

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA MARIA DA COSTA

**CHECK LIST DO RECÉM-NASCIDO: UMA TECNOLOGIA PARA GARANTIR A
PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA MARIA DA COSTA

**CHECK LIST DO RECÉM-NASCIDO: UMA TECNOLOGIA PARA GARANTIR A
PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Andreia Tomazoni

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CHECK LIST DO RECÉM-NASCIDO: UMA TECNOLOGIA PARA GARANTIR A PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ** de autoria do aluno **ANA MARIA DA COSTA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Msc. Andréia Tomazoni

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, minha família pela fé e confiança demonstrada.

Aos meus amigos pelo apoio incondicional.

A minha orientadora pela paciência demonstrada no decorrer do trabalho.

Enfim a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu o dom da vida, me presenteou com a liberdade, me abençoou com a inteligência e me deu a graça de lutar.

Agradeço a todos que compartilham comigo a vida, sempre me estimulando ao crescimento pessoal e profissional, e a algumas pessoas de forma especial:

Agradeço aos meus pais, Manoel e Maria, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

Agradeço aos meus pais espirituais Elton e Cássia Caixeta que sempre acreditaram no meu potencial e me fizeram acreditar que a cada dia posso me tornar melhor.

Agradeço ao meu noivo Reginaldo pela paciência e compreensão dos momentos que estive ausente.

Agradeço aos meus amigos que estão comigo nesta jornada Patricia Sampaio, Nestor Henrique, Heloise Daniele e Emanuella Medeiros.

Obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
3 MÉTODO	5
4 RESULTADO E ANÁLISE	7
4.1 Mortalidade Infantil	7
4.2 Aleitamento Materno	7
4.3 Triagem neonatal	8
4.4 Infecção neonatal e cuidados de higiene	9
4.5 Icterícia neonatal	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
REFERÊNCIAS	12
APÊNDICE 1	15

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com objetivo de desenvolver um instrumento prático (check list), a partir da revisão de literatura, para orientar a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde a fim garantir a primeira semana de vida do recém-nascido no município de Itapecuru Mirim/Maranhão. Este estudo foi realizado entre janeiro e maio de 2014, por meio da consulta bibliográfica em bases de dados online, selecionado artigos científicos e materiais relacionados ao tema de estudo, para posterior construção do instrumento prático. A partir da revisão literária, foram identificados fatores de suma importância para garantir a primeira semana integral de vida do recém-nascido, com os seguintes assuntos abordados: aleitamento materno, triagem neonatal, infecções neonatais e cuidados de higiene, e icterícia neonatal. A implantação do check list para o Agente Comunitário de Saúde será um instrumento de apoio para suas atividades diárias, garantindo o cuidado com recém-nascido e capacitando a equipe para o aprimoramento do atendimento.

Palavras Chaves: Mortalidade Neonatal; Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal precoce é uma grande preocupação de saúde pública, já que 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem nesse período. Para diminuir o número dessas mortes, a garantia da primeira semana integral de saúde do bebê é um dos aspectos determinantes para redução desse indicador (UNICEF, 2010).

A assistência à saúde do recém-nascido tem sido fundamental para a redução da mortalidade infantil, assim como para a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande instabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, necessitando de atenção especializada, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde. Assim, é na primeira semana de vida do recém-nascido que se concentra o maior percentual de mortalidade infantil no Brasil, em especial no primeiro dia de vida, representando 25% das mortes neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Alguns períodos da vida são de extrema importância, como a gestação, nascimento e o período neonatal, devendo ser priorizados na atenção à saúde da comunidade, estabelecendo a importância das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dessa população que requer cuidados especiais. Essas ações necessitam de medidas que assegurem a qualidade de vida desses indivíduos, visto que tem sido um grande desafio para redução da mortalidade pós-neonatal no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2006, o Governo Federal instituiu o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, que abrange três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Um dos objetivos prioritários do Pacto pela Saúde é a redução da mortalidade infantil e materna, sendo uma de suas metas estabelecer que o acompanhamento pré-natal de qualidade deva ser oferecido a todas as gestantes no próprio município onde vivem. Ressaltando também outro pacto de grande relevância, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, compromisso firmado pelo governo federal com os estados do Nordeste e da Amazônia Legal (UNICEF, 2010).

Já em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Rede Cegonha, que preconiza o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o parto. A Rede Cegonha constitui uma grande preocupação do MS para

qualificação da puericultura do recém-nascido na atenção básica, mas para tal é essencial uma chegada ágil e qualificada para início de acompanhamento. O contato com a unidade básica de saúde de referência de cada recém-nascido, através da qualificação do encaminhamento proporcionará um cuidado orientado a ser seguido pelos profissionais da atenção básica em relação aos agravos que estejam afetando o recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Recomenda-se que na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o Agente Comunitário de Saúde (ACS), realize visita domiciliar a mulher e recém-nascido logo nos primeiros dias pós-parto. Durante a visita o ACS: identifica as condições gerais da mãe e do bebê; avalia a condição de moradia, higiene, relações familiares, presença do companheiro, dificuldade financeira e situação de violência; avalia e incentiva a amamentação; observa se há sinais de infecção no umbigo do bebê; avalia outros riscos e vulnerabilidades; estimular que se faça o Registro Civil de Nascimento, caso o bebê ainda não possua a Certidão de Nascimento; reforça a importância da primeira consulta do bebê, entre o quinto e o sétimo dia de vida (UNICEF, 2010).

O MS (2011) define atribuições aos ACS, sendo que duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira discute que os ACS devem orientar as famílias a utilizarem o serviço de saúde e a outra é informar aos profissionais as necessidades da comunidade. Esse novo papel exige uma educação continuada, sendo o ACS o ator fundamental da ESF, de grande importância para auxiliar na redução da mortalidade infantil.

Nesse contexto, no Estado do Maranhão existem 17 municípios prioritários para redução da mortalidade infantil, e o município de Itapecuru-Mirim está incluído nessa relação, principalmente no componente neonatal. Nota-se fragilidades no processo de trabalho das equipes, no que diz respeito a assistência domiciliar. Especificadamente, nas vivências no cotidiano da equipe de saúde do bairro Roseana Sarney, encontrou-se fragilidades na assistência domiciliar prestada ao recém-nascido nos primeiros sete dias de vida. Diante disso, surgiu a necessidade de aprimorar o cuidado direcionado a clientela em questão.

Cabe destacar que o enfermeiro pode ser um elemento fundamental para aprimorar e potencializar os serviços dos ACS, criando instrumentos que facilitam o seu trabalho junto aos usuários, e orientem os aspectos de risco a serem identificados na visita domiciliar, principalmente com relação à atenção integral do recém-nascido. Desta maneira, o presente estudo, tem como objetivo geral desenvolver um instrumento prático (check list), a partir da

revisão de literatura, para orientar a visita domiciliar do ACS a fim garantir a primeira semana de vida do recém-nascido no município de Itapecuru Mirim.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Estado do Maranhão integra o grupo dos estados brasileiros que apresentam menores indicadores sociais. A taxa de mortalidade infantil, por exemplo, ficou em 36,5 em 2009. É a segunda taxa mais alta do país e muito acima da média nacional de 22,5 (IBGE, 2009). O fator preocupante é que os óbitos estão concentrados no componente neonatal, que corresponde ao período que varia de zero a seis dias de vida (UNICEF, 2006).

A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil, tem se configurado como crescente preocupação para saúde pública no Brasil (RIPSA, 2009). Os maiores riscos de mortalidade neonatal são geralmente associados à qualidade da atenção pré-natal, na assistência durante o parto e aos cuidados recebidos pelo recém-nascido. Os fatores de risco relacionados à assistência à saúde estão ligados a elementos como disponibilidade de recursos, aceitabilidade, resolubilidade, número de consultas durante o acompanhamento pré-natal, tipo de parto e natureza jurídica do hospital (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000).

As visitas domiciliares são recomendadas ao recém-nascido na primeira semana de vida e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Vale ressaltar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do recém-nascido ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os ACS podem ser considerados instrumentos de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, desenvolvendo ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo mediante o repasse de informações, com mecanismos capazes de prover facilidades ao processo de desenvolvimento das ações. Percebe-se que o ACS é uma pessoa importante como agente de mudança dentro da dimensão sujeito-usuário (SOUSA et al., 2009).

O MS na década de 90 fez um grande investimento na universalização da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2002). Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando a redução dos indicadores alarmantes de mortalidade infantil e materna. Vários estudos mostram a importância do agente comunitário na ESF, sendo que uma das características predominantes da ESF é a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e através da vigilância à saúde. Portanto, a visita domiciliar torna-se o principal instrumento de trabalho do ACS (BARROS, 2009).

À medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LANSKY, 2002).

O período neonatal tem sido destacado como uma das prioridades nas diretrizes políticas, sendo que o MS recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após alta do bebê. Para tanto, é importante conhecer o número de recém-nascidos da área de abrangência da unidade. Assim, se o recém-nascido estiver classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PRATES, 2006).

As visitas domiciliares ao recém-nascido têm como objetivos: avaliar o estado de saúde do recém-nascido; orientar e realizar teste do pezinho; direcionar e apoiar a família para amamentação; orientar e realizar vacinação; realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; avaliar sinais de risco/perigo e identificar fatores de risco e cuidados básicos com o recém-nascido ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PRATES, 2006).

Estas ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Neste sentido, é preconizado que a equipe de atenção básica, à qual mãe e bebê estão vinculados, esteja alerta e se prepare para a visita domiciliar (Caderno de Atenção Básica- Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco, 2012). A primeira semana de vida do recém-nascido é uma ação de suma importância para a Atenção Primária, onde a puérpera e o recém-nascido “saem” do alto nível de complexidade e retornam para a Atenção Primária. É nesta contra-referência que se deve garantir a continuidade e integralidade do cuidado (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas. Um estudo evidencia ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

A equipe da saúde da família deve atentar-se para a construção de novas práticas, que impliquem na melhoria da qualidade da assistência prestada, nos primeiros dias de vida do bebê, período este, onde o monitoramento considerado básico torna-se crucial na garantia de sobrevivência do recém-nascido.

3 MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, caracterizado como um recurso de tecnologia de educação, segundo a proposta do curso de especialização para elaboração do trabalho de conclusão de curso. Assim, buscou-se atender ao objetivo do estudo, elaborando um instrumento sobre a importância de garantir a primeira semana de vida integral do bebê na atenção básica.

Para tanto, as seguintes etapas foram seguidas: escolha do tema/formulação do problema, levantamento bibliográfico, leitura do material, organização dos assuntos, identificação de problemas prioritários, redação do texto e elaboração do instrumento.

A revisão narrativa da literatura ocorreu entre janeiro e maio de 2014, por meio da busca online de materiais bibliográficos publicados nas partir das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e nas bases PubMedline (PUBMED). Para análise do material revisado, selecionou-se os assuntos de maior relevância considerando o contexto do local de aplicação do estudo, para então estabelecer parâmetros de embasamento para construção do instrumento. Assim, foram identificados os principais assuntos relacionados à temática: banho do recém-nascido; cuidados com o coto umbilical; prevenção de infecções; aleitamento materno; icterícia; e teste do pezinho.

Dessa maneira, o instrumento elaborado foi denominado Check list para a garantia da primeira semana de vida do recém-nascido. A implementação do Check list será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares, no bairro Roseana Sarney, município de Itapecuru-Mirim/MA. A Unidade Básica de Saúde Enedina Nascimento Viana, composta por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (um médico, uma enfermeira, sete ACS e dois auxiliares técnico de enfermagem) é responsável por acompanhar uma população 1750 famílias.

Será realizada capacitação com os Agentes comunitários de Saúde em abril de 2014, para aplicação do Check list durante as visitas domiciliares, por meio de um treinamento detalhado de cada cuidado prestado ao recém-nascido.

Contextualizando as características da região de aplicação do estudo, o município de Itapecuru-Mirim está localizado à beira do Rio Itapecuru, a 123 quilômetros de São Luís, a cidade está às margens da BR-222, chamada na área urbana de Avenida Brasil. A Estrada de Ferro Carajás atravessa o município a oeste, paralela aos trilhos da Companhia Ferroviária do Nordeste, que passam perto do Centro. No povoado de Entroncamento, Itapecuru-Mirim abriga o encontro da BR-222 com a BR-135, que liga a capital ao interior. O centro urbano é dotado de infra-estrutura, bom padrão construtivo e espaços consolidados. Fora da área central, a cidade cresce na localidade da aviação e na recente ocupação conhecida como DER, ao lado da BR-222. A rodovia tem grande importância para a economia rural. Outra via de transporte é o Rio Itapecuru, percorrido por pequenas embarcações. A população municipal estimada é de 61 455 habitantes, de acordo com estimativa feita pelo IBGE em 2010, sendo a 17ª maior cidade do Estado (IBGE, 2010).

Em Itapecuru há um hospital que oferece 48 leitos de clínica médica, cirúrgica, pediatria e obstetrícia, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). No atendimento de saúde funcionam 18 unidades Básicas de Saúde e 15 Postos de Saúde. A taxa de mortalidade infantil nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 foi de 21,59%; 29,79%; 26,55% e 27,61% respectivamente (SALA DE SITUAÇÃO/SES, 2013).

Por não se tratar de pesquisa com coleta de dados de seres humanos, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas relato de caso sobre a intervenção na prática com o uso de material educativo.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A partir da revisão narrativa da literatura, foram identificados os seguintes fatores relacionados às questões da saúde neonatal que podem auxiliar na diminuição da mortalidade: aleitamento materno; triagem neonatal; infecção neonatal e cuidados de higiene; e, icterícia neonatal. Tais temas serão apresentados a seguir, e por meio destes foi elaborado um instrumento para guiar a visita domiciliar realizada pelos ACS, o qual é apresentado no Apêndice 1.

4.1 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil no Brasil vem apresentando queda progressiva, embora esforços tenham sido feitos por uma parcela da sociedade de serviços e profissionais de saúde, ainda assim é preciso acelerar a redução e alcançar índices mais dignos para população brasileira. Necessita de uma atenção maior à saúde do recém-nascido, que representa cerca de 60 a 70% da mortalidade infantil. A maioria das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança, principalmente por causas evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As visitas ao recém-nascido são uma prática comum em muitos países. Estudos evidenciam os benefícios de visitas domiciliares no período neonatal e a partir dos depoimentos das mães que relataram a importância de serem questionadas como estavam amamentando, esclarecimentos sobre as vacinas, teste do pezinho, limpeza do coto umbilical e como ficaram mais tranquilas depois da visita do agente comunitário de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

4.2 Aleitamento Materno

O aleitamento materno exclusivo é de suma importância para a nutrição infantil e para a prevenção da morbidade e mortalidade, assim como a prevenção de enfermidades crônicas. Há evidências que a amamentação é um componente essencial para a sobrevivência materno-infantil. Estudos estimam que a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, seguida

do aleitamento materno continuado dos seis aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Demais estudos científicos, tem mostrado a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil e para o espaçamento das gestações. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prática da amamentação atualmente salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (OMS, 2000). Estudo conduzido por Victora et al. (1987, *apud* Euclides, 2005, p. 269), constatou que crianças que não recebiam leite materno tinham maiores riscos de morrer por diarreia (risco 14,2 vezes maior), de mortalidade por doenças respiratórias (3,6 vezes) e por outros tipos de infecções (2,5 vezes) quando comparadas às que recebiam apenas leite materno sem complementos.

Um estudo realizado em Sobral-CE, aponta melhoria de indicadores de aleitamento materno, de imunização, redução de internações, óbitos hospitalares por desnutrição, doenças respiratórias, diarreicas e de óbitos no domicílio. Nesse estudo, a melhoria dos indicadores foi associada ao trabalho integrado e humanizado da equipe de saúde da família, que favorece ações de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças prevalentes, com diminuição da mortalidade no primeiro ano de vida (SILVA, 2003).

4.3 Triagem neonatal

A Triagem Neonatal ou “Teste do Pezinho” é um exame gratuito. A coleta do sangue é feita a partir de uma pequena punção no calcanhar do recém-nascido e retirado algumas gotinhas de sangue que serão colhidas num papel filtro. O ideal é que seja coletado entre 3º e o 5º dia de vida, realizado em alguma unidade de saúde e maternidades. Após a coleta da amostra de sangue da criança, esta é enviada a um laboratório para ser analisada e o resultado volta para a unidade em que foi realizada a coleta. O exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e morte neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Brandalize e Czeresnia (2004), uma triagem neonatal efetiva exige o funcionamento de um sistema integrado, complexo e multidisciplinar, que se inicia pela coleta do exame no período adequado, por um procedimento correto, inclui o transporte, a análise laboratorial, e fornece o resultado em um tempo razoável (até o 28º dia), permitindo a localização e contato com as famílias dos casos com resultado alterado para a confirmação diagnóstica e o manejo dos casos em prazo hábil.

Estudo realizado em Pittsburgh demonstrou que o tratamento iniciado antes dos três meses resulta em quociente de inteligência médio de 89, entre três e seis meses cai para 70 e, após os seis meses, apenas 54 (SETIAN, 2002). Segundo Horovitz e cols. 2005, o impacto dos defeitos congênitos no Brasil vem aumentando progressivamente, tendo passado da quinta para a segunda causa dos óbitos em menores de um ano, entre 1980 e 2000, fato que aponta para a necessidade de estratégias específicas na política de Saúde. Entre as ações localizadas no Brasil relacionadas aos defeitos congênitos, destacam-se os serviços do Programa de Triagem Neonatal.

4.4 Infecção neonatal e cuidados de higiene

O recém-nascido desenvolve infecções mais facilmente que uma criança mais velha, portanto, a mãe e a família precisam protegê-lo contra infecções no nascimento e nos primeiros meses de vida.

Estudos sugerem uma predisposição ao desenvolvimento de sepse neonatal em crianças do sexo masculino (ODDIE, 2002). Estudo de Goulart et al. (2006), apontou um aumento de 1,5 vezes o risco de desenvolver sepse em neonatos de mães com menos que 25 anos. Previamente, foi demonstrada maior suscetibilidade para o desenvolvimento de sepse em neonatos de muito baixo peso, reforçando o potencial agravante dessa condição no desenvolvimento da sepse. Estudos apontam um risco 25 vezes maior de recém-nascidos com muito baixo peso desenvolver sepse em relação àqueles com peso normal (BENITZ, 2002).

Nesse contexto, uma forma de evitar muitas infecções é a higiene do recém-nascido. A higienização é de suma importância para o bem estar das pessoas, principalmente quando se trata do recém-nascido. Um dos cuidados ao mesmo é a higiene que se inicia pelo banho que visa então a remover os resíduos existentes na pele e a possível colonização de microorganismos. Segundo a OMS, 32% das mortes de recém-nascidos são causadas por infecção, principalmente

quando a higiene do mesmo é carente, pois o recém-nascido pode ser infectado por bactérias e outros organismos que causam infecção na pele (BECK et al., 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o primeiro banho do recém-nascido deve ser dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho. Outros autores estabelecem que o primeiro banho seja dado somente quando a temperatura do neonato estiver estabilizada, em vez de considerar apenas o número de horas após o parto como o momento ideal para isso. A duração do banho deve ser curta, no máximo 5 minutos, sendo que em alguns estados os banhos tem a duração diferente devido o clima e a cultura. A temperatura da água deve estar próxima a temperatura corporal (37°C-37,5°C) (BERGSTROM et al., 2005).

Deve-se dar importância também, aos cuidados com o coto umbilical para evitar possíveis infecções. Os cuidados com o coto são essenciais para cicatrização e prevenção de infecções, sendo que leva em média sete dias para mumificação e queda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A região deve permanecer seca e limpa para evitar infecção, sendo que a limpeza regular do coto umbilical deve ser realizada com álcool a 70 % com um chumaço de algodão ou hastes flexíveis de algodão. Durante os primeiros dias de vida estes cuidados são de extrema importância até o coto umbilical cair, podendo reduzir bastante o risco de infecção do mesmo e também o risco de morte neonatal (MULLANY, 2007).

4.5 Icterícia neonatal

Um dos sinais mais frequentes pesquisados e observados pelo médico e enfermeira no recém-nascido, é a icterícia, caracterizada pela coloração amarelada da pele e outros órgãos. A icterícia continua sendo importante causa de enfermidade no período neonatal por estar presente em maior ou menor escala, em 82% destes. Na maioria dos casos, é fisiológica, cedendo nos primeiros dias após o nascimento; contudo, quando isso não acontece, ou existe a suspeita de que seja patológica, o recém-nascido é submetido a terapêutica inicial da icterícia, a fototerapia, tratamento que utiliza a ação da luz e que consiste na exposição do recém-nascido despido a uma fonte de luz fluorescente. Portanto, a icterícia é um dos sinais importantes para os agentes comunitários de saúde ficarem atentos na visita domiciliar (CAMPOS; CARDOSO, 2004).

A icterícia é considerada patológica quando é evidente nas primeiras 24 horas, se os níveis de bilirrubina aumentarem mais de 5 mg/dL/dia, se o recém-nascido apresenta sintomas ou sinais de doença sistêmica ou se tem níveis de bilirrubina direta superiores a 1.5mg/dL (PORTER, 2002).

A icterícia neonatal continua a ser um tema atual e de grande importância pela elevada incidência desta patologia entre os recém-nascidos (60%), e por se tratar de uma situação clínica potencialmente grave (LISSAUER, 2007; MACMAHON, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do check list favorecerá os ACS do Bairro Roseana Sarney, ajudando-os a identificar os sinais de perigo do recém-nascido, tornando o check list um instrumento importante para a Estratégia Saúde da Família. Os ACS serão, posteriormente, capacitados sobre os cuidados necessários na primeira semana de vida do recém-nascido.

Diante do exposto, entende-se a importância do acompanhamento do ACS, sendo que este tem como papel fundamental desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças. Muitos avanços foram obtidos neste sentido, sendo que a implantação da Estratégia de Saúde da Família é um dos que mais proporcionam a efetivação destas ações, uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio, além de dar um enfoque diferente na atenção à saúde.

Vale ressaltar a relação dos ACS com a família do recém-nascido, que possibilita repassar seus conhecimentos para que a família possa ir mudando seus preconceitos e mitos sobre algumas ações de saúde, por exemplo, a importância do banho diário, os cuidados com o coto umbilical, a amamentação exclusiva, entre outros.

Assim, a Estratégia Saúde da Família, entre outras ações, pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a visão da promoção da saúde. Espera-se que a implantação do check list possa servir de ajuda ou guia para outras equipes do município de Itapecuru-Mirim.

REFERÊNCIAS

BECK, et al. Manual de consulta: cuidados ao recém-nascido – Washington: Editora Save the children. 2004.

BENITZ, W.E. Perinatal treatment to prevent early onset group B streptococcal sepsis. **Semin Neonatol.** v.7, p. 301-314,2000.

BERGSTROM, A.; BYARUHANGA, R.; OKONG, P. The impact of newborn bathing on the Prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial. **Acta Paediatr.**v.94, p.1462-1467, 2005

BRANDALIZE, S.R.; CZERESNIA, D. Avaliação do programa para fenilcetonúricos. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 300-306, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil.** Brasília (DF): 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos.** Porto Alegre: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Brasília (DF); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília (DF); 2004.

CAMPOS, A.C.S.; CARDOSO, M.V. O recém-nascido sob fototerapia: a Percepção da mãe. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 4, Ribeirão Preto. 2004.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do Lactente.** 3. Ed. Minas Gerais. 2005.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A representacao social da consulta de enfermagem: importancia, ambiguidade e desafios. **Revista Mineira de Enfermagem** v.9, n.2, p. 109-115, 2005.

GOULART, A.P. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital da rede pública do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.18, p. 148-153, 2006.

HOROVITZ, D.D.G.; LLERENA, J.R.; MATTOS, R.A. **Atenção aos defeitos Congênitos no Brasil: panorama atual. Cad Saúde Pública**. v.4, p.1055-1064, 2005.

LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. Illustrated Textbook of Paediatrics. Edinburgh. Mosby Elsevier. **Neonatal Medicine**. p. 145-168, 2007.

MACMAHON, J.; STEVENSON, D.; OSKI, F. Bilirubin Metabolism. **In: Taeush WH, Ballard AR, eds. Arery's Diseases of the Newborn. Philadelphia. WB Saunders Company.**p 995-1002,1998.

MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C. Mortalidade Perinatal e neonatal no Brasil. **Tema Radis**. v. 2, p.6-17, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**, 2011.

MULLANY, L.C. et al. Risk factors for umbilical cord infection Among newborns of thern Nepal. **Am J Epidemiol**. v.11, p 165-203, 2007.

Oddie S, Embleton ND - Risk factors for early onset neonatal group B streptococcal sepsis: case-control study. **BMJ**. P 325-308, 2002.

PORTER, L.M.; DENNIS, L.B.; Hyperbilirubinemia in the Term Newborn. **Am Fam Physician** v. 65, p.599-606, 2002.

SETIAN, N.; Hipotireoidismo congênito. **Endocrinologia Pediátrica**. p.40-47, São Paulo: 2002.

SILVA, A.C. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** [tese]. São Paulo: 2003.

SOUZA, D.S. Inserção da Saúde Bucal no PSF. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**. v.2,p.7- 29, 2001.

SZWARCWALD, C.L. et al. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou **Bulgária Caderno de Saúde Pública**. v.13, p 503-516, 1997.

UNICEF. **Situação da infância brasileira 2006: Mortalidade de crianças**. Infância ainda vulnerável. UNICEF (DF), p. 9-19,2006.

APÊNDICE 1 – Check list para a garantia da primeira semana de vida do recém-nascido elaborado para os Agentes Comunitários de Saúde.

RECÉM - NASCIDO
(iniciar esses cuidados desde que a mãe chega em casa com o bebê, até o 7º dia de vida do recém-nascido)
a) Banho com água aquecida;
b) Coto Umbilical limpo apenas com álcool e pano limpo e seco. Se tiver cheiro ruim, pus ou pele vermelha em volta, levar ao hospital;
c) Amamentação exclusiva no peito (verificar a utilização de mamadeira, chucha ou chupeta. Explicar as desvantagens do seu uso);
d) Pele amarelada nas primeiras 24h de nascido, levar urgentemente ao hospital;
e) Teste do pezinho (realizar entre 3 e 5 dias de vida do bebê)