

Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária

Pediatric nursing consultation after maternity discharge: follow-up in primary care

Consulta de enfermería al niño post-alta de maternidades: seguimiento en la atención primaria

Ariane Thaise Alves Monteiro¹, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacila¹, Andressa Larissa Dias Müller de Souza¹

Resumo

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi analisar as condições de saúde entre menores de 6 meses na consulta do enfermeiro em duas Unidades de Saúde da Família (USF), pois é nesta faixa etária, que ocorrem, com frequência, situações de risco que podem interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento, bem como maior exposição às comorbidades.

Métodos: Pesquisa quantitativa, descritiva transversal para analisar as condições de saúde entre menores de 6 meses na consulta do enfermeiro em duas Unidades de Saúde da Família, Londrina-PR, entre 2008 e 2012. Foram aplicados os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer, $p < 0,05$. Analisou-se 854 prontuários.

Resultados: A primeira consulta, após alta da maternidade para 63,5%, foi no período neonatal tardio. Do total, 78,2% tinham calendário vacinal atualizado, o aleitamento materno exclusivo para 86,9% no período neonatal e 68,4% no pós-neonatal ($p < 0,0001$). Os problemas clínicos identificados: dermatites (75,6%), cólica abdominal (54,7%), granuloma umbilical (26,4%), icterícia neonatal (97,9%) e co-leito (49,3%). Do total, 73% retornaram em média de seis consultas e prevaleceram a cólica abdominal (17%), desmame precoce (13,5%), dermatite de fralda (9,1%) e co-leito (7,7%).

Conclusão: Concluiu-se que o enfermeiro executa a consulta de enfermagem de forma sistematizada, mas, ainda não atende completamente as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Abstract

Objective: The objective of the present study was to analyze the health conditions among children under 6 months of age in the nurse's consultation in two Family Health Units (FHU), since it is in this age group that negatively affect growth and development, as well as increased exposure to comorbidities.

Methods: Quantitative, cross-sectional descriptive research to analyze the health conditions among children under six months old in the nursing consultation at two Family Health Unities, Londrina -PR, from 2008 to 2012. The Chi-Square and the Fisher's exact test were applied, $p < 0,05$. Were analyzed 854 medical records.

Results: The first consultation after the maternity discharge for 63,5% occurred in the late neonatal period. Of the total, 78,2% had updated vaccinal calendar, exclusive breastfeeding for 86,9% in neonatal period and 68,4% in postnatal ($p < 0,0001$). The clinical problems identified: dermatitis (75,6%), abdominal colic (54,7%), umbilical granuloma (26,4%), neonatal jaundice (97,9%) and bed-sharing (49,3%). Of the total, 73% returned, an average of 6 consultations, and abdominal colic (17%), early weaning (13,5%), diaper dermatitis (9,1%) and bed-sharing (7,7%) prevailed.

Conclusion: It was concluded that the nurse performs the nursing consultation in a systematized way, but, still does not fully comply with the guidelines recommended by the Ministry of Health.

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue analizar las condiciones de salud de los niños menores de 6 meses en la consulta de enfermería en dos Unidades de Salud Familiar (UHF), ya que es en este grupo de edad el que afecta negativamente el crecimiento y el desarrollo, así como el aumento exposición a comorbilidades.

Métodos: Investigación cuantitativa, descriptiva transversal para analizar las condiciones de salud entre menores de seis meses en la consulta del enfermero en dos Unidades de Salud de la Familia, Londrina-PR, de 2008 a 2012. Se aplicó test Chi-cuadrado y Exacto de Fischer, $p < 0,05$. Fueron analizados 854 prontuarios.

Resultados: La primera consulta post-alta de la maternidad para 63,5% ocurrió en período neonatal tardío. El 78,2% tenía calendario de vacunas actualizado, 86,9% lactancia materna exclusiva para en período neonatal y 68,4% en el postnatal ($p < 0,0001$). Problemas clínicos identificados: dermatitis (75,6%), cólico abdominal (54,7%), granuloma umbilical (26,4%), ictericia neonatal (97,9%) y lecho compartido (49,3%). El 73% retornaron, en media 6 consultas y prevalecieron el cólico abdominal (17%), destete precoz (13,5%), dermatitis de pañal (9,1%) y lecho compartido (7,7%).

Conclusión: Se concluye que el enfermero hace la consulta de enfermería de manera sistematizada, pero aún no atiende completamente las directivas del Ministerio de Salud.

Descritores

Cuidado da criança; Atenção primária à saúde; Alta do paciente; Enfermagem pediátrica

Keywords

Child care; Primary health care; Patient discharge; Pediatric nursing

Descriptores

Cuidado del niño; Atención primaria de salud; Alta del paciente; Enfermería pediátrica

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Submissão: 21 de Julho de 2016 | **Aceite:** 30 de Junho de 2017

Autor correspondente: Andressa Larissa Dias Müller de Souza | Rodovia Celso Garcia Cid - Pr 445 Km 380, 86057-970, Cx. Postal 10.011, Campus Universitário, Londrina, PR, Brasil. andressadmuller@gmail.com

Introdução

O período neonatal e a infância são fases da vida com várias peculiaridades e transformações que necessitam de acompanhamento sistemático.⁽¹⁾ Os cuidados à criança estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Programas e políticas públicas são desenvolvidos para oferecer um atendimento multiprofissional, humanizado e integral para que esta população chegue à fase adulta com melhores condições de vida.⁽²⁾

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil é um documento que propõe a reorganização dos serviços e constitui-se em quatro linhas de cuidados definidas como prioritárias: nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância. Estas têm por intuito promover, prevenir doenças, tratar e recuperar a saúde e o bem-estar da criança com participação multiprofissional, mediante apoio dos diferentes níveis de referência do sistema de saúde.⁽³⁾

Atualmente no Brasil, vigora o programa “Rede Cegonha”⁽⁴⁾ e no Paraná a “Rede Mãe Paranaense”,⁽⁵⁾ que são estratégias para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e englobam objetivos semelhantes aos propostos na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança.⁽³⁾ Estes programas têm em comum o conceito de vigilância em saúde da criança, desde a pré-concepção até o nascimento, bem como da família. Após o nascimento, a criança e a mãe são referidas para o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) para que sejam atendidas ainda na primeira semana de vida pelo enfermeiro e, em seguida, são agendadas consulta médica pediátrica à criança e ginecológica à mãe. No primeiro ano de vida, a criança deve comparecer a sete consultas, sendo preconizadas duas no primeiro mês, intercaladas entre o pediatra e o enfermeiro, como também com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando necessário.⁽²⁾

No que se refere ao desencadeamento de ações estratégicas de vigilância em saúde objetivando o acompanhamento adequado infantil, a consulta de enfermagem, de competência exclusiva do enfermeiro, torna-se fundamental para identificar problemas, planejar ações, considerando os determinantes do pro-

cesso saúde-doença da criança e família, bem como intervir por meio de medidas de prevenção e promoção e avaliar as ações implementadas.⁽²⁾

Neste sentido o objetivo do presente estudo foi analisar as condições de saúde entre menores de 6 meses na consulta do enfermeiro em duas Unidades de Saúde da Família (USF), pois é nesta faixa etária, que ocorrem, com frequência, situações de risco que podem interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento, bem como maior exposição às comorbidades.

Métodos

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, realizada por meio da análise dos prontuários das crianças atendidas na consulta de enfermagem no período entre junho de 2008 e junho de 2012, perfazendo um período de 4 anos.

Os dados foram coletados em duas Unidades de Saúde da Família (USF), representadas por USF A e USF B, localizadas na região norte do município em estudo. Para definir a população da presente pesquisa, os critérios de inclusão usados foram: crianças cadastradas no Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, atendidas na primeira consulta tanto pelos enfermeiros das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pelos enfermeiros residentes em Saúde da Criança que atuam nestas unidades.

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio das anotações das consultas de enfermagem armazenadas na ficha de puericultura anexada no prontuário. Para proceder a organização dos dados, foi realizada a classificação dos achados clínicos do exame físico e da história pregressa da criança, utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).⁽⁶⁾ Quanto à idade, realizou-se o agrupamento em período neonatal precoce (0 a 6 dias), período neonatal tardio (7 a 27 dias) e período pós-neonatal (≥ 28 dias). Levantou-se o perfil sociodemográfico das crianças quanto ao sexo, idade gestacional e faixa etária; o local da primeira consulta; a situação vacinal e a condição alimentar; os problemas clínicos e psicossociais identificados nas crianças na primeira consulta de enfermagem; as condutas e orientações; números de retornos e caracteri-

zação do primeiro retorno: faixa etária e os principais problemas clínicos.

Para a tabulação dos dados, utilizou-se o programa Epi Info® e à análise estatística o programa SPSS®. Realizou-se a análise, aplicando-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer com valor descritivo final de $p < 0,05$.

A pesquisa foi autorizada pela Autarquia do serviço Municipal de Saúde (ASMS) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina sob o CAAE nº 08728912.0.0000.5231, atendendo à Resolução nº 466/2012.

Resultados

Dos 854 prontuários analisados 439 eram da USF A e 415 da USF B. A média de atendimento foi de 170 consultas ao ano.

Os dados da tabela 1 mostram a caracterização dos lactentes, 52,2% eram do sexo masculino, 10% nasceram prematuros (< 37 semanas de gestação). A primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido,

Tabela 1. Caracterização das crianças atendidas na primeira consulta de enfermagem

Variáveis	n(%) 854(100,0)
Sexo	
Masculino	446(52,2)
Feminino	408(47,8)
Idade Gestacional	
Termo (≥ 37 semanas)	769(90,0)
Pré-termo (≤ 36 semanas e 6 dias)	85(10,0)
Faixa Etária	
0– 6 dias (Neonatal precoce)	78(9,1)
7-27 dias (Neonatal tardio)	542(63,5)
≥ 28 dias (Pós-Neonatal)	234(27,4)
Local da 1ª consulta	
USF*	736(86,2)
Domicílio	118(13,8)
Situação Vacinal	
Atualizada	668(78,2)
Atrasada/Atualizou na USF*	186(21,8)
Condição Alimentar	
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	699(81,8)
Aleitamento Materno Misto (AMM)	79(9,3)
Aleitamento Artificial (AA)	52(6,1)
Aleitamento Materno Predominante (AMP)	17(2,0)
Aleitamento Materno Complementado (AMC)	7(0,8)

* USF – Unidade de Saúde da Família

após a alta das maternidades, foi realizada apenas em 9,1% dos casos até o sexto dia de vida (período neonatal e precoce) 63,5% entre 7 e 27 dias (período neonatal tardio). A idade mínima dos atendimentos foi de 3 dias, mediana de 17 e máxima 180 dias. No primeiro atendimento, a média de idade foi 24 dias.

O local da primeira consulta predominante (86,2%) foi a USF. Aproximadamente, 80% das crianças estavam com o calendário vacinal em dia e as em atraso atualizaram no momento da consulta (21,8%).

A condição alimentar para cerca de 82% era o aleitamento materno exclusivo (AME), e 12,1% estavam em aleitamento materno, mas, com introdução de outros componentes e 6,1% apenas o aleitamento artificial (AA).

A relação entre a condição alimentar e a faixa etária pode ser observada nos dados da tabela 2. Entre as crianças atendidas no período neonatal (0 a 27 dias), 86,9% estavam em AME. Já no período pós-neonatal, a prevalência foi 68,4% ($p=0,000$), uma redução de quase 20% após o 1º mês de vida. Por outro lado, verificou-se que, no período neonatal, 8,2% estavam em Aleitamento Materno Misto (AMM), e no período pós-neonatal, tanto o AMM como o AA, apresentaram porcentagens semelhantes, entre 12% e 12,4%, respectivamente.

Tabela 2. Condição alimentar de acordo com a faixa etária dos lactentes atendidos na primeira consulta de enfermagem

Condição Alimentar	Faixa Etária		****RP	*****IC 95%	p-value
	0 a 27 dias n(%)	≥ 28 dias n(%)			
	620(100,0)	234(100,0)			
*AME					
Sim	539(86,9)	160 (68,4)	1,475	1,262	< 0,0001
Não	81(13,1)	74 (31,6)		1,724	
**AMP					
Sim	7(1,1)	10 (4,3)	0,562	0,318	0,005
Não	613(98,9)	224 (95,7)		0,993	
***AMM					
Sim	51(8,2)	28 (12,0)	0,879	0,742	0,062
Não	569(91,8)	206 (88,0)		1,041	
****AA					
Sim	23(3,7)	29 (12,4)	0,594	0,436	<0,0001
Não	597(96,3)	205 (87,6)		0,808	

*AME – Aleitamento Materno Exclusivo; **AMP – Aleitamento Materno Predominante;

AMM – Aleitamento Materno Misto; *AA – Aleitamento Artificial; *****RP – Razão de prevalência; *****IC – Intervalo de confiança

Os dados da tabela 3 mostram os principais problemas clínicos e psicossociais identificados na pri-

meira consulta de enfermagem. Do total, 87,1% delas apresentaram um ou mais problemas clínicos e/ou psicossociais, média 1,6/criança, mediana 2 e máximo 5. Os problemas gastrointestinais representam 37,2%, seguidos por 35,9% alimentares, 35,4% psicossociais, 29,7% dermatológicos e 16,9% hematológicos.

Tabela 3. Problemas clínicos e psicossociais identificados na primeira consulta de enfermagem

Problemas Clínicos e Psicossociais*	Faixa Etária		Total
	0 a 27 dias n(%)	≥ 28 dias n(%)	
Alimentar			
Introdução precoce de água, chá e/ou outros tipos de leite	58(60,4)	38(39,6)	96(34,9)
Pega Incorreta	23(39,0)	36(61,0)	59(21,5)
Fissura mamilar	5(41,7)	7(58,3)	12(4,3)
Outros	59(54,6)	49(45,4)	108(39,3)
Total	145(52,7)	130(47,3)	275(100,0)
Dermatológico			
Dermatites	127(66,1)	65(33,9)	192(75,6)
Miliária	26(66,7)	13(33,3)	39(15,4)
Outros achados	13(56,5)	10(43,5)	23(9,0)
Total	166(65,4)	88(34,6)	254(100,0)
Gastrointestinal			
Cólica	119(68,4)	55(31,6)	174(54,7)
Granuloma umbilical	81(96,4)	3(3,6)	84(26,4)
Outros achados	34(56,7)	26(43,3)	60(18,9)
Total	234(73,6)	84(26,4)	318(100,0)
Hematológico			
Icterícia	133(94,3)	8(5,7)	141(97,9)
Outros	2(66,7)	1(33,3)	3(2,1)
Total	135(93,7)	9(6,3)	144(100,0)
Respiratório			
Obstrução nasal	25(65,7)	13(34,3)	38(57,6)
IVAS	13(50,0)	13(50,0)	26(39,4)
Outros achados	1(50,0)	1(50,0)	2(3,0)
Total	39(59,1)	27(40,9)	66(100,0)
Oftalmológico			
Conjuntivite	16(80,0)	4(20,0)	20(62,5)
Outros achados	8(66,7)	4(33,3)	12(37,5)
Total	24(75,0)	8(25,0)	32(100,0)
Neuromotor			
Atraso DNPM**	5(62,5)	3(37,5)	8(62,5)
Total	5(62,5)	3(37,5)	8(100,0)
Psicossocial			
Dorme na cama com os pais (coleito)	117(78,5)	32(21,5)	149(49,3)
Insegurança materna no cuidado da criança	52(86,7)	8(13,3)	60(19,9)
Outros achados	68(73,1)	25(26,9)	93(30,8)
Total	237(78,5)	65(21,5)	302(100,0)

*Múltiplos achados; **DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor

Entre os problemas alimentares, o mais frequente foi o manejo do AM, como a pega incorreta presente tanto no período neonatal (39%) como no pós-neona-

tal (61%). Já a introdução de água, chá e/ou outros tipos de leite (60,4%) foi superior nos primeiros 27 dias se comparados após esta idade.

Com relação aos achados dermatológicos prevaleceram as dermatites (de fralda, monilíase perineal, de contato e seborreica) em 75,6% dos atendimentos. Também a miliária (66,7%), a cólica (68,4%), o granuloma umbilical (96,4%), bem como a icterícia (94,3%), a obstrução nasal (65,7%) e a conjuntivite (80%), predominantes no período neonatal.

Identificou-se que, em relação ao co-leito, 17,4% das crianças dormiam na cama com os pais, dos quais 78,5% no período neonatal. Foram identificados também problemas como insegurança materna no cuidado do bebê (86,7%), sobretudo no primeiro mês de vida.

Os dados da tabela 4 mostram as condutas/orientações realizadas às mães/cuidadores dos lactentes na primeira consulta. A média de orientação foi 2,7/consulta com mediana de 3, mínimo de 1 e máximo de 5.

Tabela 4. Condutas e orientações às mães/cuidadores dos lactentes, de acordo com a faixa etária

Condutas e Orientações*	Faixa Etária	
	0-27 dias n(%)	≥ 28 dias n(%)
	620(100,0)	234(100,0)
Aleitamento Materno	590(69,1)	204(23,9)
Desenvolvimento, comportamento e atitudes conforme a faixa etária	483(56,5)	174(20,4)
Atualização do calendário vacinal	342(40,0)	115(13,5)
Direcionados aos achados clínicos	270(31,6)	111(13,0)
Prevenção de Acidentes	272(31,8)	98(11,5)

*Múltiplos achados

As condutas/orientações realizadas destacaram-se: o aleitamento materno (93%), ao desenvolvimento, comportamento e atitudes conforme a faixa etária (76,9%) e ao calendário vacinal (40%). Evidenciando que a maior frequência destas orientações foi destinada a crianças do período neonatal.

Os dados da tabela 5 mostram as características do retorno para consulta de enfermagem. Após o primeiro atendimento das 854 crianças, 623 (73%) retornaram e as demais não havia registro de retornos na USF ou de mudança da área de abrangência. A média de retornos foi seis consultas, mínimo um e máximo 11 durante os primeiros 6 meses de vida. O retorno ocorreu em quase 60% na faixa etária entre 1 e 2 meses, se-

guido entre 3 e 4 meses (30,2%), passando para 11,2% entre os maiores de 5 meses de idade. Na consulta de retorno, foram identificados os seguintes processos clínicos: o desmame precoce em 13,5% dos lactentes, a cólica abdominal (17%), a dermatite de fralda (9,1%) e o co-leito (7,7%).

Tabela 5. Caracterização do retorno dos lactentes após a primeira consulta até os 6 meses de idade

Retornos	n(%) 623(100,0)	
Faixa Etária (em meses)		
1 a 2	365	58,6
3 a 4	188	30,2
≥ 5	70	11,2
Problemas clínicos identificados*		
Cólica abdominal	106	17,0
Risco de desmame	102	16,4
Desmame precoce	84	13,5
Dermatite de fralda	57	9,1
Coleito	48	7,7

*Múltiplos achados

Encaminhamentos ao dentista, psicóloga e nutricionista, além das consultas de rotina ao médico pediatra foram realizados. Outro serviço também referenciado foi o Banco de Leite Humano e o Centro de Lactação (CELAC), ambos de apoio à amamentação e referência no município em estudo.

Discussão

A linha de cuidado, “nascimento saudável” da Agenda de Compromissos, enfatiza a “Primeira Semana Saúde Integral”, como estratégia de atenção o período de maior vulnerabilidade na vida da mulher, pelas complicações puerperais e na vida da criança por agravos nutricionais, como desmame precoce, desnutrição, desidratação, infecções neonatais e acidentes.⁽³⁾ Mas, no presente estudo, a média de idade das crianças atendidas na primeira consulta ocorreu aos 24 dias de vida, período neonatal, revelando que ainda não atende às diretrizes preconizadas pelo MS de captação precoce dessa gestante, antes do nascimento, e logo após o parto na primeira semana de vida para atender à puérpera e ao recém-nascido.

Estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, em 2010, apontou que 88,9% dos enfermeiros realizavam visitas domiciliares às mulheres no período puerperal

e que uma das principais orientações era sobre o aleitamento materno.⁽⁷⁾ Por outro lado, na presente pesquisa, a quase totalidade das consultas foram realizadas na USF, pois, no geral, as mães buscam o serviço precocemente para cadastrar a criança no programa de acompanhamento do desenvolvimento da criança, visto ser uma orientação recebida na alta da maternidade.

No que se refere à situação vacinal, a quase totalidade estava atualizada. A vacinação tem forte impacto na proteção à saúde infantil, na incidência e prevalência de doenças infectocontagiosas na infância,⁽²⁾ pois o sistema imunológico é imaturo, em especial no primeiro ano de vida.

A *Global Alliance for Vaccine and Immunization* (GAVI), criada em 2000, tem como objetivos, fortalecer os programas de vacinação, priorizando os 72 países mais pobres do mundo, também proporcionar acesso às novas vacinas e maximizar o acesso as existentes e subutilizadas, reforçar a vacinação nos países e introduzir tecnologias inovadoras de imunização.⁽⁸⁾ Com a implementação destes objetivos, milhões de mortes de crianças estão sendo prevenidas, especialmente nos países pobres, o que de certa forma está contribuindo para alcançar parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio à saúde da criança, sendo uma redução em dois terços do número de óbitos em menores de 5 anos até 2015.⁽⁹⁾

A quase totalidade das crianças estavam em AME na primeira consulta e pouco mais de 6% em aleitamento artificial, em Uberlândia-MG, a prevalência do AME foi apenas 39,7%.⁽¹⁰⁾ O AME é a oferta de leite materno direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, no AMP (Aleitamento Materno Predominante) além do leite materno é oferecido água ou bebidas à base de água. AMM é a oferta o leite materno e de outros tipos de leite. No aleitamento materno complementado (AMC), a criança recebe além do leite materno, alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. Outra classificação é o AA, quando a criança recebe fórmula infantil ou leite de vaca. Sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno exclusivo deve ser oferecido até o 6º mês de vida.⁽¹¹⁾

Os mitos e tabus têm forte influência na amamentação, pois, mães jovens ou sem experiência são culturalmente influenciadas pela família ou pessoas

de seu convívio. Oferecem água, chás ou outros alimentos por acharem que a criança está com sede, para diminuir as cólicas, para acalmá-la a fim de que durma mais, como também um estudo realizado em Campinas-SP revela que os familiares apresentam dificuldade de compreensão do significado da expressão “aleitamento materno exclusivo”, entendendo exclusividade como algo que restringisse a oferta de outros leites, não compreendiam que o termo é aplicado a qualquer líquido que não seja o leite materno.⁽¹²⁾

Outros fatores além da administração precoce de líquidos que não seja aleitamento materno, também podem estar associados ao desmame precoce como pega incorreta, fissura mamilar, trabalho materno fora de casa, oferta de bicos ou chupetas às crianças e primiparidade.⁽¹⁰⁾ Tais resultados também foram evidenciados no presente estudo, como pega incorreta, fissura mamilar e introdução precoce de água, chá e/ou outros tipos de leites.

Conforme as linhas de cuidado do MS “crescimento e desenvolvimento” e “doenças prevalentes na infância” deve-se garantir o acompanhamento da criança, a fim de detectar problemas preveníveis, reduzindo o risco de morbimortalidade.⁽³⁾ Ao analisar os principais problemas clínicos e psicossociais levantados na primeira consulta, no presente estudo, quase 40% das crianças apresentaram problemas gastrointestinais, seguidos por problemas alimentares, psicossociais, dermatológicos e hematológicos. As dermatites, como na área das fraldas, monilíase perineal, de contato e seborreica tiveram destaque nesse estudo, principalmente no período neonatal. Entre menores de 1 ano, pesquisadores identificaram que 34,4% das crianças apresentaram dermatite irritativa de fraldas e 17,7% monilíase perineal,^(13,14) sendo a higiene uma das formas de se evitar dermatite na área de fralda.

A icterícia, um dos achados do exame físico mais comum em recém-nascidos, vem sendo tratada pelas mães erroneamente a partir de crenças populares.⁽¹⁵⁾ Assim, a detecção precoce da icterícia na primeira consulta de enfermagem e o encaminhamento adequado para o tratamento de hiperbilirrubinemia previnem a encefalopatia bilirrubínica e suas complicações neurológicas graves, como o *Kernicterus*.⁽¹⁶⁾

A falta de companheiro, baixa renda, disponibilidade de espaço no domicílio, falta de informação e insegurança favorecem o fato de dormir mãe e filho na

mesma cama. Esta prática chamada de co-leito, foi um dos achados neste estudo, que é um fator de risco para síndrome da morte súbita no lactente, por superaquecimento e a ocorrência de asfixia.⁽¹⁷⁾

Além de realizar o exame físico para detecção de anormalidades, ele direcionará as orientações que devem ser priorizadas como cuidados de higiene, prevenção de dermatites, banho de sol, estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção acidentes, manejo com cólica no lactente, aleitamento materno. Pois, estudo realizado com puérperas adolescentes, verificou-se que as mães têm conhecimento limitado em cuidados de higiene e amamentação, não se preocupam ou não têm informação sobre a importância de questões de segurança e desenvolvimento neuropsicomotor.⁽¹⁴⁾

As orientações sobre o aleitamento materno são primordiais para o sucesso na amamentação, portanto a mãe precisa estar motivada e acolhida, o profissional de saúde deve estar disposto a ouvi-la, orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas. Sendo de extrema importância a consulta de enfermagem realizada na primeira semana de vida, bem como as ações educativas em grupos pré-natais para o preparo destas mães, reduzindo assim, problemas relacionados à amamentação que aumentam o risco para o desmame precoce.

O MS recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana de vida, nos 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses), duas consultas no 2º ano de vida (nos 18º e no 24º meses) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, além das de rotina com o pediatra. As faixas etárias que facilitam o acompanhamento do desenvolvimento infantil, atualização do calendário vacinal e orientações de prevenção e promoção da saúde. Os números de consultas e visitas domiciliares podem aumentar para crianças de risco.⁽²⁾ Quanto aos retornos nas consultas consecutivas à primeira, a média de retornos neste estudo foi de seis consultas e, a maior parte, do primeiro retorno esteve concentrado nas idades de 1 e 2 meses.

Embora as orientações tenham sido realizadas, o desmame precoce, a cólica abdominal, a dermatite de fralda e o co-leito foram os problemas mais comuns identificados na consulta de retorno, o que significa que se deve melhorar as ações em educação em saúde e estas, por sua vez, não devem ser restritas, mas, sim, contínuas

para que se possa mudar paradigmas sociais e culturais. As linhas de cuidado do MS “crescimento e desenvolvimento” recomenda executar ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa dos faltosos à “Primeira Semana Saúde Integral”, às consultas propostas no calendário de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e retornos.⁽³⁾ O acompanhamento é fundamental para o cuidado integral da criança, que vai além de peso e medidas antropométricas, sendo preciso o atendimento multiprofissional na rede de saúde.

Conclusão

Pode-se observar que o enfermeiro executa a consulta de enfermagem de forma sistematizada, porém, apesar dos esforços, ainda não atende completamente as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, como captar os recém-nascidos na primeira semana de vida. Embora tenha realizado a primeira consulta no período neonatal e recebido orientações, conforme os achados clínicos persistiram os mesmos problemas nas consultas de retornos, reafirmam a necessidade do aprimoramento das ações, e a necessidade de direcionamento profissional para medidas de prevenção e promoção que resultem em melhoria da assistência às crianças, contribuindo para a diminuição dos indicadores de comorbidades.

Referências

1. Souza RS, Ferrari RA, Santos TF, Tacla MT. Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *REME Rev Min Enferm.* 2012;17(2):95-103.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [citado 2016 Nov 21]. (Cadernos de Atenção Básica, n° 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [citado 2016 Jul 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
4. Brasil. Portaria n.º 2351, de 05 de outubro de 2011. Altera a Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha [Internet]. Brasília, DF. DOU, 2011. [citado em 2013 nov 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf
5. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado. Resolução SESA n° 0172, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná - 1ª Fase - e fixa suas diretrizes [Internet]. Curitiba, PR. DOU, 2011. [citado em 2013 dez 03]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO1722011.pdf>
6. Datasus. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde- CID-10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2013 out 08]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
7. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(4):809-15.
8. Homma A, Martins RM, Leal MLF, Freire MS, Couto AR. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciênc Saúde coletiva.* 2011; 16(2):445-58.
9. Santos SR, Ferreira AL, Cunha AJLA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Saúde da Criança: avanços e desafios. *Soc bras Pediatr.* 2012; 2(1):17-21. Disponível em: <http://residenciapietadica.com.br/detalhes/39/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-e-a-saude-da-crianca--avancos-e-desafios>
10. Salustiano LP, Diniz AL, Abdallah VO, Pinto RM. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(1):28-33.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
12. Santos KH, Marques D. Diagnósticos de enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2015;15(2):108-13.
13. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):508-13.
14. Melo MM, Goulart BF, Parreira BD, Machado AR, Silva SR. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. *Cienc Cuid Saúde.* 2011; 10(2):266-73.
15. Luchesi BM, Beretta MI, Dupas G. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. *Cogitare Enferm.* 2010;15(3):506-12.
16. Castilho TR, Vargas MS, Pinsuti A, Rocha MA, D'Bertagnon JR. Encefalopatia bilirrubínica por incompatibilidade Rh. *Einstein (São Paulo).* 2011;9(2 Pt 1):220-3.
17. Neves CM. Novas recomendações na prevenção da morte súbita do lactente. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27(6):566-8.