



---

**GABRIELE CONÇALVES LEITE**

**Levantamento das doenças mais freqüentes do  
ambulatório de risco  
de uma clínica pediátrica municipal,  
Apucarana-PR.**

---

Apucarana - Paraná

2008

GABRIELE GONÇALVES LEITE

**Levantamento das doenças mais freqüentes do  
ambulatório de risco  
de uma clínica pediátrica municipal,  
Apucarana-PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana. Orientado pela Profª Especialista Larissa K. Rossi do Espírito Santo, com objetivo de obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Apucarana - Paraná

2008

**GABRIELE GONÇALVES LEITE**

**Levantamento das doenças mais freqüentes do  
ambulatório de risco  
de uma clínica pediátrica municipal,  
Apucarana-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Bacharel em Enfermagem, da FAP –  
Faculdade de Apucarana, como requisito parcial à  
obtenção do título de graduação.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profº Enf. Larissa K. Rossi Espírito Santo  
FAP – Faculdade de Apucarana

---

Profº Enf. Marineusa Fernandes  
FAP – Faculdade de Apucarana

---

Profº Dr. Luiz Carlos Busnardo  
FAP – Faculdade de Apucarana

Apucarana, 01 de dezembro de 2008.

***A Deus, minha família, meus amigos e principalmente a meu avô que já partiu junto a Deus....A aqueles que iluminaram meu coração.***

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me deu coragem e força para chegar até aqui.

A minha família, pois nos momentos mais difíceis da vida, eram eles que estavam por perto para me ajudar e amparar, principalmente ao meu avô, que agora permanece junto a Deus, ele foi um tesouro que Deus deixou aqui na terra para nós cuidarmos, e no ano de 2008, Deus veio buscar esse tesouro novamente.

A minha orientadora e professora, pela paciência, pois ela não me puxou pela mão para conseguir vencer nesse trabalho, me ensinou a subir degrau a degrau para alcançar meus objetivos.

Aos amigos, ou melhor, chamá-los de anjos. Aprendi com eles a lutar, superar as perdas, a olhar a vida com outros olhos. Foram eles que me proporcionaram alegrias, loucuras, que serão sempre lembrados com carinho e muita saudade.

Aos professores, que com sua serenidade e amor a profissão, nos proporcionaram conhecimento, os quais levaremos para o resto de nossas vidas.

Ao médico, que me ajudou na realização desse trabalho.

A clínica, onde foi realizado o trabalho, e a todos os seus funcionários, que ao decorrer do tempo se tornaram bons amigos.

A todos que se sentem felizes ao me verem vencer mais essa etapa na minha vida.

A morte do homem começa no  
instante em que ele desiste de  
aprender.

*(Albino Teixeira)*

LEITE, Gabriele Gonçalves. **Levantamento das doenças do ambulatório de risco municipal, Apucarana-Pr.** 2008. 44 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado e Enfermagem) – Faculdade de Apucarana.

## RESUMO

É necessário um cuidado muito grande em relação à criança de alto risco, por isso é de extrema necessidade identificar as doenças que mais acometem essas crianças, não só pelo acúmulo de conhecimento, mas também para proporcionar um cuidado mais individualizado e de melhor qualidade. Esse trabalho, realizado no ano de 2008, vem identificar quais as doenças que mais aparecem no ambulatório de risco entre julho de 2007 e julho de 2008 da cidade de Apucarana. O estudo foi realizado através de coleta de dados dos prontuários dos pacientes que freqüentaram o ambulatório de risco em uma clínica pediátrica municipal da cidade de Apucarana, na procura de auxiliar na assistência, descobrir as causas, descrever os perigos relativos, listar necessidades especiais e posteriormente ajudar aos pais no entendimento da doença dessas crianças. Foi analisada uma amostra de 303 prontuários. Obtivemos como produto final: a) a população feminina (50,5%) foi razoavelmente maior que a masculina (49,5%); b) que a pré-eclâmpsia é o diagnóstico materno de maior incidência com 24,5%, podendo assim ser relacionado com o baixo peso ao nascer que foi o diagnóstico infantil mais freqüente com 30,34%; c) a amostra das semanas gestacional mostrou a 34<sup>a</sup> semana como a mais presente com 18,4%, relacionando assim o porquê da metade dos diagnósticos das crianças serem relacionados com doenças respiratórias, pois das dez patologias encontradas, cinco estão relacionadas com esses diagnósticos. Podendo concluir que a gestação de alto risco é fator primordial para que essas crianças se tornem de alto risco também.

**Palavras-chave:** Criança de alto risco; Gestação de alto risco; Morbidade neonatal.

LEITE, Gabriele Gonçalves. **Disease survey of the Municipal risk outpatient department.** Apucarana – Pr, 2.008. 44 p Nursery graduation final paper. FAP – College of Apucarana.

## **ABSTRACT**

It is necessary great attention to the high risk child, and that is why it is of extreme necessity to identify the diseases that most hit those children, not just because of the knowledge, but also to provide better quality and individualized care. This work, made in 2.008, identifies the most common cases at the risk outpatient department in the city of Apucarana, from July 2.007 to July 2.008. The study has been made through the data collected from the patient's medical records, that were sent out for treatment to the risk outpatient department of a Municipal pediatric clinic in the city of Apucarana, in search to assist the care, find the causes, find the related threats, list special needs and then help the parents in the care to those children. It has been analyzed a sample of 303 medical records. The final product is: a) The female population (50,5%) was slightly bigger than the male one (49,5%);b) Pré eclampsia is the maternal diagnosis of most incidence, with 24,5%, being related to the low weight in birth, that was the most common diagnosis, with 30,34%;c) The gestational age sample has shown the 34<sup>th</sup> week as the most present, with 18,4%, therefore being related to the reason of half of the children's diagnosis detecting respiratory diseases, because of the 10 pathologies found, in which 5 were related to such diagnosis. We can conclude that the high risk pregnancy is a fundamental factor for such children to become of high risk.

**Keywords:** High risk child, high risk pregnancy, Neonatal morbidity;

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição do diagnóstico materno, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.....34

Gráfico 2-Distribuição dos diagnósticos das crianças de alto risco, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.....36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes, por sexo, avaliados pelos prontuários, na clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008 .....33

Tabela 2 – Distribuição do diagnóstico materno, avaliados pelos prontuários, na clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.....33

Tabela 3 – Distribuição das semanas de gestação, avaliados pelos prontuários, na clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.....35

Tabela 4 – Distribuição das doenças encontradas, avaliados pelos prontuários, na clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.....37

## LISTA DE ABREVIATURAS

BPN

CEP

cm

DHEG

DMG

DNA

HIV

IBGE

KM<sup>2</sup>

ml

mmHg

OMS

RGE

RN

RTG

SDR

TPP

TTRN

Baixo Peso ao Nascer

Comitê de Ética em Pesquisa

Centímetro

Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Diabetes Mellitus Gestacional

Ácido Desoxirribonucléico

Vírus Humano da Imunodeficiência

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Quilômetro Quadrado

Mililitros

Milímetros de Mercúrio

Organização Mundial de Saúde

Refluxo gastresofágico

Recém Nascido

Redução de Tolerância a Glicose

Síndrome do Desconforto Respiratório

Trabalho de Parto Prematuro

Taquipnéia Transitória do Recém Nascido

# SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
2.1 PAPEL DO ENFERMEIRO.....	18
2.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	19
2.3 COMPLICAÇÕES DO PARTO.....	28
2.4 CRIANÇA DE ALTO RISCO.....	29
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	33
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	34
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONSIDERAÇÃO FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA OBRA, SÃO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR.....</b>	<b>46</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A vida, como um todo, pode ser considerada como uma dádiva de Deus. Onde se pode depositar a esperança de um amanhã mais satisfatório. Já no ventre materno o feto passa por várias transformações, algumas vezes não muito satisfatórias para seu desenvolvimento intra-uterino, podendo assim evoluir para uma gravidez de risco, que por sua vez, pode acarretar alguns danos à criança, exigindo assim uma atenção maior e um melhor cuidado por parte da equipe de saúde após o parto, pois a mesma pode se tornar uma criança de alto risco.

Desde o momento em que se decide abordar um assunto em pediatria, é necessário ter um cuidado maior, pois está observando um ser em crescimento, desenvolvimento e intensa transformação.

A criança não é capaz de estabelecer suas próprias necessidades, e algumas vezes nos deparamos com um ser mais frágil que os outros, a criança de alto risco, que necessita de um maior apoio, pois possui extrema debilidade, e na maior parte das vezes é acometida por doenças que as tornam cada vez mais fracas, devido às intercorrências clínicas.

O processo do cuidar, neste contexto, requer maior atenção, e para que isso ocorra é necessário conhecer qual a incidência das doenças que mais acometem essas crianças, não só pelo acúmulo de conhecimento, mas também para um bom desempenho das tarefas realizadas pelos profissionais, e o mais importante, que é propor uma perspectiva de um futuro com melhor qualidade de vida, mais oportunidades para essas crianças que muitas vezes são discriminadas pela sociedade.

Há necessidade que haja respeito, cuidado solidário e humanizado à criança e seus familiares, pois investir nas crianças é a melhor alternativa, visto que as mesmas serão os adultos de amanhã. Para que isso ocorra é necessário que a equipe de saúde esteja ciente das doenças diagnosticadas pelo pediatra, para junto com a família dar início ou continuidade ao tratamento.

O bom atendimento à criança de alto risco, objetiva uniformizar e colocar em um limiar mais elevado e justo a assistência da equipe de saúde às crianças em questão.

[...] Cada vez mais, a equipe de saúde coloca-se ante o desafio de continuar prestando serviços e educação de alta qualidade aos pacientes (BRANDEN, 2000).

Com este trabalho objetivamos nos familiarizar com as doenças que mais acometem as crianças de alto risco, podendo assim dar uma assistência de melhor qualidade a essas crianças que necessitam de um cuidado mais específico, identificar quais as causas que levam uma criança se tornar de alto risco, descrever os perigos relativos a essas crianças, listar suas necessidades especiais, e posteriormente auxiliar a família no entendimento sobre a doença e incentivar a mesma no processo de reabilitação.

A finalidade do reconhecimento das doenças presentes em crianças de alto risco é de diminuir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida através da melhoria da saúde, provenientes das consultas pediátricas, detectando patologias, problemas de desenvolvimento, acompanhamento para a detecção e intervenção terapêutica e profilática o mais precoce possível e suporte a família, apoiando, informando e orientando.

É necessário trabalhar com apoio psicológico com os pais e a família, pois os mesmos esperam uma criança saudável, e se deparam com uma criança portadora de alguma patologia, e isso se deve realizar através da equipe de enfermagem e do pediatra que acompanha a criança, para que a mesma não sofra nenhum tipo de rejeição por parte da família, pois uma criança de alto risco em constante desenvolvimento, necessita de uma atenção básica. Visando sempre e extrema qualidade do serviço prestado por parte do órgão servidor.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO**

A criança tem o direito de ser bem cuidada, e que todos a sua volta possam promover seu bem estar e qualidade de vida, ter todas as oportunidades que lhe possam ser oferecidas para que a mesma possa se desenvolver. É necessário conhecer, mesmo que sucintamente, a criança em si. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a infância é o período da vida humana compreendido do nascimento até os 10 anos de idade, e a pessoa nessa fase recebe a denominação de criança. Segundo Gaíva e Paião (1999) ao buscar no dicionário a definição da palavra criança, encontra-se que criança é um “ser humano de pouca idade, menino ou menina; pessoa ingênua, infantil: não desconfia de nada”.

No contexto saúde, algumas crianças nascem, com alguns problemas mais graves, as mesmas denominadas crianças de alto risco, necessitando assim de um cuidado especial por parte da equipe de saúde.

### **2.1 PAPEL DO ENFERMEIRO**

Segundo a legislação relacionada ao Conselho Regional de Enfermagem, vigente em nosso país, sobre a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, (Art. 8º, I), sobre as obrigações do enfermeiro, que o mesmo realize: cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco. Em relação ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que tem como base a Resolução do COFEN nº 311/2007, trás que o enfermeiro realize suas obrigações com idoneidade, para que haja a promoção da saúde, com base nos princípios éticos e bioéticos, o Art 5º trata sobre o enfermeiro exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. O Art. 20º trás que é necessário que o enfermeiro colabore com a equipe de saúde no estabelecimento da pessoa, família e

coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento (COFEN, 2007)

O papel da enfermagem é ofertar boa qualidade de vida a todas as pessoas, e em especial às crianças de alto risco, para que isso aconteça, é de extrema necessidade que haja o conhecimento das várias doenças que as acomete, para que possam ser tomadas as devidas providências e ofertar as orientações corretas aos pais, que são os que mais importam dentro desse contexto, pois os mesmos é que passam a maior parte do tempo ao lado dessas crianças, nessa posição o enfermeiro tenta estabelecer um contato maior com a família dessas crianças, para que possam confiar no trabalho da equipe, e assim esclarecer dúvidas. Segundo VERÍSSIMO e SIGAUD, 1996, o cuidar da criança visa à promoção, a manutenção e a recuperação de seu processo de desenvolvimento, de modo a propiciar seu melhor funcionamento pessoal e social.

É necessário que a enfermagem avalie a criança como um todo, levando em consideração seus aspectos emocionais e o meio em que essa criança está inserida, fazendo com que a ação da enfermagem repercuta de modo positivo no tratamento e na reabilitação da criança (FERREIRA, VARGAS e ROCHA, 1998). Segundo CLLET e ROCHA, 2004, é preciso que a equipe de enfermagem vise uma idéia em comum, a reabilitação da criança, em decorrência disso é necessário por em evidência a família toda, e não somente a criança e sua doença.

Para conhecer o porquê dessas crianças se tornarem tão vulneráveis, é necessário buscar seu histórico, começando pela sua gestação, pois a mesma é o ponto primordial no desenvolvimento da criança, e essa gestação muitas vezes pode ser de alto risco, podendo assim trazer à criança complicações após o nascimento.

## **2.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

A maior vontade de uma mulher durante sua gestação é que ocorra tudo dentro dos parâmetros de normalidade tanto com ela quanto com o feto, mas esporadicamente, pode ocorrer uma condição de alto risco para a gestante, onde pode

estar havendo o comprometimento de sua saúde e do bebê, tornando essa fase da vida da mulher, uma fase de insegurança e receio, tanto por parte dela como por parte da família.

Dentro dessas situações de alto risco, podem-se incluir patologias como diabetes e anemias; fatores biológicos como a idade da gestante (gestante adolescente com idade abaixo dos 18 anos ou a gestante possuir idade muito avançada acima dos 35 anos), estatura menor que 1,50 cm, curto intervalo gestacional menor que 24 meses, pois o útero não está totalmente recuperado da última gesta, o mesmo podendo se apresentar mais sensível e não cicatrizado em caso de o último parto ter sido cesáreo; o item socioeconômico também contribui para isso como, por exemplo, pouca escolaridade, pobreza, violência doméstica; fatores comportamentais, como o tabagismo, etilismo, uso de drogas e falta de higiene. Fatores esses de alto risco que poderiam existir antes da gestação, a exemplo da doença cardíaca e infecções. Complicações que podem estar pondo em risco o bem estar da gestante e do feto são o parto prematuro que ocorre entre 22 e 36 semanas, gestação múltipla, ou seja mais de um feto, prolongada sendo maior que 42 semanas, ruptura prematura da membrana, incompatibilidade de Rh, distúrbios hipertensivos da gravidez (BRASIL, 2004).

### **2.2.1 Gestante Adolescente**

A gestante é considerada adolescente até os 18 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde. A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social (GAMA, SZWARCOWALD e LEAL 2002).

A América Latina está em segundo lugar na porcentagem de mulheres com filhos antes dos 20 anos com o número de 35 %, perdendo somente para a África, onde o índice é de 47%, no Brasil esse índice é de 32%. A taxa percentual de fecundidade em gestantes de 15 a 19 anos no Brasil é de 19,4%, e a região mais atingida é a do centro oeste com 23,6% (IBGE, 2000).

A adolescente está passando por inúmeras transformações, como o aumento dos seios, os quadris, o aparecimento dos pelos e a menarca. Nesta fase a adolescente

pode se encontrar confusa, algumas vezes revoltada, devido aos descontroles hormonais, devido a essa alteração de humor e hormonal a adolescente procura compreensão fora de casa, podendo assim iniciar sua vida sexual precocemente, tendo por conseqüência uma gravidez, geralmente indesejada. Pelo fato da gravidez causar várias transformações, juntamente com as mudanças devido à idade, a adolescente evolui para uma gravidez de alto risco, podendo assim acarretar complicações ao feto, como o baixo peso ao nascer, complicações cardíacas, recém nascido prematuro. A mesma apresenta imaturidade tanto física como psicológica, pode estar negando a gravidez por vergonha, muitas vezes, há o rompimento com a família ou com o pai da criança, ela pode achar isso uma situação errada, podendo assim gerar fatores estressantes. Muitas vezes é a avó materna que assume as obrigações para com a criança, havendo assim desavenças, ou confusões de papéis (BRANDEN, 2000).

[...] A gestação em si é um momento delicado que requer atenção e, semelhante à adolescência, possui particularidades próprias. (MOREIRA, VIANA, QUEIROZ, JORGE 2008)

### **2.2.2 Gestante Madura**

A gestante é considerada idosa após os 35 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004). A mesma pode apresentar boas condições de saúde antes da gestação, pode apresentar-se razoavelmente bem durante esse período. Por apresentar uma idade mais elevada, a gestante madura tem uma chance maior de apresentar patologias que tornam mais complicada a gravidez. Segundo ANDRADE, LINHARES, MARTINELLI, LIPPI e BARACAT, 2004, a mortalidade materna aumenta nas pacientes com gestação tardia, principalmente por pré-eclampsia, placenta prévia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar, embolia por líquido amniótico e outras complicações puerperais.

Dois exames são realizados com mais freqüência para detectar algum tipo de anomalia no feto, a amostragem do Vilo Coriônico, que constitui na aspiração transcervical de uma amostra de Vilo Coriônico, através da inserção de um cateter plástico estéril pelo canal cervical até o útero.

E a Amniocentese, procedimento esse que se aspira uma amostra do líquido amniótico, através de uma agulha inserida no abdome até o útero, sendo retirado entre 25 e 35 ml de líquido, esses exames servem para detectar rubéola e a síndrome da rubéola congênita (BRANDEN, 2000).

As principais complicações para o feto segundo ANDRADE, LINHARES, MARTINELLI, LIPPI e BARACAT (2004) são anormalidades cromossômicas, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, abortamento espontâneo e macrossomia fetal.

### **2.2.3 Diabetes Mellitus Gestacional**

Segundo Smeltzer e Bare (2002), o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) começa na gestação, trata-se de um distúrbio endócrino que acompanha uma grande parte das gestantes, cerca de 2 a 5 %. O diabetes gestacional surge geralmente entre o segundo e terceiro trimestre da gravidez (NEME, 2005).

Algumas vezes a gestante apresenta-se assintomática, tendo assim como única anormalidade a intolerância a glicose, sendo necessário fazer investigação laboratorial (glicose comprometida em jejum ou tolerância comprometida à glicose previamente identificados, nível de HDL-colesterol menor que 35 mg/dl ou nível de triglicérides maior que 250 mg/dl) e anamnese (histórico familiar de diabetes, obesidade, raça, etnicidade, idade maior que 45 anos, hipertensão, ter tido filhos com mais de 4,5 kg) Smeltzer e Bare (2002).

Mesmo sendo de forma amena, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), pode apresentar risco tanto de morbidade quanto de mortalidade fetais ou neonatais, riscos como a macrossomia (feto anormalmente grande), hiperinsulinismo (que pode ser um fator para o crescimento demasiado do feto), hipoglicemia, hipocalemia, hipoxemia perinatal, hiperbilirrubinemia, síndrome do desconforto respiratório e prematuridade, Menezes, Diniz, Simões e Vaz (1998). O tratamento é através de dieta, e quando necessário a administração de insulina para compensar os níveis de glicose. O parto pode ser adiantado (antes das 38 semanas que é o recomendado), se a DMG estiver relacionada com a hipertensão descontrolada e o sofrimento fetal (NEME, 2005).

O DMG pode diminuir e desaparecer após o parto ou se transformar em Redução da Tolerância a Glicose (RTG) ou Diabetes Mellitus tipo um ou dois (BRANDEN, 2000).

#### **2.2.4 Anemia Ferropriva**

Entende-se por anemia quando há a diminuição ou a ausência de ferro (QUEIRÓZ e TORRES, 2000). Durante a gestação, há um grande aumento da necessidade de ferro do organismo. Alguns fatores de risco que levam a anemia ferropriva são a idade, principalmente as adolescentes, pois geralmente não tem uma alimentação saudável, outro fator é a raça, observada com mais frequência em negros e hispânicos (NEME, 2005). Outro motivo também é a baixa qualidade de vida, pois muitas gestantes não gozam de boa alimentação, e mesmo ingerindo diariamente alimentos com os nutrientes necessários é de extrema necessidade estabelecer por outra via a ingestão de ferro, como por meio de sulfato ferroso, (FUJIMORI; LAURENTI; CASSANA; OLIVEIRA; SZARFARC, 2000).

Segundo NEME, 2005, a Organização Mundial de Saúde aconselha que haja a introdução de ferro a toda a gestante a partir do segundo trimestre da gravidez, para prevenir ou tratar a anemia, a gestante deve fazer uso do ferro duas vezes por dia, uma hora antes das duas principais refeições da sua dieta. As complicações mais comuns são prematuridade e baixo peso ao nascer.

#### **2.2.5 Anemia por Deficiência de Ácido Fólico**

É necessário DNA, para que haja a multiplicação das células, o ácido fólico tem que estar presente na síntese do DNA para que isso ocorra, se há a falta do ácido fólico, diminui a síntese do DNA, conseqüentemente diminuindo a multiplicação celular (NEME, 2005).

Esse tipo de anemia ocorre geralmente em mulheres multíparas e em pacientes portadores de hemoglobinopatias ou outros distúrbios hemolíticos. Devido à gestação, há um aumento do consumo de ácido fólico pelo organismo, devido à multiplicação celular elevada por parte do feto e a placenta, podendo assim a gestante evoluir para essa deficiência (BRANDEN, 2000). A placenta nutre o feto com o ácido fólico, sem

levar em consideração se a mãe está ou não gozando de boas reservas desse nutriente ainda afirma que para a OMS, é necessária a administração de ácido fólico a toda a gestante como método profilático durante toda a gestação e algumas semanas durante o puerpério (NEME, 2005).

As complicações mais comuns são os abortamentos espontâneos, descolamento prematuro da placenta, aumento possível das anomalias do tubo neural, às vezes o feto pode não apresentar deficiência mesmo quando a mãe possui índice elevado de anemia (BRANDEN, 2000).

### **2.2.6 Anemia Falciforme**

É um tipo de anemia hemolítica grave, onde há o defeito da molécula de hemoglobina que está presente no sangue, a mesma é responsável pelo transporte de oxigênio e possui formato arredondado, devido a anemia falciforme essa célula encontra-se em formato de foice, em decorrência da diminuição do oxigênio (SMELTZER; BARE 2002). O feto realiza trocas gasosas, fazendo assim com que diminua as reservas de oxigênio da gestante. Segundo BRANDEN, 2000 uma grande parte das gestantes que possuem a anemia falciforme termina sua gestação em abortamento espontâneo (20%) ou óbito perinatal (5,5%). O abortamento espontâneo que é o principal fator de risco dentro da anemia falciforme ocorre devido a diminuição do fluxo sanguíneo na placenta, acarretando assim a limitação do crescimento uterino, prejudicando o feto (NEME, 2005). Devido ao retardo do crescimento uterino, pode haver embolia pulmonar, pneumonia, hipertensão induzida pela gravidez. As complicações para o bebê é prematuridade, recém nascido pequeno para a idade gestacional, natimorto e óbito neonatal.

### **2.2.7 Violência Doméstica**

Ao buscarmos no dicionário a definição da palavra violência, encontramos que é um ato violento, ato de violentar, agressão (BUENO, 2000).

Segundo NEME, 2005 apud OMS 1997, a mais notável causa da mortalidade e morbidade é a violência. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar

a violência determina como violência contra a mulher, toda a ação que tenha como consequência dor, algum mal, ou até mesmo a morte da mulher (BRASIL, 2006).

[...] De acordo com as revisões da literatura recente, metade de todas as mulheres americanas será vítima da violência doméstica em alguma fase de suas vidas; durante a gravidez, 8% a 20% das mulheres referem abuso. (BRANDEN, 2000)

Muitas vezes a vítima tem medo de se defender ou denunciar o agressor, várias vezes os enfermeiros não fazem perguntas em relação a violência doméstica, é necessário que haja uma orientação para a vítima, explicando a mesma sobre todos os suportes que ela terá se denunciar os abusos. As chances de uma gestante que sofre violência doméstica gerar uma criança de alto risco é o dobro do normal.

Em vigor desde o dia 22 de setembro último, a Lei nº 11.340/06, conhecida como “Lei Maria da Penha”, onde as gestantes ou qualquer mulher que sofre qualquer tipo de abuso tem respaldo, podendo assim recorrer às delegacias, ou órgãos públicos que são responsáveis pela proteção humana. (BASTOS, 2007)

### **2.2.8 Abuso de Drogas**

A gestante que usa em demasia drogas ilícitas ou álcool pode causar complicações para ela própria e para o feto, complicações tais como convulsões neonatais. A mesma pode desenvolver deslocamento prematuro de placenta, hemorragias ou doença específica hipertensiva da gestação. Pode ocorrer também parto prematuro ou abortamento espontâneo (BANDEN, 2000).

A maioria das gestantes tem propensão a não realizar o pré-natal, por medo de serem reprimidas pelos profissionais de saúde, e muitas vezes a mesma não acha necessário o acompanhamento de sua gestação, mas essas gestantes que necessitam de um maior cuidado e apoio, pois ela está mais susceptível ao HIV, doença sexualmente transmissível, descuidos com os locais de administração das drogas, dentre outros. (Secretaria de Estado de Saúde 2004).

### **2.2.9 Amniorrexe Prematura**

Conhecida também como ruptura precoce das membranas, consiste no rompimento do saco amniótico, antes do trabalho de parto, em qualquer período da gestação, podendo causar complicações ou até a morte materna, na maioria dos casos há uma grande incidência das infecções, causando assim condições ao feto, como sepse, parto prematuro, anóxia, prolapso de cordão umbilical, síndrome da angústia respiratória e parto traumático (BRANDEN, 2000).

### **2.2.10 Distúrbio Hipertensivos**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), entende-se por hipertensão quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, que pode existir antes da gravidez, ou ser detectada até a 20ª semana do período gestacional.

Tem-se a hipertensão como um dos principais agravos durante a gestação.

[...] Cerca de 7% de todas as gestações são afetadas pela hipertensão, e 6 a 10% dos óbitos perinatais estão associados aos episódios hipertensivos. (BRANDEN, 2000)

A hipertensão pode estar ligada à própria gestação ou anteceder a gravidez e estar vinculada a uma doença renal ou cardiovascular. A mesma está dividida em: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Essas duas formas têm como distinção o edema, proteinúria e a própria hipertensão. De acordo com BRANDEN, 2000, a pré-eclâmpsia que é a forma não-convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação e eclâmpsia, forma convulsiva que incide entre a 20ª semana de gestação e o final da primeira semana após o parto. São necessários cuidados especiais com a gestante, como na sua alimentação, monitorização da pressão arterial, exercícios físicos antes das 10 horas e das 16 horas, Ministério da saúde, (BRASIL, 2006).

O tratamento mais utilizado na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é o uso da alfa-metildopa (Aldomet), pois a mesma não apresenta complicações a gestante e ao feto. As conseqüências ao feto mais observadas são, o óbito fetal, restrição do crescimento fetal, prematuridade, hipoxemia fetal (NEME, 2005).

### **2.2.11 Incompatibilidade RH**

Quando há a passagem dos anticorpos da mãe, que eliminam as hemácias fetais, doença essa definida como eritroblastose fetal, sendo distinta a hiperbilirrubinemia e anemia hemolítica. Segundo BRANDEN, 2000 as formas mais graves da doença hemolítica isoimune estão associadas à incompatibilidade Rh (D), antes de 1968, quando a imunoglobulina humana profilática Rh (D) não estava disponível, essa doença ocorria em 0,5 a 1% de todas as gestações a termo nos EUA. Entretanto, depois que foi introduzida a imunização com IgRh a incidência da doença hemolítica grave do recém nascido foi reduzida significativamente.

### **2.2.12 Trabalho de Parto Prematuro**

A gestação é considerada pré-termo, no período entre 22 e 37 semanas. O trabalho de parto prematuro (TPP), é caracterizado se houver situações como contrações uterinas a cada 10 minutos, tendo ritmos e frequências regulares, e a dilatação, sendo a mesma maior ou igual a 2 centímetros (BRASIL, 2005).

Segundo BRANDEN, 2000, os sinais e sintomas observados no TPP são as cólicas abdominais, diarreia, sangramento vaginal, dor lombar, dor intermitente nas coxas, alterações dos movimentos fetais, urinários e da secreção vaginal, ruptura das membranas.

O TPP é considerado de risco, porque além de trazer complicações a mãe, também gera agravos ao bebê, como a Síndrome do Desconforto Respiratório (devido a não formação completa dos pulmões do bebê, assim nesse período não foi produzido o surfactante, que é a proteína responsável pelo não colapamento dos alvéolos na hora da respiração), hemorragia intraventricular cerebral e morte neonatal (SILVA, COSTA, REIS, IAMADA, AZEVEDO e ALBUQUERQUE, 1999).

### **2.2.13 Gemelaridade**

As gestantes gemelares apresentam risco para si e para os seus bebês em relação às gestantes que não apresentam risco. O maior risco de morbidade perinatal, é decorrente da gemelaridade, a gestação de gemelares está mais sujeita ao parto

premature, ao não crescimento uterino e as intercorrências dos RN (FUNAYAMA, NOVAES, COSTA, CAVALLI e CUNHA, 2002).

Segundo BRASIL, 2005, o que leva a gestação se tornar múltipla são o histórico familiar materno, raça negra, frequência maior de relações sexuais, idade materna avançada, multiparidade.

#### **2.2.14 Oligodrâmnio**

O líquido amniótico gera em torno de 1.000ml, dentro do útero materno, a mãe e o bebê, em uma hora, trocam cerca de 3.600 ml de líquido amniótico, ele é importante para ajudar nas funções fetais, no crescimento e no desenvolvimento, e também serve para proteger o bebê de traumas, pois o mesmo funciona como um amortecedor natural (COSTA, CUNHA e BEREZOWSKI, 2005).

Tem-se por oligodrâmnio a diminuição do líquido amniótico, e isso ocorre sem causa aparente, mas está relacionada com a hipertensão materna, às anomalias congênitas do feto, ao retardo do crescimento intra-uterino e ao risco de vida para o feto (BRANDEN, 2000).

### **2.3 COMPLICAÇÕES DO PARTO**

À proporção que a gestante entra em trabalho de parto, a mesma e o feto mantêm-se sob estresse, que pode continuar até o nascimento do bebê. As gestantes de alto risco sabem da sua condição, com isso as mesmas se apresentam aflitas e assustadas durante o trabalho de parto, ela pode estar desalentada para presenciar uma tentativa positiva em relação ao nascimento de seu bebê. Muitas vezes angustiando uma possível morte do bebê durante o parto.

A gestante durante o trabalho de parto pode fixar a idéia de que ela não é saudável, causando assim uma angústia ligada à dor e a falta de controle durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê pode aumentar significativamente. Pode haver complicações durante o parto devido a ansiedade da mãe, tais complicações como o sofrimento fetal, e problemas de relacionamento entre a mãe e o bebê (BRANDEN, 2000).

A idéia maior é oferecer auxílio para um nascimento com garantia de sucesso, tendo como ponto fixo, um bebê saudável, mas algumas vezes essa situação não é alcançada, assim os pais se deparam com seus maiores medos, um recém nascido de alto risco, que exige o dobro da sua atenção, sendo assim a família necessita de suporte para enfrentar essa situação.

#### **2.4 CRIANÇA DE ALTO RISCO**

O recém nascido (RN) de alto risco, tem uma elevada oportunidade de evoluir a óbito durante ou após o trabalho de parto, ou mesmo pode apresentar problemas congênitos ou perinatais que exigem intervenção o mais rápido possível (KENNER, 2001). O sexo masculino tem maiores chances de evoluir para a morte neonatal (KILSZTAJN, ROSSBACH, CARMO e SUGAHARA, 2003).

[...] À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos para problemas perinatais, muitos recém-nascidos de alto risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento hoje sobrevivem; muitos têm pouco ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento (KENNER, 2001).

Os países que se encontram em desenvolvimento apresentam uma grande quantidade de recém-nascidos de alto risco, devido as condições socioeconômicas, e essas crianças exigem um cuidado especial, gerando assim um custo maior para o governo (ANDRADE E GUEDES, 2005). E ainda há a necessidade de uma equipe multiprofissional para que haja melhor cuidado em relação a essas crianças.

É necessário um cuidado intensivo aos recém nascidos de alto risco e a maior meta a ser alcançada é evitar ou diminuir complicações e proporcionar ao recém nascido o menor estresse possível e aumentar o elo entre os pais e os bebês. Em relação aos cuidados, deve-se adiantar evitar e descobrir problemas que possam existir ou que já exista, interferir antecipadamente nos problemas diagnosticados. Diminuir os distúrbios ao neonato, através de procedimentos que são necessários (KENNER, 2001).

Segundo PARANÁ, 2004, na Portaria n° 693/GM em 05 de julho de 2000 Art 1°, há a autorização para que haja a orientação, para que a mãe adote o método canguru,

para ajudar na humanização do recém-nascido de risco, para que o mesmo possa viver em boas condições de vida. Como a canguru-fêmea carrega seu filhote prematuro alimentando-o e o aquecendo até o mesmo poder entrar em contato com o mundo exterior, assim são as mães que adotam a método “Mãe Canguru”, irão levar seus filhos nos braços, enquanto os mesmos tiverem em condições clínicas desfavoráveis, aumentando assim o vínculo mãe e bebê, podendo evitar, por exemplo, a incubadora (ANDRADE E GUEDES, 2005).

O método “Mãe Canguru” se dá em colocar a criança em decúbito prono, verticalmente contra o peito do adulto, para poder proporcionar conforto para o bebê e maior participação por parte dos pais durante o período de reabilitação (PARANÁ, 2004).

Em relação à qualidade de vida dos recém nascidos, deve-se existir um extremo cuidado por parte da família e da equipe de saúde. Várias doenças podem ser melhoradas através de procedimentos cirúrgicos, mas mesmo assim, a criança pode ficar com seqüelas, assim carregando uma inaptidão que gera uma enorme necessidade de cuidados em longo prazo e extremamente custoso. Algumas vezes o profissional de saúde ou a própria família fixa-se na idéia do fato de que a criança pode não apresentar uma boa qualidade de vida, não irá valer a pena aplicar o tratamento proposto. Para que os pais possam participar do tratamento do RN de risco é de grande necessidade que haja as melhores informações disponíveis sobre a doença do RN, de forma clara e objetiva para não sobrecarregar a família, pois os mesmos após detectarem que o RN é de alto risco, provam uma sensação de perda da criança saudável, da incapacidade de gerar um bebê sadio. A família deve dispor de um planejamento para desenvolver estratégias para o cuidado do RN de risco, pois é necessário conciliar o cuidado extremamente especial, com os outros filhos, trabalho e vida social (KENNER, 2001).

Pode haver na família uma espécie de “crise psicológica”, pois a mesma se depara com um acontecimento que causa sensibilidade, assim a família pode achar-se impotente e estressada, e a pessoa que mais demonstra esses sentimentos é a mãe (LINHARE, CARVALHO, BORDIN, CHIMELO, MARTINEZ e JORGE, 1999).

Devido às necessidades exigidas pelo RN de alto risco, a família apresenta vários tipos de reações.

[...] Uma pessoa que enfrenta a morte ou outro tipo de perda passa por cinco estágios: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS apud KENNER, 2000).

Na negação a família recusa o fato do RN ser de risco, e essa situação se repete até a família conseguir enfrentar essa condição. O estágio da raiva, a família pode sentir amargurada, culpada, um sentimento enorme pode invadir a família, pois a espera do bebê saudável era tão grande, e agora se deparam com um bebê com algum tipo de enfermidade, a família pode extravasar a raiva culpando alguém ou alguma coisa pelo acontecido, algumas vezes chegando a culpar até a própria equipe de saúde. No estágio de negociação a família tenta fazer um acordo com alguma parte, como por exemplo, “vou fazer uma peregrinação se Deus curar meu filho”. Na depressão, o impacto após o nascimento do RN de risco é muito grande, o estágio de depressão é o mais comum, pois faz parte do caminho do reconhecimento do RN de risco. A aceitação é um estágio que pode levar de meses até anos para ser alcançado, é necessário a adaptação da família a essa condição (KENNER, 2001).

Os pais das crianças de alto risco são superprotetores, desenvolvendo assim a “síndrome da criança vulnerável”, pois os mesmos prestam atenção somente nas doenças e acabam esquecendo de aproveitar as fases boas pelas quais os bebês estão passando, muitas vezes os pais levam essa superproteção até quando a criança é maior, e as crianças podem não carregar mais nenhuma seqüela do passado (LINHARES, CARVALHO, BORDIN, CHIMELO, MARTINEZ e JORGE, 1999).

Há a necessidade de apoio para os pais do RN de alto risco, pois os mesmos podem estar passando por momentos difíceis e estressantes. Apoio como os amigos são bem vindo, mas a família é o ponto primordial do apoio, pois fornece além de apoio moral, também o apoio prático. Os pais também encontram suporte para superar a esse obstáculo nas práticas religiosas, nos hábitos culturais e nos grupos de apoio formado por outros pais.

Dar oportunidade aos pais para falarem sobre seus sentimentos através dos grupos de apoio já citados, na hora da consulta do RN, o enfermeiro pode tentar fazer

com que os pais falem sobre seus sentimentos, isso é um tipo de ajuda bem vinda, pois, pode evitar uma futura depressão ou amenizá-la se já existente (KENNER, 2001).

[...] As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas protótipos de todas as relações sociais futuras, e devem ser reconhecidas pelos profissionais como moto-contínuo, buscando um relacionamento único, uma ligação afetiva entre duas pessoas. (ROLOIM e CARDOSO, 2006).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, como o nome sugere, quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações (OLIVEIRA, 2001).

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

A pesquisa foi realizada no município de Apucarana, situado ao norte do Paraná, com a área de unidade territorial de 558 km<sup>2</sup>. possui 115.323 habitantes, sendo 18.820 crianças, segundo o IBGE 2000. A instituição a ser utilizada para a realização da pesquisa é a clínica pediátrica municipal Centro Infantil Sonhos de Criança, localizado á Rua Dr. Nagib Daher, 914 centro, um local de fácil acesso, pois a mesma se encontra perto do hospital municipal e do terminal de ônibus. Atendem na clínica 6 pediatras, dentre esses um plantonista das oito as dezessete horas duas vezes na semana, os outros 5 pediatras atendem em seis períodos durante o dia, 09:00h , 10:30h, 13:00h, 13:30h e 16:00 horas, totalizando 101 consultas por dia, e semanalmente são atendidas 499 crianças, e também um desses pediatras atende somente crianças de alto risco, essas consultas são previamente agendadas, num total de 7 consultas por dia. Trabalham nessa clínica também, 1 enfermeiro, 5 auxiliares de enfermagem, 2 dentistas e um auxiliar de consultório odontológico.

A clínica teve início no ano de 2003, seu funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das sete horas às dezoito horas.

A faixa etária das crianças atendidas na clínica é de 0 a 12 anos. As atividades realizadas na clínica são: atendimento de urgência (soroterapia), consulta médica pediátrica, curso, informações e reciclagem, inalações, administração de medicações (intramuscular, endovenosa, subcutânea), palestras para as mães, pré- consultas, atendimento de enfermagem, puericultura.

### **3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes que foram atendidos pelo pediatra responsável pelas crianças de alto risco do ambulatório municipal da cidade de Apucarana, no intervalo de um ano.

Existe um livro de registro contendo os agendamentos de todas as consultas realizadas com o pediatra responsável pelo atendimento das crianças de alto risco, este mesmo livro teve início em julho de 2006 e está sendo usado até os dias atuais, sendo registrado nesse mesmo a primeira consulta ou retorno da criança considerada de alto risco, as consultas são agendadas para o Hospital da Providência Materno Infantil, de onde são encaminhados os recém-nascidos de alto risco, ou são agendadas pela enfermeira da clínica, que também é responsável pelo ambulatório de risco, após uma breve avaliação do caso da criança. No presente estudo, foi selecionado o período de julho de 2007 a julho de 2008 para a realização da coleta dos dados. Após o levantamento dos dados do livro de registro no período selecionado, apresentou-se um número de 630 prontuários. Durante a análise dos prontuários, obtivemos dificuldades de encontrar diversos desses documentos, pois os mesmos não se encontravam arquivados nos locais corretos. Desse montante somente 303 prontuários foram encontrados e puderam ser avaliados. Foram coletados dados nos prontuários sobre a primeira consulta, pois a mesma geralmente traz o primeiro diagnóstico de risco da criança e dados gestacionais, mas desses, somente 98 prontuários continham o diagnóstico materno e 136 mostravam as semanas de gestação, sendo também utilizados esses números para análise. E ainda na distribuição do diagnóstico das crianças na análise dos dados, aparece o número total de 323 diagnósticos, pois algumas dessas crianças possuíam mais de um diagnóstico na primeira consulta.

### **3.4 ANÁLISE DOS DADOS**

Após a coleta de dados as variáveis foram digitadas no programa Excel e analisadas através de porcentagem simples, gerando tabelas, figuras e gráficos para serem melhores compreendidas.

### **3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Apucarana (CETi-FAP), com base na Resolução (CNS196/96, II. 4).

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A criança de alto risco é considerada um ser mais frágil do que os outros, sendo assim, é necessário que exista uma maior atenção por parte da equipe de saúde, esse trabalho foi proposto, não só pelo acúmulo de conhecimento, mas também para auxiliar os profissionais da saúde, em relação às doenças que mais acometem essas crianças, para que os mesmos possam dar suporte tanto a esses seres considerados tão frágeis, como para a família.

Conforme os dados dos prontuários avaliados, a tabela 1 apresenta que o sexo feminino tem predomínio sobre o sexo masculino em relação a doenças de risco, uma diferença relativamente baixa, mais existente.

**Tabela 1 – Distribuição das crianças por gênero, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**

<b>Sexo</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Masculino	150	49,5
Feminino	153	50,5
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

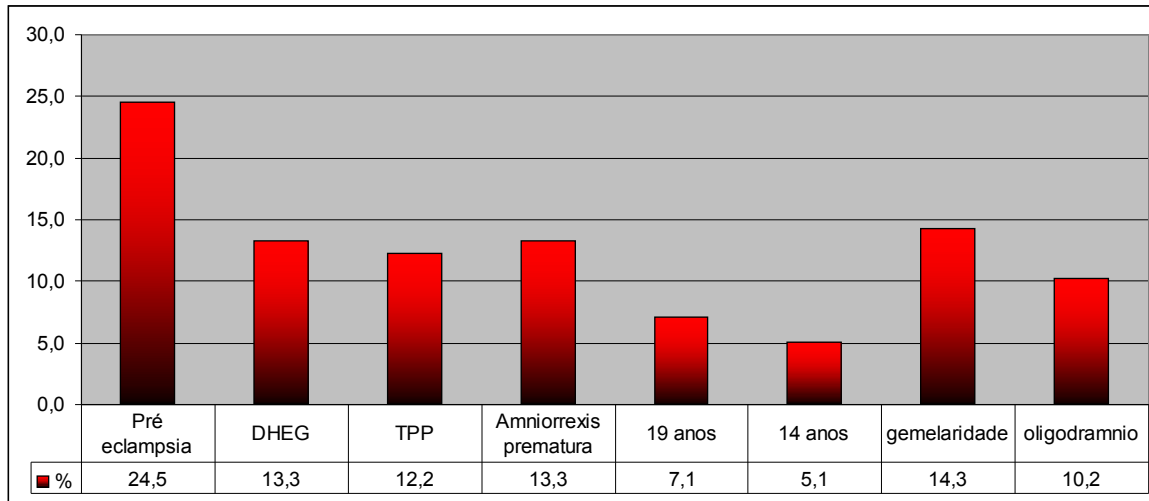
Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

**Tabela 2 – Distribuição do diagnóstico materno, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**

<b>Diagnóstico materno</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Pré-eclampsia	24	24,5
Doença Hipertensiva Específica da Gestação	13	13,3
Trabalho de Parto Prematuro	12	12,2
Amniorrexis prematura	13	13,3
Idade materna 19 anos	7	7,1
Idade materna 14 anos	5	5,1
Gemelaridade	14	14,3
Oligodramnio	10	10,2
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

**Gráfico 1 – Distribuição do diagnóstico materno gestacional, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**



Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

Como pudemos observar na tabela 2, a pré-eclampsia foi a maior causa de gestação de risco, dentro dos prontuários avaliados com 24,5%, seguida da gemelaridade, posteriormente da Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG) com 13,3% e da amniorrexis prematura. A pré-eclampsia e a DHEG, estão ligadas a quadros de hipertensão durante a gravidez.

Segundo BRANDEN, 2000, o diagnóstico de hipertensão na gestação, é a maior causa de morbidade fetal, acontece em 10 % das gestações, e ocorrem principalmente em mulheres nulíparas, gesta múltipla e mulheres que já carregam o quadro de hipertensão a mais de quatro anos. Esse dado vem a confirmar os resultados apresentados.

A pré-eclâmpsia tem como conseqüência a prematuridade, retardo no desenvolvimento fetal, e assim o baixo peso (BRASIL, 2006). O mesmo pode ser observado na tabela 3, onde o baixo peso se encontra como diagnóstico mais freqüente dentro da amostra pesquisada.

**Tabela 3 – Distribuição do primeiro diagnóstico das crianças de alto risco, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**

<b>Diagnóstico de risco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pneumonia	14	4,3
Síndrome do Desconforto Respiratório	16	4,9
Membrana Hialina grau 2		
Taquipnéia Transitória do Recém-Nascido (TTRN)	17	5,2
Asma	22	6,8
Infecção Neonatal	25	7,7
Icterícia	27	8,3
Anemia	30	9,2
Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	36	11,1
Refluxo Gastroesofágico (RGE)	38	11,7
Baixo Peso ao Nascer (BPN)	98	30,3
<b>TOTAL</b>	<b>323</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

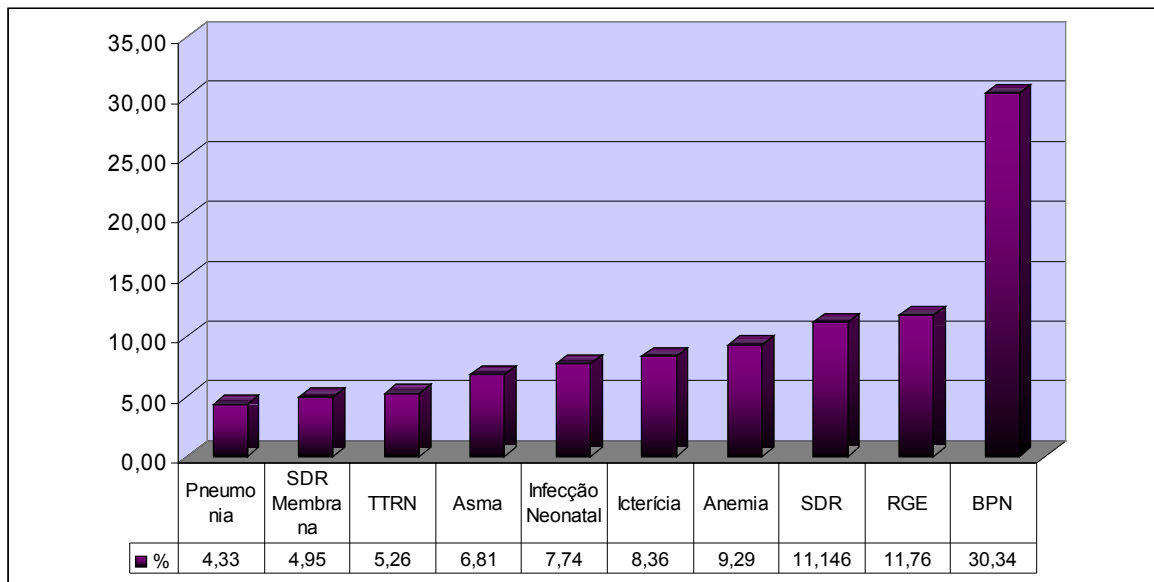
A tabela 3 traz um total de 323 diagnósticos, sendo diferente do número da amostra apresentado, pois na análise dos prontuários observou-se mais de um diagnóstico na primeira consulta. A tabela 3 apresenta que 30,3 % das crianças que freqüentaram o ambulatório de risco nesse período, possuem baixo peso ao nascer. Segundo MARIOTONI e FILHO, 2000, apud OMS, o baixo peso ao nascer se refere quando a criança pesa menos de 2,500 g, essa característica compõe a maior faixa de morbidade neonatal, sendo assim o número dos dados coletados vem de encontro com a literatura.

O Refluxo Gastroesofágico, que segundo KENNER, 2001, está interligado com a baixa pressão do esfíncter no estômago, devido a criança possuir tônus muscular diminuído, e a demora do esvaziamento gástrico, aparece em segundo com 11,76%, seguido logo pela Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) que atingiu 11,14% . Segundo CAMILO, 2005 apud SEGRE e LEDERMAN, 1995, a Síndrome do Desconforto Respiratório é freqüentemente observado nas causas de morbidade do RN, acontecendo em 0,5 a 1,0 % dos nascidos vivos.

Pode haver a existência da incompatibilidade do sangue materno como neonato, na hora do parto, pode ocorrer a mistura do sangue da mãe com o sangue do bebê (como no parto prévio, laceração placentária e sangramento pré-natal), se isso

ocorre, há a hemólise das hemácias do bebê, resultando assim em uma anemia e por consequência há a liberação na circulação, a hemoglobina dessas hemácias se degradam em bilirrubinas. A icterícia teve 8,36% e a anemia 9,29%, estando elas entre os cinco diagnósticos que mais aparecem no montante avaliado. A icterícia e a anemia têm maior prevalência em RN pré-termo (KENNER, 2001). Assim ligado a tabela 2, onde o TPP aparece entre as 8 doenças mais citadas nos prontuários avaliados.

**Gráfico 2-Distribuição do primeiro diagnóstico das crianças de alto risco, segundo dados coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**



Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

**Tabela 4 – Distribuição das semanas gestacional das crianças de risco, coletados nos prontuários da clínica Centro Infantil Sonhos de Criança. Apucarana-PR, 2008.**

<b>Semanas gestacional</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
26	2	1,5
27	4	2,9
28	5	3,7
29	2	1,5
30	6	4,4
31	7	5,1
32	14	10,3
33	13	9,6
34	25	18,4
35	12	8,8
36	22	16,2
37	14	10,3
38	7	5,1
39	3	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Fonte: Centro Infantil Sonhos de Criança, município de Apucarana – PR, 2008.

A tabela 4 nos mostra que a semana gestacional com maior freqüência entre as crianças de risco é a 34ª semana com 18,4%, e os períodos de 32ª semana (10,3%), 36ª (16,2%) e 37ª (10,3%) semanas também aparecem com maior intensidade, onde se caracteriza o Trabalho de Parto Prematuro, que compreende da 20ª até a 37ª semana (BRASIL, 2005). O TPP é a terceira maior causa de diagnósticos maternos de risco, segundo o estudo realizado.

Segundo, SILVA, COSTA, REIS, IAMADA, AZEVEDO e ALBUQUERQUE, 1999, a doença que mais aparece devido ao TPP é a Síndrome do Desconforto Respiratório, devido ao bebê não estar completamente formado com 34 semanas, principalmente os pulmões, pois nesse período ainda não foi formado o surfactante.

Segundo KENNER, 2001, a produção do líquido surfactante, que é uma proteína necessária para manter os alvéolos expandidos, prevenindo assim o colapamento desses alvéolos, se inicia aproximadamente na 22ª á 24ª semana da gravidez, essa produção só se torna apta para prevenir o colapamento dos alvéolos após a 35ª semana. O organismo fetal que não está completamente formado, pode causar complicações após o nascimento, levando a criança a ser de alto risco, podendo

assim ser relacionado com a tabela 4, onde há o aparecimento nos diagnósticos das crianças, onde 50% doenças relacionadas, são referentes ao Sistema Respiratório.

## 5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

A enfermagem visa proporcionar o bem estar ao paciente e a sua família, é de extrema necessidade que o enfermeiro saiba sobre as doenças que mais acometem as crianças do ambulatório de risco, podendo assim dar suporte à própria criança e a família da mesma, por isso a realização deste trabalho.

Após a conclusão, avaliando as doenças que mais aparecem, podemos propor à clínica, primeiramente a conscientização dos funcionários responsáveis sobre o quão é necessário que os prontuários sejam guardados nos locais corretos, pois os mesmos contem o histórico do paciente, que é um fator fundamental do processo de reabilitação, propor também tanto a clínica como ao secretário de saúde a informatização dos prontuários, para que os mesmos não sejam perdidos, dificultando assim a consulta e o tratamento da criança, ou pelo menos a informatização dos prontuários referentes ao ambulatório de risco, pois o histórico dessas crianças é muito necessário, pois o tratamento é complicado exigindo um acompanhamento com o mínimo de falhas possíveis, também que a clínica, elabore palestras para os pais e responsáveis por essas crianças, para que os mesmos possam compreender sobre as doenças e estar incentivando a família no processo de reabilitação da criança, que muitas vezes é demasiadamente demorado, exigindo paciência e amor de ambas as partes cuidadoras... A equipe de saúde e a família. Podendo também expandir os resultados à Escola da Gestante, para que haja também a prevenção por parte da equipe de saúde, para que se possam prevenir essas doenças e nas crianças, através do pré-natal e sensibilização das mães, que se não seguirem as orientações corretamente, o mal que pode trazer para seus filhos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Izabella Santos Nogueira de; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. *Sucção do RN prematuro: comparação do método mãe canguru com os cuidados tradicionais*. Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil. Recife, janeiro e março, 2005.

ANDRADE, Priscilla Chamelete; LINHARES, José Juvenal; MARTINELLI, Silvio; LIPPI, Marcelo Antonini Umberto Gazi; BARACAT, Fausto Farah. *Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol 26, nº 9. Rio de Janeiro, outubro de 2004. Disponível em < <http://scielosp.org/scielo.php> > . Acesso em 10 de agosto de 2008.

BASTOS, Marcelo Lessa. *Violência doméstica e familiar contra a mulher – lei “maria dapenha” – alguns comentários*. Disponível em: <http://prt18.m.gov.br/eventos/2007/mulher>. Acesso em 09 de agosto de 2008

BRANDEN, Pennie Sessler – *Enfermagem Materno Infantil, Enfermagem Prática* – Tradução da 2ª ed. Carlos Henrique Consendey, Rio de Janeiro. Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília. Ministério da Saúde 2006.

BUENO, Silveira. *Minidicionário da língua portuguesa*. São Paulo. Editora FTD, 2000.

CAMILO, Amanda Aguiar. *Caracterização dos recém-nascidos com Síndrome de Desconforto Respiratório submetidos à fisioterapia, internados na UTI neonatal do HNSC, no período de outubro a dezembro de 2005*. (Monografia apresentado ao curso de fisioterapia). Tubarão SC, 2006. Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br>. Acesso em 28 de outubro de 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 12 de dezembro de 2008.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. *Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol 12 n 2º. Ribeirão Preto. Março/Abril, 2004.

COSTA, Fabrício da Silva; CUNHA, Sérgio Pereira da; BEREZOWSKI, Anderson Tadeu. *Avaliação prospectiva do índice de líquido amniótico em gestações normais e complicadas*. Radiologia Brasil, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 04 de novembro de 2008.

FERREIRA, Evellisse Angélica; VARGAS, Ieda Mara Ávila; ROCHA, Semiramis Melani Melo. *Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4 outubro 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de dezembro de 2008.

FUGIMORI, Elizabeth; LAURENTI, Daniela; CASSANA, Luz Maria Nunez de; OLIVEIRA, Ida Maria Vianna de; SZARFARC, Sophia Cornbluth. *Anemia e deficiência de ferro em gestantes*

*adolescentes*. Revista de Nutrição. Vol 13, n° 3. Campinas, setembro/dezembro 2000. Disponível em < <http://scielosp.org/scielo.php> > . Acesso em 10 de agosto de 2008.

FUNAYAMA, Carolina Araújo Rodrigues; NOVAES, Diva de Amorim; COSTA, Fabrício da Silva; CAVALLI, RAICARDO DE Carvalho; DUARTE, Geraldo; CUNHA, Sérgio Pereira da. *Gravidez gemelar com morte fetal de um dos gêmeos: avaliação neurológica dos gemelares sobreviventes*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia vol 24 n° 2. Rio de Janeiro, março de 2002.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PAIÃO, Maria Regina Ribeiro de Souza. *O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol. 7 n°1. Ribeirão Preto Jan 1999.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria do Carmo. *Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas da baixa renda*. Cadernos de Saúde Pública vol 18 n°1. Rio de Janeiro. Janeiro e Fevereiro 2002. Disponível em < <http://www.scielosp.org/scielo.php> . Acesso em 04 de julho de 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Paraná). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 06 de agosto de 2008.

KENNER, Carole. *Enfermagem neonatal*. Tradução da 2° ed Maria Isabel Carmagnani – Rio de Janeiro. Reichmann e Affonso Editores 2001.

KILSZTAJN, Samuel; ROSSBACH, Anacláudia; CARMO, Manuela Santos Nunes do; SUGAHARA, Gustavo Toshiaki Lopes. *Atenção de pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo junho de 2000*. Revista Saúde Pública. vol 37 n°3. São Paulo, junho 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 de outubro de 2008.

LINHARES, Maria Beatriz Martins; CARVALHO, Ana Emília Vito; BORDIN, Maria Beatriz Machado; CHIMELO, Juliana Thomazatti; MARTINEZ, Francisco Eulógio; JORGE, Salim Moysés. *Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança*. Dissertação (Mestrado apresentado ao Instituto Medicina Social) 1999.

MARIOTONI, Gladys Gripp Bicalho; FILHO, Antonio de Azevedo Barros. *A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? (Brasil)*. Revista Chilena de Pediatria vol 71 n°5. Santiago. Setembro de 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 01 de novembro de 2008.

MENESES, Jucille do Amaral; DINIZ, Edna Maria de Albuquerque; SIMÕES, Adélio; VAZ, Flávio Adolfo Costa. *Morbidade neonatal em recém-nascidos de mães com diabetes gestacional*. Artigos especiais. Disponível em < <http://www.pediatrasiapaulo.com.br>>. Acesso em 08 de agosto de 2008.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; VIANA Danielle de Sousa; QUEIROZ Maria Veraci Oliveira; JORGE Maria Salete Bessa. *Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. vol.42 no.2 São Paulo June 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 07 de agosto de 2008.

NEME, Bussâmara. *Obstetrícia Básica*. 3° ed. São Paulo. Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda. 2005.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica. Projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. 2° ed. São Paulo, SP. Editora Pioneira, 2001.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de atendimento à gestação de alto risco* Secretaria de Saúde do Paraná. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2004.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Protocolo de Gestação de Alto Risco*. Secretaria de Saúde do Paraná. 3ª ed. Curitiba: SESA, 2004.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de Atendimento ao Recém Nascido de Risco*. 3ª ed. Curitiba: SESA, 2004.

QUEIRÓZ, Suzana de Souza; TORRES, Marco A. de A. *Anemia ferropriva na infância*. Biblioteca Virtual em saúde. Pesquisa em base de dados. 2000. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. *O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido: refletindo sobre a atenção humanizada*. Revista Latino Americana de Enfermagem 2006 Janeiro – Fevereiro.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira; VERRÍSSIMO, Maria de Lá Ó Ramalho. *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1996.

SILVA, Leticia Krauss; COSTA, Tomaz Pinheiro da; REIS, Aldo Franklin; IAMADA, Neiw Oliveira; AZEVEDO, Andréia Paula de; ALBUQUERQUE, Carla Pontes de. *Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: uso de corticóides no Trabalho de Parto Prematuro*. Cadernos de Saúde pública. vol 15 n°4. Rio de Janeiro, Outubro/Dezembro de 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 08 de novembro de 2008.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9°ed Rio de Janeiro. Editora Guanabara e Koogan S.A. 2002.

**Todas as informações contidas nesta obra, são de responsabilidade do autor.**

6