

Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família

ASSISTANCE TO NEWBORNS IN A FAMILY HEALTH PROGRAM

AYUDA AL RECIÉN NACIDO EN UN PROGRAMA DE SALUD A LA FAMILIA

Fátima Martinez Slomp¹, Débora Falleiros de Mello², Carmem Gracinda Silvan Scochi³, Adriana Moraes Leite⁴

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever o atendimento neonatal implementado pelo PSF de uma unidade do município de Guarapuava-PR, com vistas a subsidiar a organização da atenção à saúde da criança no contexto da família. É um estudo descritivo, com base no levantamento de dados registrados em declarações de nascidos vivos e prontuários de famílias com bebês nascidos no período de 01/10/2003 a 30/09/2004, totalizando 90 recém-nascidos. Considerando a descrição da forma de captação da clientela e da verificação dos atendimentos realizados, foi possível construir um fluxograma de atendimento ao recém-nascido. Depreendeu-se que o fluxograma representa uma forma de identificar o tipo de demanda, o atendimento de cada profissional, os procedimentos, os encaminhamentos, os retornos, assim como as lacunas. Permitiu visualizar o atendimento esquematicamente, possibilitando contribuir para a organização da assistência ao recém-nascido em unidades de Programa de Saúde da Família.

DESCRIPTORIOS

Recém-nascido.
Assistência à saúde.
Enfermagem.
Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study describes the neonatal health care implemented through the Family Health Program in a unit in Guarapuava, State of Paraná, with the aim of supporting the organization of child health care in a family context. It is a descriptive survey based on data from live birth statements and files of families with babies born between October 1, 2003 and September 30, 2004, totaling 90 infants. The description of how clients were attracted and the verification of care delivery made possible the construction of a newborn health care flow chart. It was found that the flow chart represents a means for identifying the type of demand, the care delivered by each professional, the procedures, the referrals and the returns, as well as the gaps. This made possible for us to visualize the health care schematically, thus contributing to the organization of newborn health care in Family Health Program units.

KEY WORDS

Infant, newborn.
Delivery of health care.
Nursing.
Family Health Program.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo describir la atención al recién nacido en un Programa de Salud a la Familia, realizado en la ciudad de Guarapuava-PR, para subvencionar la organización de la atención a la salud del niño en el contexto de la familia. Es un estudio descriptivo, de datos registrados en declaraciones de nacidos vivos y manuales de las familias de los bebés natos a partir la 01/10/03 a 30/09/04, en la cantidad de 90 recién nacidos. Considerándose la descripción de cómo fue hecha la captación de la clientela y con la verificación realizada en los servicios, fue posible estructurar un organigrama de la atención al recién nacido. Se percibió que el organigrama representa una forma de identificar el tipo de demanda, el servicio de cada profesional, los procedimientos, las orientaciones, los retornos, así como las fallas. Permitió visualizar el servicio esquemáticamente, posibilitando contribuir para la organización de la asistencia al recién nacido en unidades del Programa de Salud de la Familia.

DESCRIPTORIOS

Recién nacido.
Prestación de atención de salud.
Enfermería.
Programa Salud de la Familia.

- 1 Enfermeira. Mestre do Departamento de Enfermagem, Universidade do Centro-Oeste –UNICENTRO. Guarapuava, PR, Brasil. f.s@brturbo.com.br
- 2 Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. defmello@eerp.usp.br
- 3 Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. cscochi@eerp.usp.br
- 4 Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. drileite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A infância é um período da vida em que ocorrem várias modificações, particularmente físicas e psicológicas, caracterizando, de modo geral, o crescimento e o desenvolvimento da criança.

O crescimento e o desenvolvimento têm sido considerados bons indicadores, expressivos do nível de saúde da população infantil⁽¹⁻²⁾. No campo da saúde são abordados como indicadores positivos das condições de saúde e não como indicadores negativos, por meio de danos maiores, como as taxas de mortalidade⁽¹⁾.

Para que o processo de crescimento e desenvolvimento se expresse com potencialidade, há dependência de um estado nutricional adequado, de bom estado de saúde, de alimentação adequada e de boas condições de vida. Essa dependência é particularmente relevante nos primeiros anos de vida, motivo pelo qual a avaliação do crescimento e desenvolvimento é recomendada com frequência, buscando aferir o estado de saúde e de nutrição de crianças individualmente e indicar as condições gerais de vida que prevalecem nas sociedades⁽³⁾.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de fatores que podem interferir nesse processo. Assim, o acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde é configurado como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes e para o alcance de melhor qualidade de vida^(2,4-5). Esses autores colocam que a qualidade de vida está, fundamentalmente, marcada pelas condições de vida e que as políticas públicas da área da saúde e as ações intersetoriais têm importância também na determinação da qualidade de vida.

No Brasil, historicamente, o perfil de morbimortalidade tem definido o grupo materno-infantil como prioritário para as ações de saúde, ganhando destaque, nos programas e diretrizes políticas, direcionados à saúde da criança, a redução da mortalidade infantil, considerada um grande indicador do desenvolvimento social e econômico de um país ou região. No país, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, trouxe transformações e desafios que implicaram na reorganização dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio de implantar o Programa de Saúde da Família (PSF), embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. A abordagem do PSF é a atenção centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social, enfatizando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas⁽⁶⁾.

O período neonatal tem sido destacado como uma das prioridades nas diretrizes políticas, sendo enfocados os cuidados

essenciais com neonatos, incentivos à amamentação, imunizações, gestão de doenças, nutrição, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes⁽⁷⁻⁹⁾.

Este estudo tem como objetivo descrever o atendimento neonatal implementado pelo PSF de uma unidade do município de Guarapuava-PR, com vistas a subsidiar a organização da atenção à saúde da criança no contexto da família.

MÉTODO

A presente investigação configura um estudo descritivo⁽¹⁰⁾ sobre a assistência ao recém-nascido, procurando descrever a forma de captação desse segmento populacional e a verificação dos atendimentos realizados pela equipe de uma unidade de PSF.

O estudo foi desenvolvido no município de Guarapuava-PR, na unidade do PSF do bairro Santa Cruz. Essa unidade de saúde foi implantada em 2003, é vinculada à rede municipal de serviços públicos de saúde e atende a uma população de 18.000 habitantes.

A coleta de dados foi baseada em um levantamento de informações registradas em declarações de nascidos vivos (DNV) e em prontuários de famílias com bebês nascidos no período de 01/10/2003 a 30/09/2004.

Nesse período, nasceram 129 crianças no bairro, sendo que 90 recém-nascidos fizeram parte do estudo, considerando os critérios de inclusão: ser morador da área de abrangência da unidade e estar sob cobertura assistencial pelo PSF no período neonatal. A coleta de dados em DNV e em prontuários originou a caracterização do atendimento aos recém-nascidos seguidos no PSF Santa Cruz. A análise buscou descrever aspectos da assistência ao recém-nascido e compo, assim, um processo de reconstrução de dados registrados, originando o fluxograma de atendimento. Essa caracterização foi elaborada através de um Fluxograma de Atendimento, que se deu em dois momentos. Inicialmente, foram listados os tipos de atendimento, quais os profissionais da unidade realizavam os atendimentos e o tipo de procura (espontânea ou por busca ativa). Após essa listagem, foram mapeados os fluxos de todos esses atendimentos, com vistas à visualização da assistência, configurando o processo de captação-intervenção-seguimento-avaliação.

RESULTADOS

Atendimento neonatal implementado pelo PSF do Bairro Santa Cruz, no município de Guarapuava-PR

O atendimento inicial aos recém-nascidos, de acordo com o fluxograma definido pela unidade do PSF Santa Cruz (Figura 1), é desencadeado pelas informações contidas nas DNVs, configurando a demanda potencial dos bebês nascidos na região de abrangência dessa unidade de saúde.

A partir dessa demanda de nascimento, é proposto o atendimento ao recém-nascido na primeira semana de vida. As DNVs, enviadas pela Secretaria Municipal da Saúde ao PSF, são manuseadas pelos ACSs, a partir das quais fazem a programação de visitas.

O atendimento ao recém-nascido também pode ocorrer por demanda espontânea, ou seja, a família comparece à unidade antes que a visita domiciliar tenha sido realizada pelos ACSs. Nessas situações, havendo vaga ou urgência de atendimento, o RN é encaminhado ao atendimento de enfermagem.

É proposto que o bebê e família passem por consulta de enfermagem com enfoque em puericultura, de acordo com a possibilidade da agenda. Na consulta de enfermagem, realizada pela enfermeira, será observado o crescimento e desenvolvimento infantil, o aleitamento materno e as condições clínicas do bebê, assim como o agendamento de retorno.

Tendo passado ou não pela consulta com a enfermeira, o RN é atendido pelo auxiliar de enfermagem, que mensura peso, verifica temperatura se necessário e avalia o estado vacinal BCG e contra a Hepatite B. Nessa avaliação é verificada a necessidade de pronto-atendimento médico, consulta médica de puericultura ou acompanhamento pela enfermagem, levantando, ainda, a necessidade de visita domiciliar ou novos retornos médicos.

Verificou-se nos prontuários, que, nesse período, algumas mães e/ou familiares não autorizaram a entrada do ACS, quando da visita domiciliar, devido a crenças e tabus. Nesses casos o ACS agenda uma nova visita para depois da primeira semana de vida do RN. Na efetivação da visita domiciliar, a mãe e/ou familiares recebem orientações sobre cuidados básicos com o bebê e são orientados a procurarem o PSF para receber atendimento da enfermeira (consultas de enfermagem/puericultura) e dos auxiliares de enfermagem (controle de peso e imunização). Percebe-se que os casos de não comparecimento à unidade do PSF para atendimento pelo profissional de nível universitário, foram devidos ao estado satisfatório da criança. Observou-se que algumas mães, em geral as adolescentes, continuavam morando com os pais, podendo ser indicativo elas sentirem-se mais seguras nos cuidados com o bebê, prorrogando a ida ao PSF.

Quando ocorre o comparecimento na unidade, mas a enfermeira não pode atender o recém-nascido, o auxiliar de enfermagem o atende, realizando orientações e os procedimentos de vacinação, medição de peso, altura e temperatura (solicitação da mãe ou quando ele percebe que o bebê está com temperatura elevada).

Se for encontrada temperatura elevada, tanto no atendimento da enfermeira quanto no do auxiliar de enfermagem, o recém-nascido é logo encaminhado, para a consulta com o médico, caracterizando um pronto-atendimento. Após essa consulta, havendo necessidade de retorno, ainda dentro dos 27 dias de vida, o médico encaminha para a enfermeira a fim

de reagendar o retorno e monitorar, juntamente com os ACSs, os cuidados e controles necessários (pós-consulta). Se não houver necessidade de atendimento médico, o atendimento ou seguimento será mensal com a enfermeira.

A Figura 1 apresenta o esquema do fluxograma do atendimento neonatal, na unidade do PSF do Bairro Santa Cruz, do município de Guarapuava-PR.

DISCUSSÃO

Com base na epidemiologia do risco, a literatura apresenta os seguintes fatores de risco para mortalidade ao nascer: residir em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2500 g); prematuros (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Apgar <7 no quinto minuto de vida); crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); história de morte de crianças menores de 5 anos de idade na família⁽⁸⁾.

Na perspectiva de redução da mortalidade na infância, no Brasil, o Ministério da Saúde, de acordo com proposição da OPAS/OMS e Unicef, vem propondo várias medidas, entre elas a implementação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais que acometem as crianças; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como nos domicílios e na comunidade; e o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância⁽¹¹⁾. O perfil de saúde infantil do país mostra uma proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção, e, por outro lado, a convivência com uma morbidade elevada das chamadas doenças do subdesenvolvimento, como as pneumonias, diarreias, desnutrição e, particularmente na região norte, a malária. Ainda, as causas que levam crianças à hospitalização, com problemas respiratórios e doenças infecciosas e parasitárias, relatadas como internações passíveis de serem reduzidas por meio de medidas de prevenção e assistência em nível primário, contribuindo para diminuição de gastos e liberação de leitos para patologias mais graves⁽¹²⁾.

Os cuidados preventivos, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o controle de enfermidades infantis, a orientação alimentar e a vacinação, constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância⁽⁵⁾. A qualidade dos cuidados gerais com a criança é destacada entre os fatores extrínsecos como fundamental para o bom crescimento e desenvolvimento humano, sendo referido que a criança pequena necessita estabelecer relações afetivas, precisa de outra pessoa para ir se estruturando como sujeito e para a construção de sua identidade^(7,13).

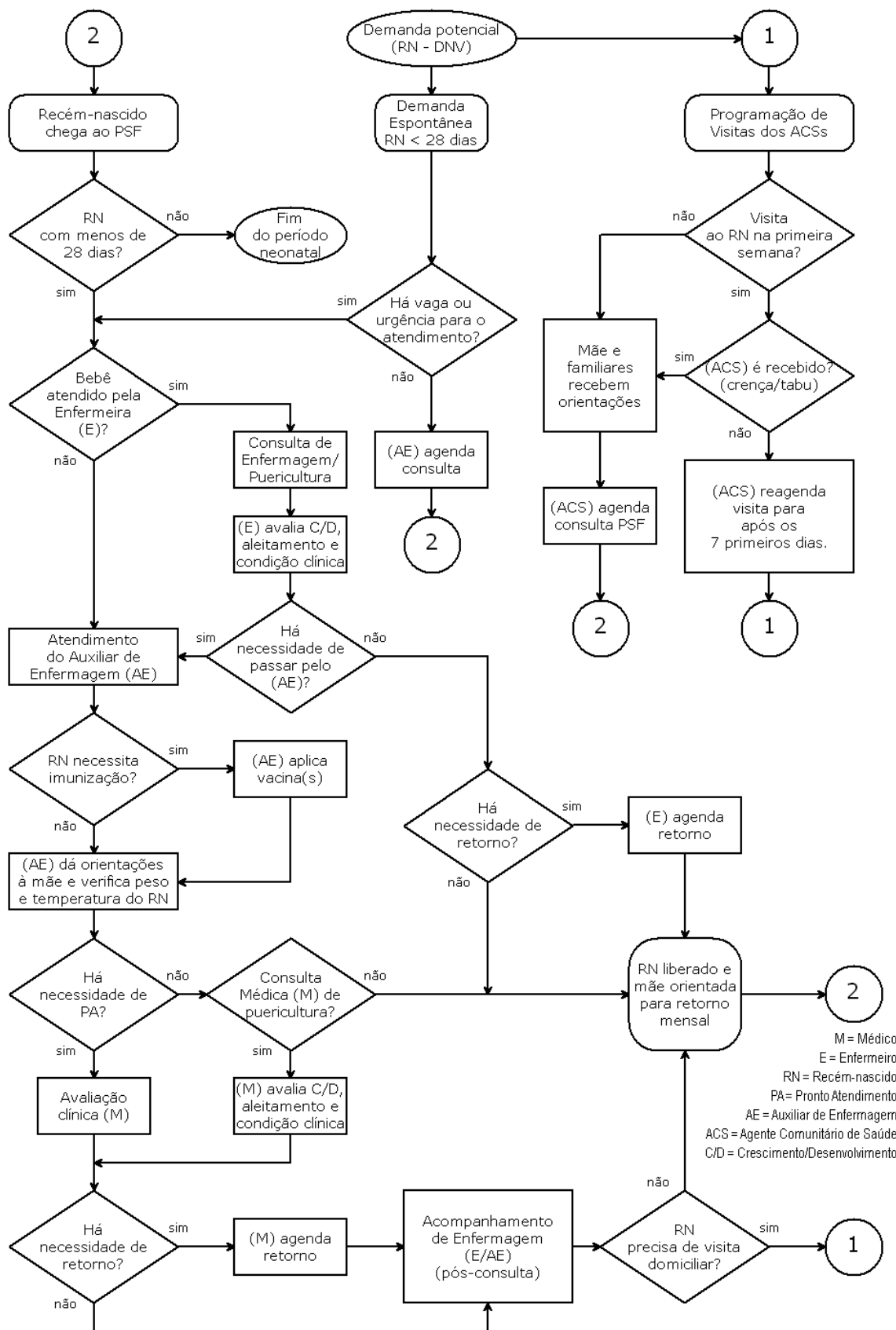


Figura 1 - Fluxograma de atendimento neonatal. PSF do Bairro Santa Cruz - Guarapuava - 2006.

No processo de crescimento e desenvolvimento da criança tem sido destacado que a determinação da frequência e do espaçamento dos atendimentos deve ser definida levando em conta quais os riscos que se pretende avaliar, identificando os melhores momentos para a avaliação da saúde⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, alguns riscos são exemplificados: risco de agravos existentes desde o nascimento, elegendo o 1º e 2º mês de vida como relevantes; risco de agravos nutricionais, em que é importante avaliar risco de desmame, erros alimentares, introdução progressiva de alimentos, principalmente no 1º, 2º, 4º, 6º e 9º mês de vida; risco de comprometimento do desenvolvimento, avaliando marcos do desenvolvimento e alertas da existência de possíveis problemas, particularmente no 2º, 4º, 9º e 18º mês de vida; e risco de infecções, enfatizando a proteção através da imunização no 1º, 2º, 4º, 6º, 12º e 15º mês de vida.

Em relação ao seguimento de crianças de risco, o objetivo é de acompanhar as crianças de alto risco após a alta hospitalar, com maior risco de morrer ou de apresentar distúrbios capazes de interferir na sua qualidade de vida, buscando intervenções precoces nos problemas já identificados na alta e prevenção de outros passíveis de ocorrer nos primeiros anos de vida. A periodicidade de atendimentos para essas crianças varia de acordo com as possibilidades dos serviços de saúde, as necessidades da criança e condições familiares. Para crianças consideradas de risco tem sido proposto o seguinte esquema de atendimentos: mensal nos primeiros 6 meses de vida, bimensal até 1 ano de idade, quadrimestral até dois anos e semestral acima de dois anos.

Crianças que nasceram com peso inferior a 1500g e/ou apresentaram morbidade neonatal ou ainda apresentam doenças ou seqüelas, a recomendação é que o seguimento seja realizado em ambulatório de especialidades e, ao mesmo tempo, vinculado à unidade de saúde em que a família está cadastrada, para que as equipes monitorem esse seguimento⁽¹⁴⁾.

Em termos da organização dos serviços de saúde, a estratégia saúde da família vem sendo colocada como eixo norteador e estruturante da atenção básica, envolvendo um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência aos problemas de saúde⁽⁶⁾. Para a atenção à criança no contexto da saúde da família são propostas linhas de cuidado, considerando o cuidado integral e a vigilância à saúde. O agente Comunitário de Saúde (ACS) trabalha em um território definido, tendo a responsabilidade pelo acompanhamento de famílias⁽⁶⁾. A prática dos ACS favorece o acolhimento e resgata a integralidade do sujeito/usuário, com destaque para o suporte social que oferece à população através de seu perfil solidário⁽¹⁵⁾. As relações estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde e os usuários/famílias proporcionam escuta de sofrimentos, carências, desejos, possibilidades e saberes. O PSF pode ser visto como uma experiência inovadora e uma oportunidade que gera uma nova prática.

A atenção básica à saúde da criança e família vem sendo centrada na vigilância à saúde, realizada pela equipe de saúde da família. De acordo com as principais causas de morbidade e mortalidade na infância no país, o Ministério da Saúde coloca que as ações prioritárias devem ser realizadas em sua plenitude, envolvendo a promoção do nascimento saudável, o acompanhamento e a promoção do crescimento, do desenvolvimento e da alimentação saudáveis, enfocando a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes⁽⁸⁾.

Após seu nascimento, ganha importância conhecer o número de recém-nascidos e de puérperas da área de abrangência da unidade; programar ações de saúde; realizar visitas domiciliares a partir da primeira semana de vida; avaliar a saúde materna; verificar cartão da criança e relatório de alta da maternidade; identificar recém-nascido de risco ao nascimento; avaliar a saúde do recém-nascido; orientar registro de nascimento; orientar e realizar teste do pezinho; orientar e incentivar o aleitamento materno e os cuidados com a criança; avaliar e orientar sobre alimentação; orientar e realizar vacinação; realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; avaliar sinais de risco/perigo e identificar fatores de risco; realizar práticas educativas; não perder oportunidades de abordagem global da criança⁽⁷⁻⁸⁾.

A assistência aos recém-nascidos na realidade pesquisada permeia os aspectos ressaltados na literatura, evidenciando consonância com as recomendações de programas de saúde governamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, depreende-se que o fluxograma configura um processo de captação-intervenção-seguimento-avaliação da criança e família. Procura retratar esquematicamente o atendimento ao recém-nascido, enfatizando a programação de visitas domiciliares, consultas e procedimentos realizados na unidade de saúde.

A identificação, a busca ativa e o monitoramento do recém-nascido, sob condição de maior risco de adoecer e morrer, constituem um desafio contínuo de incluir um modelo de assistência voltado e fundamentado nos conceitos de prevenção, promoção e de reorganização da atenção básica à saúde, que é proposto, também, pelo modelo do Programa Saúde da Família.

A elaboração do fluxograma de atendimento ao recém-nascido aponta para reflexões sobre a qualidade da assistência, as formas de captação das crianças, o modo de efetivar a educação em saúde, além de sua utilização como instrumento para a organização dos serviços de PSF.

A vigilância à morbimortalidade infantil, vista pela forma de captação e de acompanhamento das crianças de risco pode ter êxitos e limitações, sendo necessário reavaliar continuamente todas as ações desenvolvidas na atenção materno-infantil para que se possa fortalecer a proposta de reorganização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga AT. Reflexões acerca da abordagem sociológica do crescimento e do desenvolvimento da criança no campo da saúde pública: aspectos teórico-metodológicos. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 1991;1(2):51-64.
2. Monteiro CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):19-25.
3. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):41-51.
4. Sucupira ACSL, Bresolin AMB. Caderno temático da criança: princípios do atendimento à criança. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2003. p. 95.
5. World Health Organization (WHO). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva; 1996.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília; 1998.
7. Banco Mundial. Unidade de Gestão do Brasil. Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano. Brasil Saúde Materno Infantil. Report. n. 23811-BR. Brasília; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
11. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Programa de Doenças Transmissíveis. Divisão de Prevenção e Controle. Unidade AIDPI. Crianças saudáveis: a meta de 2002. Brasília; 2000.
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Situação da infância brasileira 2006 [texto na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 fev. 12]. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>
13. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. São Paulo: Hucitec; 1988.
14. Sucupira ACSL, Figueira BD. Caderno temático da criança: os fundamentos para o seguimento da criança de alto risco. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2003. p. 33-6.
15. Carvalho VLM. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre a sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.