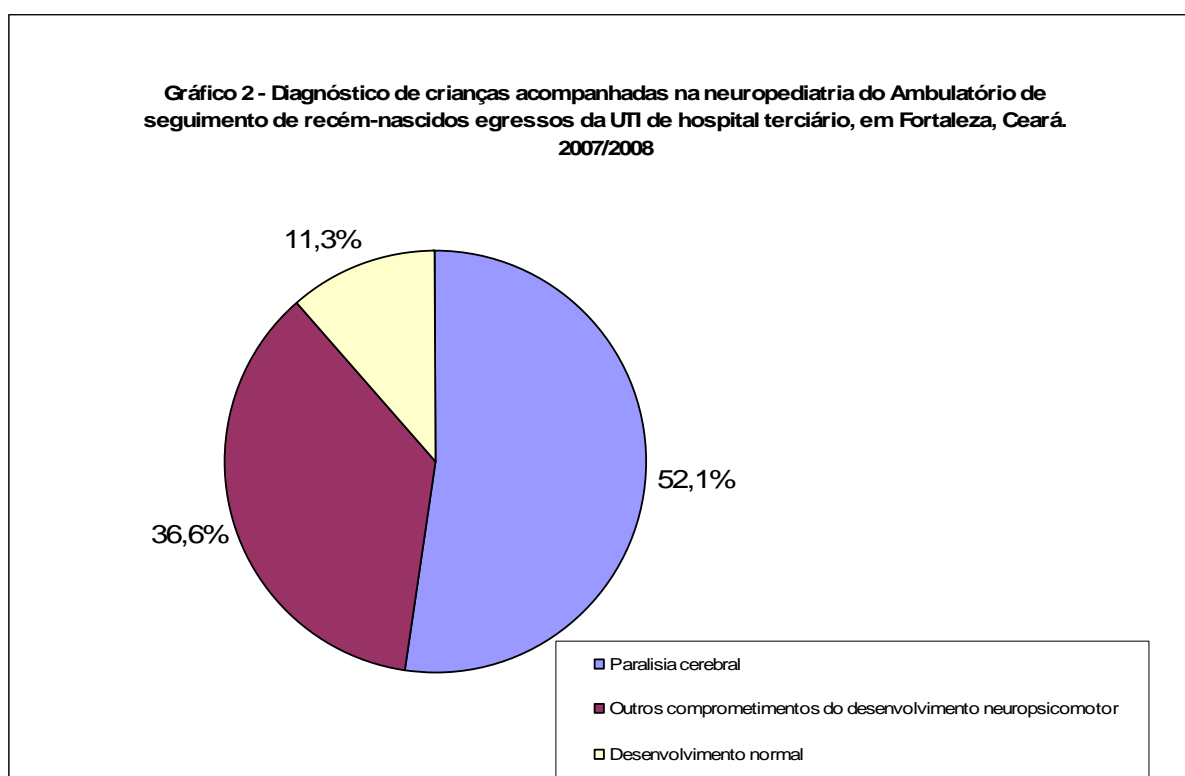
Gráfico 1 – Principais intercorrências ao nascimento de crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará. 2007/2008



- Em 6 casos o prontuário com a informação não foi localizado

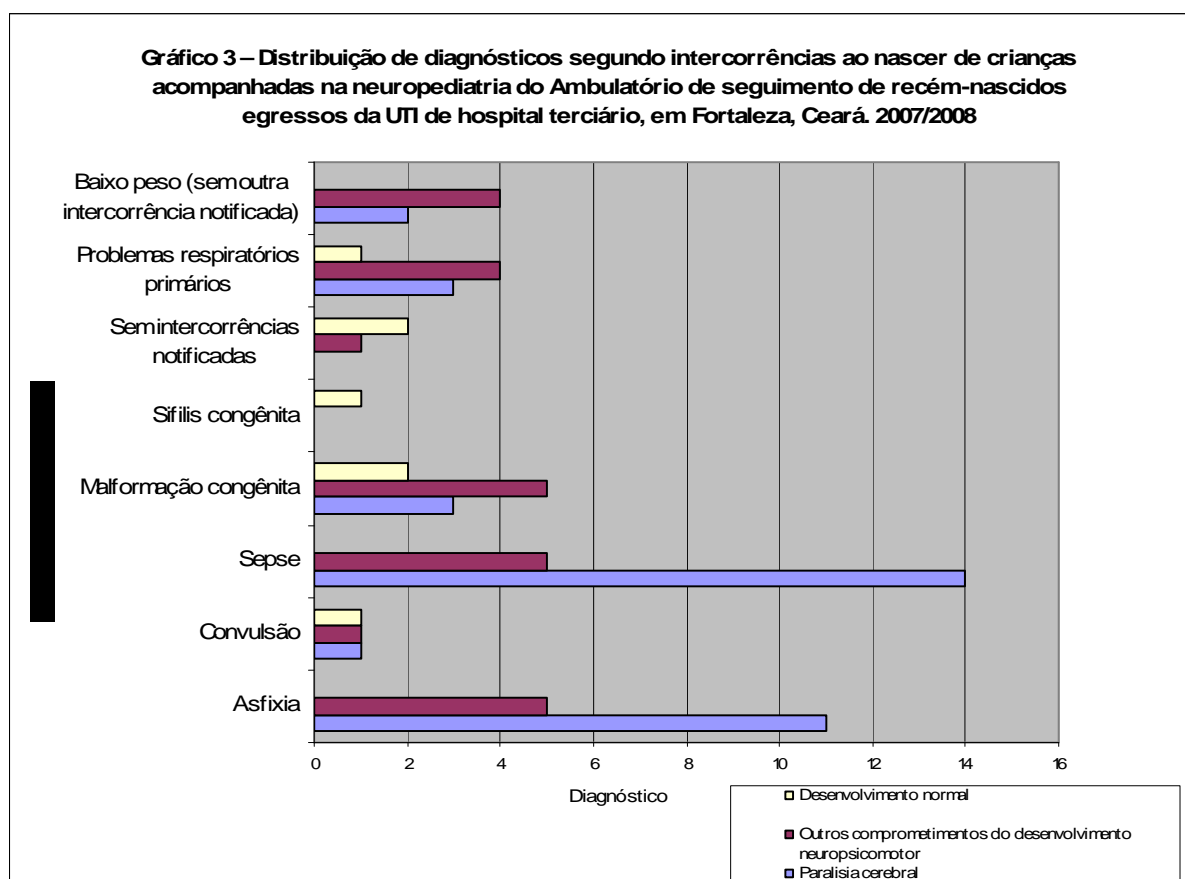
O diagnóstico atual das crianças aponta para uma predominância de casos de paralisia cerebral, registrada em 52,1% dos casos. Outros comprometimentos do desenvolvimento neuropsicomotor foram diagnosticados em 36,6% das crianças.

Observa-se que 8 crianças (11,3%) apresentam desenvolvimento normal à época da entrevista, a despeito das intercorrências ao nascer e, em apenas um caso, a não localização do prontuário da criança nos impossibilitou de analisar o seu diagnóstico e desenvolvimento atual.



* Em 1 caso o prontuário com a informação não foi localizado

Ao analisarmos a distribuição de diagnósticos segundo intercorrências ao nascer, apresentados no Gráfico 3, podemos observar que a maioria dos casos de paralisia cerebral foi precedida pela ocorrência de sepse neonatal, seguidos por aqueles onde ocorreu asfixia do recém-nascido. É possível constatar ainda que nenhum dos casos em que ocorreu sepse ou asfixia evoluiu para desenvolvimento normal. Os recém-nascidos com malformações congênitas, baixo peso ao nascer, sem outras intercorrências notificadas, ou problemas respiratórios primários evoluíram em sua maioria para comprometimentos menos graves de seu desenvolvimento, tendo como segundo desfecho a paralisia cerebral. Os casos em que a criança estava com desenvolvimento normal no período da pesquisa encontram-se distribuídos entre aqueles com registro de problemas respiratórios primários, sífilis congênita, malformação congênita, convulsão e aqueles nos quais não houve notificação de intercorrências ao nascer. Essas crianças permanecem neste ambulatório para realização de controle médico, estando algumas em processo de alta.



- Para as informações Intercorrências e Diagnósticos, em 6 casos os prontuários com as informações não foram localizados

A partir dos dados dispostos na Tabela 5, pode-se observar a influência do peso ao nascer no diagnóstico atual das crianças, de acordo com as intercorrências registradas por ocasião do nascimento.

Peso igual ou inferior a 2.500g foi apresentado por 58,3% das crianças. O grupo com peso maior ou igual a 2.500g apresentou uma melhor evolução, a despeito das intercorrências ao nascer. Neste grupo, os diagnósticos de paralisia cerebral estão presentes em 34,8% dos casos, enquanto entre as crianças com baixo peso ao nascer esse diagnóstico foi quase duas vezes maior.

Observa-se ainda que 17,4% das crianças com peso ao nascer ≥ 2.500 g encontravam-se à entrevista com desenvolvimento normal para a idade, enquanto apenas 7,1% das crianças nascidas com baixo peso apresentaram esse quadro.

Tabela 5 - Distribuição de diagnósticos segundo intercorrências ao nascimento de acordo com a faixa de peso ao nascer das crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório, de seguimento, de recém-nascidos, egressas, da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará - 2007/2008

Intercorrências	Diagnósticos			Total
	Paralisia Cerebral	Outros comprometimentos do desenvolvimento neuropsicomotor	Desenvolvimento normal	
Peso ao nascer ≥ 2500g				
Asfixia	3	4	0	7
Convulsão	0	0	1	1
Sepse	1	0	0	1
Malformação congênita	2	4	1	7
Sem intercorrências notificadas	0	1	2	3
Problemas respiratórios primários	2	2	0	4
Total	8	11	4	23
Peso ao nascer < 2500g				
Asfixia	8	1	0	9
Convulsão	0	0	0	1
Sepse	13	5	0	18
Malformação congênita	1	1	1	3
Sífilis congênita	0	0	1	1
Problemas respiratórios primários	1	2	1	4
Baixo peso (sem outra intercorrência notificada)	2	4	0	6
Total	26	13	3	42

- Para as informações Peso ao Nascer, Intercorrências e Diagnósticos, em 7 casos os prontuários com as informações não foram localizados

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 6, podemos identificar uma maior ocorrência de intercorrências mais graves, sepse ou asfixia, entre o grupo de mães com idade superior a 35 anos (76,9% das crianças desse grupo apresentaram um desses desfechos) e entre aquelas que residiam fora de Fortaleza, ou seja, na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) ou interior (59,4%). Não houve diferenças na ocorrência desses desfechos entre os grupos de mães segundo o nível de escolaridade (50,0% e 53,5%, respectivamente)

Tabela 6 - Distribuição de intercorrências ao nascer segundo características das mães das crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório, de seguimento, de recém-nascidos, egressas, da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará - 2007/2008

Intercorrências	Características maternas						
	Idade materna			Grau de instrução		Residência	
	< 20 anos	20 a 34 anos	≥35 anos	≤4ª série	≥5ª série	Fortaleza	RMF e interior
Asfixia	2	9	5	3	13	7	9
Convulsão	2	1	0	1	2	1	2
Sepse	3	11	5	2	17	9	10
Malformação congênita	1	6	3	2	8	6	4
Sífilis congênita	1	0	0	0	1	1	0
Sem notificação de intercorrências	0	3	0	1	2	1	2
Problemas respiratórios primários	2	6	0	0	8	6	2
Baixo peso ao nascer (sem outra intercorrência notificada)	1	5	0	1	5	3	3
Total	12	41	13	10	56	34	32

* Para a informação Intercorrências em 6 casos os prontuários com as informações não foram localizados

Segundo os dados apresentados na Tabela 7, no grupo de recém-nascidos cujas mães realizaram menos de 6 consultas de pré-natal encontrou-se relativamente mais asfixia e sepse.

Foram mais frequentes intercorrências como asfixia ou sepse em bebês cujas mães peregrinaram em busca de atendimento ao parto em relação ao grupo de gestantes atendidas no hospital do estudo ou as que já se encontravam internadas.

Tabela 7 - Distribuição de intercorrências ao nascer segundo as características da gravidez e do parto das crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório, de seguimento, de recém-nascidos, egressas, da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará - 2007/2008

Intercorrências	Características da gravidez e do parto			
	Número de consultas		Nº de maternidades percorridas	
	Até 5 consultas	6 ou mais consultas	1 maternidade (a do estudo)	2 ou mais maternidades
Asfixia	6	9	4	12
Convulsão	1	1	1	2
Sepse	16	2	5	14
Malformação congênita	1	9	9	1
Sífilis congênita	0	1	1	0
Sem notificação de intercorrências	1	1	2	1
Problemas respiratórios primários	5	3	4	4
Baixo peso ao nascer (sem outra intercorrência)	4	2	2	4
Total	34	28	28	38

* Para a informação Intercorrências em 6 casos os prontuários com as informações não foram localizados. Para a informação Número de consultas em 5 casos os prontuários com as informações não foram localizados. Em 1 caso, a ausência de prontuário foi comum para as duas informações.

Quase a totalidade dos casos de seps neonatal foi identificada no grupo de recém-nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros conforme é possível observar na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de intercorrências ao nascer segundo as características dos recém-nascidos acompanhados na neuropediatria do Ambulatório, de seguimento, de recém-nascidos, egressas, da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará - 2007/2008

Intercorrências	Características do recém-nascido			
	Peso ao nascer		Prematuridade	
	≥ 2500g	< 2500g	Não	Sim
Asfixia	7	9	6	10
Convulsão	1	1	2	1
Sepse	1	18	1	18
Malformação congênita	7	3	6	4
Sífilis congênita	0	1	0	1
Sem notificação de intercorrências	3	0	2	1
Problemas respiratórios	4	4	3	5
Baixo peso (sem outra intercorrência)	0	6	0	6
Total	23	42	20	46

* Para a informação Intercorrências em 6 casos os prontuários com as informações não foram localizados

6. DISCUSSÃO

As crianças acompanhadas na neuropediatria do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI de hospital terciário, em Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2007 a abril de 2008 foram avaliadas em aspectos relativos ao período gestacional e neonatal, buscando-se levantar hipóteses referentes à associação entre esses aspectos e o seu diagnóstico atual.

Apesar de todas as mães terem sido entrevistadas e os prontuários disponíveis levantados, o número de casos acompanhado por esse estudo não nos permite fazer inferências estatísticas. Entretanto, o relato de cada uma dessas histórias de vida, repletas de sofrimento e esforços de superação, nos impõe a responsabilidade de analisar detalhadamente cada uma, levantando hipóteses acerca do ocorrido, no sentido de contribuir para um melhor atendimento ao binômio mãe-filho com os adequados padrões de qualidade.

Dentre as características das crianças estudadas observa-se distribuição uniforme entre os sexos. Essa distribuição é compatível pela apresentada em estudo anterior realizado com todos os recém-nascidos egressos da UTI Neonatal do mesmo hospital no período de um ano, onde 48,22% de crianças eram do sexo masculino¹⁵. O equilíbrio entre as diversas faixas etárias, demonstra a persistência das famílias em relação ao tratamento, com crianças sendo acompanhadas até 7 anos de idade.

A grande maioria das mães das crianças avaliadas, ou seja, as que permaneciam no seguimento com seus filhos, apresentavam 5 anos ou mais de estudo. Essa característica pode ter contribuído para a sua compreensão da necessidade de acompanhamento sistemático de seus filhos e ter tido um papel relevante na superação de dificuldades nesse sentido.

Estudo realizado no estado de São Paulo, em um serviço de follow-up de crianças com peso igual ou inferior a 2000g, indica que condições socioeconômicas, entre elas a escolaridade, eventos clínicos (obstétricos e perinatais) e as doenças ocorridas com o recém-nascido durante sua hospitalização influenciam a sua evolução durante o primeiro ano de vida⁵⁶. Os efeitos do baixo peso ao nascer e renda familiar foram apontados em outro estudo como importantes na determinação de atrasos de desenvolvimento⁵⁷.

Ressalta-se, porém, a necessidade de se identificar a etiologia dos comprometimentos apresentados, a fim de que se possa determinar o prognóstico, a

natureza e extensão dos agravos para que sejam identificados os serviços necessários para atender as crianças afetadas ⁵⁸.

No entanto, essa identificação esbarra em dificuldades técnicas e operacionais, uma vez que o acesso a exames complexos, acompanhamento detalhado e registros adequados não são comuns nos serviços de saúde em nosso país. Estudo realizado com esse objetivo foi desenvolvido em município do interior do estado de São Paulo, com número de pacientes semelhante ao grupo por nós acompanhados. Embora a equipe responsável contasse com acesso a exames e prontuários, em 34% dos casos não foi possível estabelecer a etiologia das deficiências ⁵⁹.

Em caso de deficiência mental isolada, essa dificuldade torna-se ainda maior, chegando a 50% de causas não identificadas ⁵⁸.

A utilização de dados de prontuário para contribuir no processo de identificação de causas é bastante prejudicada devido à baixa qualidade da informação contida nestes, assim como devido à deficiente disponibilidade de acesso a eles em função de falhas nos sistemas de informática ou nos processos de arquivamento. Estudo realizado em prontuários de 77 (73,3%) dos 105 hospitais filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), demonstra a baixa qualidade dos dados neles disponíveis ⁶⁰.

Em nosso estudo, a busca de dados em prontuários foi bastante prejudicada devido às falhas encontradas em todas as etapas desse processo. As fragilidades iniciam-se no momento do registro no Sistema de Informações, no qual a falta de padronização no registro do nome da paciente permite que a mesma seja cadastrada de formas diferentes, pelo uso de abreviaturas em seu sobrenome, além dos erros frequentes de digitação. Essa falha ocasionou a perda de dados em prontuários de mães e crianças. Soma-se a essa fragilidade, o arquivamento inadequado dos prontuários, dificultando sua localização, ou mesmo a retirada e não devolução desses documentos. Esse estudo, assim como outros que utilizam dados de prontuários, certamente poderiam oferecer maiores contribuições se pudessem contar com a totalidade dos prontuários localizáveis e preenchidos de forma adequada.

Esse fato torna-se mais grave em virtude de terem tais eventos terem sido identificados em hospital de referência para mãe e recém-nascido, onde o campo é rico para estudos de diversas categorias profissionais. Além disso, evidencia o descuido para com informações relevantes que podem ser necessárias posteriormente para esclarecer

comprometimentos à saúde dessa população ou até mesmo para o resguardo do hospital, em caso de contestação judicial por parte dos pacientes.

O fato de quase a metade das crianças virem da Região Metropolitana e interior do Estado reforça a persistência das mães, apesar das dificuldades de deslocamento. O transporte dessas famílias é oferecido pelo município de origem quando necessário, ocorrendo a partida durante a madrugada e o retorno no final da tarde. Esses veículos transportam pacientes para vários hospitais o que ocasiona, em alguns casos, a perda do horário da consulta agendada. Durante o restante do dia a mãe permanece no hospital ou nas vizinhanças, sem qualquer suporte para si ou para o bebê.

As intercorrências relatadas durante o período gestacional sugerem que, embora todas as mães tenham tido acesso ao pré-natal e o iniciado precocemente, esse serviço pode não ter desempenhado a contento o seu papel. O Ministério da Saúde indica a realização de 6 ou mais consultas durante o pré-natal ⁶¹, sendo a falha nesse sistema responsável por parte significativa de problemas envolvendo a mãe ou o recém-nascido.

A análise da adequação do número de consultas à idade gestacional através do Índice de Kotelchuck, mostra que apenas 33,9% das gestantes receberam acompanhamento adequado ou mais que adequado, o que pode ter comprometido o acompanhamento destas gestações, colaborando para um desfecho desfavorável para a dupla mãe-bebê.

O mesmo pode-se supor acerca do fato de quase a metade das gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial ter evoluído para pré-eclâmpsia, apontando para uma provável má-qualidade do atendimento pré-natal. Este dado torna-se mais relevante pela hipótese discutida em estudos anteriores de que a hipertensão gestacional *per se* não parece ser responsável pelo comprometimento neurológico dos neonatos ⁶².

Quando entram em trabalho de parto, as gestantes são expostas a outra situação de risco. A escassa oferta de leitos obstétricos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) e intermediário (UI) nos municípios do interior e em bairros periféricos as leva a uma verdadeira “peregrinação” em busca de atendimento ao parto, o que contribui para a elevação da morbimortalidade materna e infantil. Os dados coletados mostram que a maioria das gestantes percorreu mais de uma maternidade. Essa demora no atendimento, o deslocamento em ambulâncias ou veículos nem sempre adequados, aliados ao stress emocional por que passa a parturiente, sem dúvida podem contribuir para um desfecho negativo para a mãe, o recém-nascido ou ambos. Nesse estudo, mais que o dobro dos

recém-nascidos cujas mães percorreram mais de uma maternidade em busca de atendimento apresentou intercorrências mais severas ao nascer (asfixia e sepse neonatal). Estudos anteriores realizados em outro estado brasileiro envolvendo todos os nascimentos em hospitais públicos apontam um total de 33,5%⁶³ e 32,9%⁶⁴ de gestantes que percorreram 2 ou mais maternidades, percentual inferior ao encontrado para esse grupo. O maior percentual nessa pesquisa certamente está relacionado ao perfil de maior risco gestacional do grupo estudado, cujas mulheres estiveram mais expostas a essa “peregrinação”.

Ao nascer, as crianças acompanhadas por esse estudo, foram expostas a algumas intercorrências, sendo as mais frequentes sepse e asfixia. Na maioria dos casos, estavam presentes os fatores de risco a elas associados em outros estudos, já citados anteriormente, o que indica a necessidade de um melhor acompanhamento pré e perinatal para a redução de ocorrências tão graves, ambas previsíveis e preveníveis^{32, 33, 34, 35, 37, 38}.

Mais de 15% das crianças apresentavam algum tipo de malformação congênita. Costa et al⁶⁵ encontraram, em estudo com dados primários, associação entre anomalia congênita e nascimentos em maternidade pública ou conveniada com o SUS, apontando maior frequência do problema entre crianças provenientes de famílias com baixas condições socioeconômicas e baixa cobertura de assistência pré-natal, com até 3 consultas. Dados não expostos desse estudo revelaram que a maioria das malformações congênitas foi diagnosticada intra-útero, o que levou as gestantes a receberem acompanhamento pré-natal mais frequente.

Ao serem analisados os diagnósticos das crianças à época da pesquisa, observou-se prevalência acentuada de casos de paralisia cerebral. Esse quadro, bastante grave em algumas crianças, é suficiente para justificar a necessidade de maior cuidado dos profissionais envolvidos na atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido para que se possa evitar ou, pelo menos, reduzir os efeitos danosos à criança e sua família que tal condição acarreta.

A maioria dos casos de paralisia cerebral foi precedida de sepse ou asfixia. Entretanto, embora o estudo tenha buscado conjecturar a respeito de quais seriam as principais intercorrências que precederam esse quadro, compreende-se que, na maioria dos casos, não se pode apontar um único fator determinante para esse desfecho. Uma seqüência de eventos danosos interdependentes, caracterizados pela exposição a fatores

de risco nos períodos gestacional e neonatal, está presente em muitos casos de paralisia cerebral⁶⁶.

A observação de casos mais graves, a partir das intercorrências em filhos de mulheres com idade superior a 35 anos ou que residiam fora da capital mostra a maior vulnerabilidade desses grupos populacionais. Enquanto o primeiro grupo apresenta a possibilidade de complicações associadas à faixa etária, tais como doenças crônico-degenerativas, o segundo expõe menor acesso e qualificação da atenção em saúde, havendo necessidade de encaminhamento para a capital, seja para realização de exames e tratamentos, seja para atendimento especializado no parto, embora esse acesso muitas vezes difícil e tardio.

Os casos com intercorrências mais graves ao nascer foram ainda precedidos por um menor número de consultas de pré-natal, o que reforça a necessidade de um cuidado especializado à saúde da mulher e da criança no período gestacional.

Os recém-nascidos com peso inferior a 2500g apresentaram maiores complicações no período neonatal. A maior ocorrência de sepse neonatal em recém-nascidos de baixo peso ao nascer e prematuros vai ao encontro de achados em estudos anteriores. Bozaykut et al³⁸ encontraram 93,1% de prematuros e 96% de recém-nascidos de baixo peso no grupo de crianças que apresentaram sepse neonatal em hospital público da Índia. Pesquisa realizada em outro estado brasileiro aponta uma probabilidade de ocorrência de sepse neonatal de 11,74 vezes maior em recém-nascidos de baixo peso em comparação com aqueles de peso igual ou maior que 2500g, e de 9,33 vezes maior de bebês pré-termo em comparação com os bebês a termo³⁷. Associações semelhantes foram encontradas em estudo realizado no México⁶⁷.

Considerando-se que são encaminhadas para esse Ambulatório apenas crianças com peso ao nascer inferior a 2.500g e aquelas que permaneceram em Unidade Neonatal, é possível verificar que crianças nascidas em outras condições críticas de saúde, como portadoras de sífilis congênita ou síndrome da rubéola congênita não contam com o serviço de follow-up necessário ao monitoramento da sua evolução neuropsicomotora.

O estudo identificou a não sistematização de fluxo de encaminhamento das crianças para o Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI. Do mesmo modo não se dispõe de um sistema para acompanhamento das crianças no setor, fato que impediu a autora avaliar o percentual de famílias que aderem ao follow-up, a letalidade e o abandono ao tratamento dessas crianças. Ou seja, apesar de todas as

crianças que se enquadram nos critérios de atendimento pelo serviço serem encaminhadas no momento da alta hospitalar, não há monitoramento que identifique se a família levou a criança ao serviço e nem como se deu esse acompanhamento e seu desfecho final.

Digno de nota é o fato de que, logo após a conclusão desse estudo, as crianças atendidas nesse ambulatório foram privadas do acompanhamento pela neuropediatria, uma vez que a única neuropediatra foi transferida para outra unidade hospitalar. No momento, o atendimento está sendo realizado pelas pediatras e, quando necessário, as crianças são encaminhadas aos serviços de neurologia disponíveis no município de Fortaleza. Essa perda possivelmente prejudicará o acompanhamento desejado dessas crianças, com provável impacto desfavorável na evolução clínica das mesmas. Note-se que o profissional de neuropediatria é escasso e de difícil acesso na rede pública de saúde.

Finalmente, se faz oportuno refletir sobre a condição peculiar dessas crianças, sendo elas sobreviventes, em sua maioria de condições severas adquiridas durante o período gestacional e neonatal. Ainda é considerada uma condição privilegiada estar em acompanhamento sistemático por um profissional neuropediatra, diante da escassez deste nos quadros de saúde do Estado. São filhas de mães que podem ser esclarecidas o bastante para procurar, persistir e superar dificuldades de transporte e financeiras para que o tratamento de seus filhos seja realizado a contento.

7. RECOMENDAÇÕES

Ao analisarmos os diagnósticos atuais das crianças, relacioná-los às intercorrências ao nascer e aos antecedentes gestacionais, é possível observar a presença de fatores evitáveis através da realização de pré-natal de qualidade, adequado encaminhamento da gestante no momento do parto e atendimento especializado à dupla mãe/RN por ocasião do nascimento e período neonatal. A melhoria da qualidade do pré-natal e assistência ao parto e ao neonato, através de investimentos em recursos técnicos e humanos direcionados ao atendimento a esse período peculiar da vida humana é fundamental para a diminuição de ocorrência de deficiências e outras morbidades em crianças.

Portanto, é necessário estabelecer critérios para avaliação da qualidade da assistência oferecida às gestantes pelas unidades básicas e hospitalares, e o cumprimento dos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde.

O fato de haver um grande número de casos de malformações congênitas também aponta para a necessidade de serem investidos maiores recursos e esforços em estudos e ações que visem a detecção de causas e intervenções adequadas para a sua minimização, como uso de ácido fólico pelas mulheres, por exemplo.

A organização do fluxo de gestantes no momento do parto para evitar a “peregrinação” em diversas maternidades deve ser buscada, uma vez que esse é um fator determinante para o agravamento de situações de sofrimento fetal ou outras intercorrências com a dupla mãe/RN.

Observa-se a necessidade de reorganização do Sistema de Informações Hospitalares e adequado arquivamento dos prontuários a fim de que sejam resguardadas as informações relevantes à compreensão e encaminhamentos dos casos.

O papel do serviço do Ambulatório de seguimento de recém-nascidos egressos da UTI desse hospital é, indubitavelmente, fundamental para a garantia de acompanhamento de qualidade para essas crianças, com influência significativa na redução de seqüelas. Entretanto, o estudo aponta a necessidade de sistematização do fluxo de encaminhamento dos recém-nascidos para o Ambulatório: monitoramento da adesão ao follow-up, frequência da criança ao tratamento, abandono e, quando necessário, realização de busca ativa.

A inclusão de crianças em outras situações de risco à saúde no acompanhamento por esse Ambulatório seria fundamental para a prevenção de instalação de seqüelas conseqüentes a infecções como sífilis e rubéola congênita.

Sugere-se ainda prioridade de atendimento às famílias com maior dificuldade de transporte, oferta de auxílio à alimentação e adequação de espaço para que mães e crianças do interior possam permanecer após a consulta à espera de transporte para os seus municípios de origem, ações possíveis de serem executadas na estrutura hospitalar e que, certamente, contribuiriam para a diminuição de evasão desses pacientes

Uma posterior análise dos casos que não aderiram ou abandonaram o tratamento poderá servir de subsídio para a implementação de ações que visem o fortalecimento dessas famílias para que possam oferecer suporte e acompanhamento adequado para seus filhos com deficiências.

Devido à condição peculiar desse grupo de crianças, espera-se que lhes seja garantido atendimento em neuropediatria, assim como para todas que necessitem desse serviço.

Estudos posteriores poderão ser úteis na compreensão da ocorrência de deficiências em crianças ao abordarem os grupos que não sobreviveram, que nunca iniciaram tratamento ou que o abandonaram, investigando ainda a forma como essas crianças vivem atualmente, o grau de comprometimento e seqüelas presentes, o seu componente social e educacional.

Ressalte-se, entretanto, que não somente as crianças nascidas em situação de risco ou que apresentem deficiências evidentes ao nascimento devam ser acompanhadas. O acompanhamento em puericultura, idealmente realizada nas Unidades Básicas de Saúde, é fundamental para que eventuais comprometimentos sejam identificados precocemente e feitas as intervenções necessárias. O Ministério da Saúde tem incentivado essa prática, assim como a da participação de pais e agentes comunitários de saúde nessa vigilância ao desenvolvimento da criança, a partir de orientações na Caderneta da Criança (já presente nos modelos anteriores) e parcerias estabelecidas com organizações como o UNICEF na elaboração de materiais educativos e capacitação de pessoal.

A divulgação do presente estudo poderá possibilitar uma reflexão pelos profissionais de saúde, atuantes nos diversos níveis de complexidade, sobre a sua responsabilidade, não somente em relação à sobrevivência da criança, mas de toda sua qualidade de vida e de sua família.

8. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. Rev Bras Saúde Mater Infant 2002; 2: 193-200.
2. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2001; 1:3-69.
3. Victora, CG, Barros, FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brasil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J 2001; 1:33-42
4. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto e do Nascimento. <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/parto1.pdf> (acessado em 01/Jul/2008)
5. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti GJ. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev.Bras Ginec Obst 2004; 7: 517-525.
6. Passos AA, Moura ERF. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. Cad Saúde Pública 2008; 7:1572-80.
7. Silva AC. Viva Criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 1999.
8. UNICEF. Informações sobre o Projeto Selo UNICEF Município Aprovado. <http://www.selounicef.org.br> (acessado em 01/Jul/2008).
9. Ministério da Saúde. Informações de saúde. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 26/Out/2008).
10. UNICEF. Placar dos Hospitais Amigo da Criança. http://unicef.org/brazil/pt/activies_9997.htm (acessado em 01/Jul/2008)
11. Carvalho HMB. Mortalidade neonatal evitável em hospital terciário do município de Fortaleza, Ceará [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
12. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti GJ. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4:269-79.

13. Silveira MF; Barros AJD; Santos IS; Matijasevich A; Victora CG. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2008; 3:389-95.
14. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 4:456-62.
15. Holanda ACOS, Silva MGC. Assistência Pré-Natal e as características das mães e dos recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pediatr Ceará* 2005, 6:20-6.
16. OMS - Organização Mundial da Saúde. Programa de ação Mundial para as Pessoas com Deficiência - Resolução 37/52 de 03 de dezembro de 1982 - Assembleia Geral das Nações Unidas
17. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro 2002.
18. Secretaria da Saúde do Ceará, Escola de Saúde Pública. Educação com Saúde: noções básicas de saúde. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará; 2005.
19. Tahan, Tannous et al. Neurological profile and neurodevelopment of 88 children infected with HIV and 84 seroreverter children followed from 1995 to 2002. *Braz J Infect Dis* 2006; 5:322-26.
20. Rey LC; Barbosa LMM, Osterno CL et al. Inquérito sorológico de rubéola na era pré-vacinação, em creches, escolas e maternidades de Fortaleza (Brasil). *J Pediatr* 1998; 74:467-72.
21. Robertson SE; Featherstone DA, Gacic-Dobo m, Hersh BS. Rubella and congenital rubella syndrome: global update. *Rev Panam Salud Pública* 2003;14:306-15.
22. Avelleira JCRA, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol* 2006; 2:111-26.
23. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 3:211-17.
24. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. <http://www.aids.gov.br> (acessado em 05/09/2007).
25. Rocha C et al. Manifestações neurológicas em crianças e adolescentes infectados e expostos ao HIV-1. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63:828-31.
26. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2003.

27. Breeze ACG, C. Lees CC. Prediction and perinatal outcomes of fetal growth restriction. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2007; 12:383–97.
28. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Publicações - Saúde da Mulher. <http://www.bvs.saude.gov.br/bvs/publicações/partes.parto1.pdf>, acessado em 05/09/2007)
29. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 3:669-705.
30. Fonsêca Neto MD. Tempo de nascer: o cuidado humano no parto e no nascimento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda; 2007.
31. Vexler ZS, Ferriero DM. Molecular and biochemical mechanisms of perinatal brain injury. *Semin Neonatol* 2001; 2:99-108.
32. Nascimento SB et al. Prevalência e fatores associados à anóxia perinatal nas maternidades de Aracaju e sua repercussão sobre a mortalidade infantil. II Seminário de Pesquisa FAP-SE. Aracaju; 2004.
33. Funamaya CAR et al. Fatores maternoobstetricos, anoxia perinatal e seqüelas neurológicas. *Rev Bras Ginec Obst* 1996; 9:715-21.
34. Kolatar T, Vanprapar N, Thit adilk W. Perinatal asphyxia: multivariate analysis of risk factors. *J Med Thai* 2000; 83:1039-44.
35. Rosa IRM, Marba STM. Fatores de risco para asfixia neonatal em recém-nascidos com peso acima de 1000 gramas. *J Pediatr* 1999; 1:50-54.
36. Simon NP. Long-term neurodevelopmental outcome of asphyxiated newborns. *Clinics in Perinatology* 1999; 26:767-78.
37. Goulart AP, Valle CF, Dal-Pizzol F, Concelier ACL. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital da rede pública do Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva* 2006; 2:148-53.
38. Bozaykut A, Ipek IO, Kilic BD. Predicting Neonatal Sepsis in Ventilated Neonates. *Indian Journal of Pediatrics* 2008; 1:39-42.
39. Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral. Caminhos e conquistas na paralisia cerebral: uma intervenção interdisciplinar pela vida. Salvador: Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral; 2005.
40. Green LB, Hurvitz EA. Cerebral Palsy. *Phys Méd Rehabil Clin N Am* 2007; 18:859-87.

41. Robertson CMT, Watt M-J, Yassui Y. Changes in the prevalence of cerebral palsy for children born very prematurely within a population-based program over 30 years. *JAMA* 2007; 24:2733-40
42. Vincer MJ, Allen AC, Joseph KS, Stinson DA, Scott H, Wood E. Increasing prevalence of cerebral palsy among very preterm infants: a population-based study. *Pediatrics* 2006. 6:1621-26.
43. DIams J, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371:164–75.
44. Almeida MFB, Guinsburg, R. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. *J Pediatr* 2005; 81(Supl 1):S3-S15.
45. Ramos, JLA. Como decidir pela não-reanimação de recém-nascidos muito imaturos em sala de parto? *Revista da Associação Médica Brasileira* 2003; 4:354-54.
46. Ribeiro MVLM, Pessoto MA, Marba STM. Cerebrovascular disease in neonates – Evaluation of four cases. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 1:84-7.
47. Resegue R; Puccini RF; Silva EMK. Fatores de risco associados a alterações de desenvolvimento em crianças de alto risco acompanhadas em ambulatório multidisciplinar. *São Paulo Med J* 2008; 1:4-10.
48. Cunha AA, Fernandes DS, Melo PF, Guedes, MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 10:799-805.
49. Corrêa RRM, Salge AKM, Ribeiro GA, Ferraz MLF, Reis MA, Castro ECC et al. Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de Apgar. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006; 6:239-43.
50. Barbosa VC; Formiga CKMR; Linhares MBM. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. *Rev bras fisioter* 2007; 4:275-81.
51. Moreira MEL, organizador. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
52. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal: oficinas regionais de qualificação da gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada; 2006.
53. Souza CFM, Schwartz IV, Giugliani R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:129-37.

54. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança; 2002.
55. Ministério da Saúde. Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2007.
56. Freitas M, Siqueira A e Segre CAM. Follow-up evaluation of children with birth weight less than or equal to 2,000 g. Sao Paulo Med J 2004; 122:239-45.
57. Halpern R, Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS, Victora CG, Barros FC. Estado de desenvolvimento aos 12 meses de idade de acordo com peso ao nascer e renda familiar: uma comparação de duas coortes de nascimentos no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(Supl 3):S444-S450.
58. Yaqoob M, Bashir A, Zaman, Ferngren H, Dobein UV, Gustavson KH. Mild intellectual disability in children in Lahore, Pakistan: Aetiology and risk factors. Journal of Intellectual Disability Research 2004; 48(Pt 2):663-71.
59. Caram LHA; Funayama CAR; Spina CI; Giuliani LR; Pina Neto JM. Investigação das causas de atraso no neurodesenvolvimento: recursos e desafios Arq Neuro-Psiquiatr 2006; 2b:466-72.
60. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev Bras Educ Méd 2007; 2:113-126.
61. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.
62. Dias BR, Piovesana AMMSG, Montenegro MA, Guerreiro MM. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. Arq Neuro-Psiquiatr 2005; 3a:632-36.
63. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad Saúde Pública 2006; 3:553-59.
64. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT; Luciana Sarmiento Garbayo LS, Brasil CLP, Szwarcwald CL. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública 2004; 20(supl 1):S20-33.

65. Costa CMS, Gama SGN, Leal MC. Malformações congênitas no Município do Rio de Janeiro, Brasil: prevalência e fatores associados à sua ocorrência. *Cad Saúde Pública* 2006; 11:2423-31.
66. Reddihough DS, Collins KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 49:7-12.
67. Sandoval MLPR. Etiología de la sepsis neonatal en una unidad hospitalaria de segundo nivel. *Salud pública Méx* 2007; 6:391-33.

DEFICIÊNCIAS PSICOMOTORAS EM CRIANÇAS ACOMPANHADAS NO
AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS DA UTI DE
HOSPITAL TERCIÁRIO - FORTALEZA, CEARÁ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada senhora,

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida neste hospital de responsabilidade da pesquisadora Metilde Ferreira Carvalho.

Nesta pesquisa, pretende-se analisar as ações de atenção à mulher e à criança durante a gravidez, parto e pós-parto, a fim de conhecer os problemas que afetam o desenvolvimento das crianças e sugerir ações que possam melhorar o atendimento.

Para isso, será realizada análise dos prontuários e Cartões da Criança, além de entrevista com as mães das crianças atendidas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos da UTI deste hospital.

A sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo para você. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa.

As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Participante:

Representante legal, em caso de mãe adolescente não emancipada (menor de 18 anos)

Coordenadora da Pesquisa _____

Fortaleza, __ / __ / __

Coordenadora da pesquisa: Metilde Ferreira Carvalho
Local de trabalho: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Fones: (85) 3101-51-93 e 9909-34-92
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
R. Leopoldo Bulhões, 1480 Sala 314 – Manguinhos – Rio de Janeiro
Fone: (21) 2598-28-63

ANEXO II

QUESTIONÁRIO PARA A MÃE

Identificação do Questionário

Questionário número: |_|_|_|

Nº do prontuário: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Data da entrevista: |_|_|/|_|_|/|_|_|

Idade da criança: |_| anos |_|_| meses

Diagnóstico: _____

Idade do diagnóstico: |_| anos |_|_| meses dias |_|_|

CORPO DA ENTREVISTA

Identificação Materna

1. Qual é o seu nome? _____

2. Quantos anos você tem? |_|_|

3. Em que Município você mora?

4. Você lê e escreve? |_|

1. Sim 0. Não

5. Qual a última série que você concluiu com aprovação?

Nº da série |_| Nº do grau |_| NSA |_|

Antecedentes Obstétricos

6. Quantas vezes esteve grávida, excluindo esta gravidez? (referir partos gemelares)

0. nenhuma 1. 1 vez 2. 2 vezes

3. 3 vezes 4. 4 ou mais vezes |_|

7. Quantos filhos nasceram vivos? |_|_|

8. Quantos filhos nasceram mortos? |_|_|

9. Algum filho seu morreu antes de completar 1 ano?

1. Sim 0. Não |_|_|

10. Alguma gravidez que teve resultou em aborto?

1. Sim 0. Não |_|_|

11. Quantos foram espontâneos? |_|_|

12. Quantos foram provocados? |_|_|

13. Você já teve algum bebê prematuro?

1. Sim 0. Não |_|

14. Você utilizou algum método para interromper a gravidez do (nome)?

1. Sim 0. Não |_|

15. Se sim, qual? _____

Assistência Pré-natal

16. Você fez pré-natal?

1. Sim 0. Não

17. Onde? _____

18. Se não, por que não fez o pré-natal?

(se não, vá para a questão 25)

19. Se sim, você trouxe o cartão do pré-natal para a maternidade no dia do parto?

1. Sim 0. Não 2. Não tem 20. A partir de que mês de gestação você começou o pré-natal? 21. A quantas consultas você foi?

22. O lugar no qual você fez o pré-natal foi o mesmo do parto?

1. Sim 0. Não

23. Você fez exames no início do pré-natal?

1. Sim 0. Não

24. O médico explicou os resultados dos exames?

1. Sim 0. Não

25. Durante as consultas de pré-natal com que frequência eram realizados os seguintes exames?

1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca

Medida de Pressão Arterial? Ausculta do bebê na barriga? Exame de sangue? Sumário de Urina?

26. Você teve algum desses problemas na gravidez?

1. Sim 0. Não (especificar no segundo quadro o mês gestacional em que o problema foi evidenciado)

Hipertensão preexistente Hipertensão gestacional Pré-eclâmpsia Sífilis Toxoplasmose Rubéola Hemorragia Infecção Urinária

Outras doenças

27. Outros problemas durante a gravidez?

28. Você tomou algum remédio na gravidez?

1. Sim 0. Não

29. Se sim, que remédios?(ou para quê)

30. Você ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez?
1. Sim 0. Não

31. Se sim, que tipo?

Whisky/cachaça

Vinho

Cerveja

Outros _____

32. Se sim, com que frequência?

1. Nunca 2. Raras vezes 3. Finais de semana 4. Mais de 3 vezes na semana 5. Diariamente

33. Você fumava antes de engravidar?

1. Sim 0. Não

34. Você fumou durante a gravidez?

1. Sim 0. Não

35. Se sim, quantos cigarros você fumou, p/ dia?

36. Você usou algum tipo de droga ilícita durante a gravidez?

1. Sim 0. Não

37. Se sim, que tipo?

Questões relativas ao trabalho de parto

38. Perdeu água antes do neném nascer?

1. Sim 0. Não

39. Se sim, qual era a cor do líquido?

1. Claro 2. Com sangue 3. Outro

40. Tentou ganhar o neném em outro lugar antes deste?

1. Sim 0. Não

41. Se sim, quais?

42. Quanto tempo demorou desde que saiu de casa até ser atendida para o parto?

Horas

43. Qual principal motivo de ter vindo a esta maternidade?

1. Por indicação do médico do pré-natal 2. Por indicação de amiga/parente 3. Por ser perto de casa 4. Porque não conseguiu vaga em outra 5. Outro(descrever)

44. O que fez você achar que estava na hora de ganhar o neném?

1. Estourou bolsa d'água 2. Teve contrações (cólicas) 3. Conselho médico na consulta 4. Outro

45. Com quantos meses de gravidez você estava? (meses)

46. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto?

1. Sim 0. Não

47. Ele(a) ouviu o neném na sua barriga?

0. Não 1. Sim, no domicílio 2. Sim, na maternidade

48. Foi o mesmo médico que a examinou que fez o parto?

1. Sim 0. Não

49. O parto foi:

1. Normal 2. Cesáreo 3. Fórceps

50. Em caso de cesariana, foi:

1. Marcada com antecedência
2. Decidida durante o trabalho de parto
3. Outros _____

51. O que motivou a cesariana?

52. O neném estava:

1. De cabeça 2. Sentado 3. Atravessado 4. Outro

53. Tomou anestesia?

1. Sim 0. Não

54. Se sim, onde?

1. Nas costas 2. No períneo 3. Geral

55. O neném chorou ao nascer?

1. Sim 0. Não

56. O(a) médico(a) levou o neném para você logo que nasceu?

1. Sim 0. Não

57. O neném ficou:

1. No berçário/Unidade Neonatal
2. Com você na enfermaria/quarto

58. Houve algum problema com você durante o parto?

1. Sim 0. Não

59. Se sim, quais?

60. Houve algum problema com o neném durante o parto?

1. Sim 0. Não

61. Se sim, quais?

62. Por que o neném foi encaminhado a esse serviço?

63. Como está o desenvolvimento da criança agora?

64. Alguma sugestão para a melhoria dos serviços deste hospital?

ANEXO III

QUESTIONÁRIO – PRONTUÁRIO HOSPITALAR DA MÃE

Identificação da Mãe:		Nome: _____	
Questionário número: [][][][]		Nº do prontuário: [][][][][][][][]	
Data da admissão: [][]/[][]/[][][]		Horário da admissão: [][] horas [][] minutos	
Idade (anos) [][]	Município _____	Procedência [][] município [][] outra instituição	
Data do nascimento do RN [][]/[][]/[][][]		Dia da semana da admissão (1.Dia útil 2. Sáb/dom/feriado) [][]	
Data do nascimento (1.Dia útil 2. Sáb/dom/feriado) [][]		Horário (nascimento) [][]h [][]min	

Assistência pré-natal

1. Pré-natal: 1.Sim 2. Não [][]
2. Total de consultas [][]
3. Grupo sanguíneo [][]
4. Fator RH 1. Positivo 2. Negativo [][]
5. Coombs indireto [][]
1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizado [][]

Intercorrências durante a gestação

- HAS preexistente [][] Pré-eclâmpsia [][]
- Eclâmpsia [][] Hepatite B [][]
- Diabetes [][] Diabetes gestacional [][]
- Rubéola [][] Sífilis [][]
- Toxoplasmose [][] HIV [][]
- Cardiopatia [][] Hemorragias [][]
- Outras intercorrências (especificar):
- _____
- _____

Dados da admissão, trabalho de parto/parto

6. Presença de partograma no prontuário 1.Sim 2. Não [][]
7. PA (admissão) [][][][] / [][][][] mmHg
8. Peso [][][][][][] gr
9. Altura [][][][] cm
10. FC (admissão) [][][][] bpm
11. Fundo de útero (admissão) [][][] cm

12. Idade gestacional [][] semanas
13. 1. DUM 2. USG [][]
14. BCF (na admissão) [][][][]
15. Gestação 1. Única 2. Dupla 3. Tríplce e + [][]
16. Duração do trabalho de parto [][][]hs [][][]m
17. Amniorrexe:
1. No parto 2. Antes do parto 3. S/hora [][]
18. [][][] horas ou [][][] dias
19. Amniotomia:
1. No parto 2. Antes do parto 3. S/hora [][]
20. [][][] horas ou [][][] dias
21. Características do líquido amniótico [][]
1. Claro sem grumos 2. Claro com grumos 3. Tinto de mecônio 4. Mecônio espesso 5. Fétido/purulento 6. Hemorrágico 7. Ausente

Intercorrências referidas durante a admissão, trabalho de parto/parto

1. Sim 2. Não
22. Hemorragias [][]
23. Convulsão [][]
24. Edema [][]
25. Infecção [][]
26. Outra _____

Procedimentos referidos durante e admissão, trabalho de parto e parto

1. Sim 2. Não
27. CTG intra-parto
28. BCF / sonar
29. BCF /pinard (ou s/ tipo específico)
30. Anestesia locorregional
31. Anestesia peridural
32. Anestesia peridural contínua
33. Anestesia raquiana
34. Anestesia geral

Medicações referidas durante a internação, trabalho de parto/parto

1. Sim 2. Não
35. Antibioticoterapia
36. Se sim: Profilático 2. Terapêutico
37. Ocitocina
38. Tempo de ocitocina hmin
39. Anti-hipertensivo 1. Sim 2. Não
40. Diurético 1. Sim 2. Não
41. Corticóide
42. Data início uso / / /
43. Benzodiazepínico
44. Analgésico
45. Outras _____
46. Tipo de parto:
1. Normal 2. Cesáreo 3. Fórceps
47. Apresentação do feto:
1. Cefálico 2. Pélvico 3. Transverso
4. Outro _____
48. Indicação de cesariana:

49. Realizado episiotomia 1.Sim 2. Não
50. Se sim, indicação:

51. Tempo de período expulsivo min
52. Realizado partograma? (1.Sim 0. Não)

Evolução do recém-nascido

53. Peso ao nascer g
54. Apgar no 1º minuto
55. Apgar no 5º minuto
56. Idade gestacional (escores somáticos):
semdias
57. 1. GIG 2. AIG 3. PIG
58. Anomalias congênicas 1. Sim 2. Não
59. Qual? _____
- Realizadas manobras de reanimação na sala de parto? 1. Sim 2. Não
- Tipo(s) de manobras(s) realizadas(s):
60. O₂ inalatório 59. Ambu+máscara
61. Tubo traqueal 61. Mass. cardíaca
62. Cateterismo umbilical
63. Medicações
64. Outros _____
65. Quais medicações: _____
66. Permaneceu em:
1. Alojamento conjunto 2. UTI 3. UI
67. Nº prontuário do RN:
68. Intercorrências imediatas após o nascimento: 1. Sim 2. Não
69. Se sim, quais: _____
-

Se foi para UTI/UI:

70. Tempo de permanência

Tempo: _____ horas

_____ dias

71. O2 sob máscara 1. Sim 2. Não

Tempo: _____ horas

_____ dias

72. Ventilação mecânica 1. Sim 2. Não

Tempo: _____ horas

_____ dias

73. Infecção sistêmica 1. Sim 2. Não

74. Uso de antibióticos 1. Sim 2. Não

Tempo: _____ horas

_____ dias

75. Uso de amins 1. Sim 2. Não

Tempo: _____ horas

_____ dias