

ALTERAÇÕES DO QUADRO DE SAÚDE NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE ADOLESCENTE¹

ALTERATIONS IN THE HEALTH STATE ON THE FIRST WEEK OF LIFE IN NEWBORN FROM ADOLESCENT MOTHERS

ALTERACIONES DEL CUADRO DE SALUD EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO – HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

DANIELE ARAÚJO TORRES²

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO³

GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA⁴

INGRID MARTINS LEITE LÚCIO⁵

Este é um estudo descritivo, documental, quantitativo, cujo objetivo foi identificar as alterações no quadro de saúde e as terapêuticas na primeira semana de vida do recém-nascido (RN) filho de mãe adolescente. Realizado em uma unidade neonatal de uma maternidade de referência, em Fortaleza – Ceará nos meses de setembro e outubro de 2004, teve como amostra a história de 32 RN filhos de mães adolescentes, com os devidos consentimentos das mães. Os dados foram referentes à história do nascimento e da internação, na primeira semana de vida, visando o quadro de saúde, sendo extraídos do prontuário do RN. Verificou-se que 16 (50%) eram prematuros, fator que pode trazer uma série de alterações no quadro de saúde em decorrência da imaturidade dos sistemas fisiológicos. A impressão diagnóstica mais freqüente foi a Síndrome do Desconforto Respiratório (38,9%). A dieta mais administrada ao RN foi o leite materno por sonda orogástrica (68,8%). Dentre as terapêuticas destacaram-se a oxigenoterapia por capacete de acrílico (48,1%), a fototerapia (88,9%) e a antibioticoterapia (32,3%).

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido; Gravidez na adolescência; Enfermagem neonatal

This is a descriptive, documentary as well a quantitative study whose aim was to identify the alterations in the health therapeutic state of life in the newborn (NB in the first week of life), child of adolescent mother. It was conducted in a neonatal unit of a reference maternity ward, in Fortaleza – Ceará during the months of September and October, 2004. We used as a sample the story of 32 NB children of adolescent mothers, with the permission of their own mothers. The data referred to the story of the birth and the admittance into hospital, on the first week of life aiming at the health state, extracted from the NB's medical chart. We concluded that 16(50%) of the NB were premature. Such a fact can bring a number of alterations in the NB's health state due to the immaturity of its physiological systems. The most frequent diagnostic impression was the Respiratory Distress Syndrome (38,9%). Most of the babies diet was mother's milk which they received through orogastric tubes (68,8%). Among the therapeutics the most highlighted ones were the oxygen therapy for acrylic helmet (48,1%), the phototherapy (88,9%) and antibiotic therapy (32,3%).

KEYWORDS: Infant, newborn; Pregnancy in adolescence; Neonatal nursing.

Estudio descriptivo, documental, cuantitativo, cuyo objetivo fue identificar las alteraciones en el cuadro de salud y las terapias en la primera semana de vida del recién nacido (RN), hijo de madre adolescente. Realizado en una unidad neonatal de una maternidad de referencia, en Fortaleza – Ceará, durante los meses de septiembre y octubre de 2004, se usó como muestra la historia de 32 RN, hijos de madres adolescentes, con el debido consentimiento de las madres. Los datos refirieron la historia del nacimiento y de la internación, en la primera semana de vida, teniendo en vista el cuadro de salud, extraídos del registro médico del RN. Se verificó que 16 (el 50%) eran prematuros, factor que puede ocasionar una serie de alteraciones en el cuadro de salud debido a la inmadurez de los sistemas fisiológicos. La impresión de diagnóstico más frecuente fue la Síndrome de Incomodidad Respiratoria (el 38,9%). La dieta más administrada al RN fue la leche materna por sonda orogástrica (el 68,8%). Entre las terapias aplicadas se destacaron la oxigenoterapia por casco de acrílico (el 48,1%), la fototerapia (el 88,9%) y la antibioticoterapia (el 32,3%).

PALABRAS CLAVE: Recién Nacido, Embarazo en la adolescencia. Enfermería Neonatal.

¹ Parte integrante da monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem de (Torres, 2004), Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

² Enfermeira, membro do projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeira, professora doutora do Departamento de Enfermagem, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC. E-mail: cardoso@ufc.br

⁴ Enfermeira, membro do Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem. Bolsista CAPES. E-mail: grazielle_roberta@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, membro do Projeto Saúde do Binômio Mãe-Filho/UFC, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, Bolsista CAPES. E-mail: ingrid_lucio@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, autoridades governamentais e organismos nacionais e internacionais têm mostrado crescente interesse em relação aos estudos sobre a adolescência, particularmente em relação às questões do comportamento envolvendo a sexualidade da adolescente e às conseqüências biológicas e psicossociais da gravidez nessa faixa etária, bem como as complicações para a saúde do recém-nascido¹.

O início da adolescência aproxima-se com o da puberdade sendo usualmente influenciado pelas manifestações desta fase, tais como a acentuada maturação física que ocorre em quase todos os sistemas do corpo, nas meninas por volta dos 10 anos e nos meninos em torno dos 12 anos de idade, apesar da idade real de seu início variar muito².

Junto às transformações típicas e exclusivas da adolescência surge a perspectiva de uma identidade sexual pelo adolescente, uma fase do próprio desenvolvimento, mas, devido à falta de preparo e conhecimento em relação aos métodos contraceptivos, a atividade sexual na adolescência pode levar a uma gravidez precoce.

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias.

No Brasil, uma Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostrou o crescimento da fecundidade de mulheres de 15-19 anos, em confronto à queda significativa, no grupo de 20-24 anos. Essa tendência se acentuou nas décadas de 80 e 90. Diferenciais nas taxas de fecundidade em adolescentes foram encontrados por áreas geográficas e em diversos grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres de baixa condição econômica e menor nível de instrução³.

A proporção de mães adolescentes vem aumentando nas últimas décadas. Pelas características bio-psico-sociais da adolescente, a gravidez nessa idade pode representar um risco para a saúde da adolescente e/ou para o conceito⁴. A gravidez será considerada de risco quando a gestante ou o feto estão sujeitos a algum tipo de lesão ou mesmo à morte, em decorrência da gravidez ou puerpério⁵.

No que diz respeito aos filhos, sabe-se que há um risco bem mais elevado de mortalidade no primeiro ano de vida, particularmente, dos filhos de mulheres com menos de 15 anos, quando comparadas aos de mulheres de 20 a 24 anos de idade. Além disso, alguns estudos apontam

maior proporção de recém-nascidos de baixo peso entre os filhos de adolescentes, o que, além de ser por si só uma condição anormal, condiciona um risco maior de morbimortalidade⁵.

A gravidez na adolescência encontra-se intimamente relacionada ao recém-nascido (RN) de baixo peso (<2.500g) e prematuro, duas vezes mais freqüente do que nas mulheres mais velhas, sendo considerado a principal complicação perinatal da gravidez na adolescência. O ganho de peso insuficiente na gravidez é uma das condições mais associadas à prematuridade⁶.

Com base no exposto, acredita-se que seja relevante a realização de um estudo que possibilite traçar um perfil, da nossa realidade, sobre a situação da gravidez entre adolescentes e suas complicações para a saúde do RN, levando em conta algumas variáveis biológicas e alguns fatores sociais e econômicos habitualmente relacionados ao problema. Este estudo poderá ampliar o conhecimento e ressaltar a importância pelo tema na ótica de um determinado contexto, pois, apesar de uma prevalência cada vez maior em todo o país da gravidez precoce e das complicações para a saúde do neonato, ainda há uma grande escassez de dados sobre esta problemática.

OBJETIVO

Identificar as alterações no quadro de saúde e as terapêuticas utilizadas na primeira semana de vida do recém-nascido de mãe adolescente internado em Unidade Neonatal.

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se como descritivo, exploratório, documental e quantitativo. O estudo de caráter descritivo tem fatos observados, registrados, classificados e interpretados, sem que haja interferência do pesquisador⁷.

Foi realizado em uma Unidade de Internação Neonatal de uma instituição pública de grande porte, em Fortaleza, referência no atendimento de gestações de risco, oriundas da capital ou de diversas regiões do Estado do Ceará.

A referida unidade possui sua assistência organizada de maneira hierarquizada, por nível de complexidade, sendo composta por três tipos de unidade de atendimento (nível I, II e III): a de nível I assiste mães e recém-nascidos de baixo risco; a de nível II, a prematuros e recém-nascidos de médio risco, e a de nível III, a recém-nascidos de alto risco

e/ou de muito baixo peso. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2004. Dos 62 recém-nascidos de mães adolescentes; nascidos no período, independente da idade gestacional, situação clínica e terapêutica. Foram estudadas 32 recém-nascidos filhos de mães adolescentes, equivalente a 51,6% da população. A limitação para a investigação dos demais 30 recém-nascidos foi devido ao fato de os prontuários encontrarem-se no setor do faturamento, implicando em restrições para acesso.

Os dados foram extraídos, ora na própria unidade na qual o RN encontrava-se internado, ora no SAME – Setor de Arquivo Médico e Estatístico, devido à intensa rotatividade de recém-nascidos nas unidades. Ressaltamos que todas as mães assinaram termo de esclarecimento. Assim tivemos a autorização dessas e da própria instituição para obter dados referentes às crianças pesquisadas.

Utilizou-se para a coleta de dados um formulário semi-estruturado composto por questões abertas e fechadas, sendo os dados extraídos diretamente do prontuário do recém-nascido, como já mencionado. Os dados são referentes à história do nascimento e da internação, correspondente à primeira semana de vida.

Os dados foram organizados e distribuídos na forma de intervalos e frequência absoluta e relativa em tabelas e gráficos, para seguir a fase de análise pautada na literatura pertinente ao tema.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (COMEPE) do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará e pela comissão de ética em pesquisa da instituição na qual o estudo foi realizado, atendendo as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução 196/96⁸: O termo de consentimento foi dirigido à mãe, responsável legal pelo recém-nascido, a quem foi informado acerca dos objetivos da pesquisa, sendo-lhe garantido o anonimato e o sigilo das informações, o acesso aos dados, e a liberdade de não mais participar do estudo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto à apresentação dos dados referentes ao recém-nascido (RN) a partir de 32 prontuários verificou-se

quanto ao nascimento que: 62,5% (20) eram do sexo masculino e 37,5% (12) do sexo feminino; 31,25% (10) foram classificados como Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) e 68,75% (22) como Adequado para a Idade Gestacional (AIG). Quanto ao peso de nascimento 53,1% tinham peso entre 2500 e 3380 gramas; 28,1% foram considerados como baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 2500g), 26,6% como muito baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 1500g) e 13,4% como extremo baixo peso (peso de nascimento inferior a 1000g); 21,8% necessitaram de reanimação cardio-respiratória na sala de parto. Apenas dois apresentaram algum tipo de deficiência congênita.

Para uma melhor visualização dos dados que compuseram o perfil do RN optamos por apresentar alguns dados em tabelas e gráficos, e iniciamos trazendo a distribuição desses recém-nascidos de acordo com sua idade ao nascimento.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE ADOLESCENTE INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL CONFORME CLASSIFICAÇÃO POR IDADE GESTACIONAL. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.

Classificação do recém-nascido	N	%
RNT	16	50,0
RNPTL	09	28,1
RNPTM	5	15,6
RNPTE	2	6,3
Total	32	100,0

Fonte: Prontuário do RN. * RNT= recém-nascido a termo (idade gestacional superior a 37 semanas), RNPTL= recém-nascido pré-termo limítrofe (idade gestacional entre 35 e 36 semanas), RNPTM= recém-nascido pré-termo moderado (idade gestacional entre 30 e 34 semanas), RNPTE= recém-nascido pré-termo extremo (idade gestacional inferior a 30 semanas).

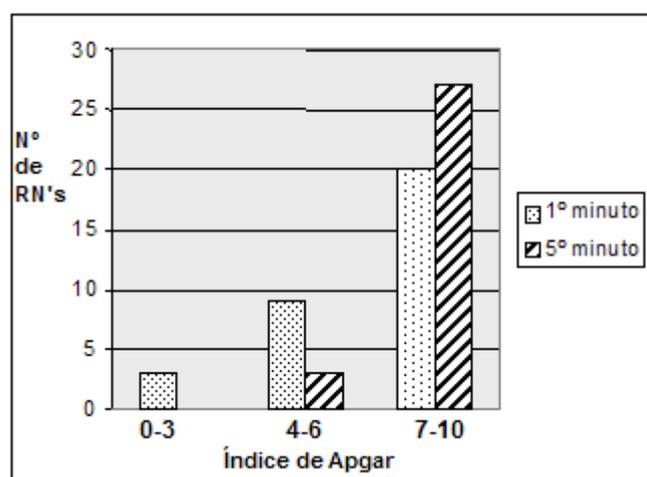
Observamos a partir da Tabela 1, que 50% dos recém-nascidos foram considerados prematuros, ou seja, com idade gestacional inferior a 37 semanas, fato preocupante, já que a prematuridade é uma das principais causas de internação nas unidades neonatais e também responsável pelos altos índices de morbidade e mortalidade no período neonatal. Dentre as condições associadas ao nascimento de um neonato prematuro se encontram a idade extrema (abaixo de 19 e acima de 34) e o pré-natal deficiente⁹. Esses dados corroboram os achados.

Para avaliação das condições de saúde ao nascimento do RN utiliza-se o índice de Apgar. Neste índice, escores de 7 a 10, significam que o bebê nasceu em ótimas condi-

ções, e à medida que a nota decresce, as condições de saúde do bebê pioram¹⁰.

Os recém-nascidos do grupo deprimido recebem índices 4, 5 ou 6 e podem exigir algumas medidas de reanimação para aprimorar sua condição. Apresentam uma boa frequência cardíaca e irritabilidade reflexa, porém não fazem um esforço respiratório satisfatório, sua cor é cianótica e seu tônus muscular poderá não ser bom. Aqueles enquadrados no grupo intensamente deprimido recebem índices de 0 a 3; necessitam de reanimação imediata¹¹. Consideramos relevante destacar a questão do Apgar, pois traduz algumas condições de nascimento do RN e até mesmo pode justificar a necessidade de intervenções, imediatas e/ou tardias, como o uso do oxigênio.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DO ÍNDICE DE APGAR DOS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.



Conforme o gráfico 1, verificamos três recém-nascidos com anóxia grave no primeiro minuto, 9 com anóxia moderada e 20 bebês nasceram com boa vitalidade. No índice de Apgar do quinto minuto, 3 recém-nascidos foram considerados com anóxia moderada e 27 com boa vitalidade. Portanto, no primeiro minuto 37,5% nasceram deprimidos e no quinto minuto foram 9,3%. Estes números considerados elevados representam comprometimento do prognóstico dos recém-nascidos de mães adolescentes.

A asfixia ao nascimento está comumente presente nos bebês pré-termo. Quanto mais prematuro o bebê, maior a possibilidade de asfixia. A imaturidade do centro respiratório é a causa básica da asfixia, mas a causa de parto prematuro, tais como o sangramento pré-natal ou as complicações do parto, tais como a apresentação pélvica, podem também, contribuir para dificultar o início da respiração¹².

Ainda na sala de parto, durante a primeira avaliação clínica realizada pelo pediatra e/ou neonatologista, atribui-se ao RN, com base em suas condições ao nascimento, impressões diagnósticas, constatadas e/ou em potencial para desenvolvimento, investigadas posteriormente, por meio de um acompanhamento direcionado, suportes terapêuticos e laboratoriais. Em relação à amostra, apresentamos o que constava registrado no prontuário referente a esse aspecto.

TABELA 2 – PRIMEIRA IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE ADOLESCENTE NA UNIDADE NEONATAL. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.

Primeira impressão diagnóstica	N	%
Síndrome do desconforto respiratório	21	38,9
Risco para infecção neonatal	11	20,4
Risco para broncoaspiração meconial	4	7,4
Anóxia grave	3	5,6
Taquipnéia transitória do recém-nascido	2	3,7
Infecção intra-útero	2	3,7
Risco para hipoglicemia	2	3,7
Distúrbio metabólico	2	3,7
Incompatibilidade ABO/Rh	2	3,7
Toco-traumatismo	2	3,7
Hidrocefalia	2	3,7
Enterocolite necrozante	1	1,9
Total	54	100

Analisando a Tabela 2, dos 54 diagnósticos estabelecidos, as afecções do trato respiratório representaram a maior parte das causas de internação (38,9%). A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), também chamada de doença da membrana hialina, caracteriza-se por um distúrbio pulmonar grave e representa o principal fator de mortalidade infantil e o maior risco de complicações neurológicas em longo prazo. Ocorre em 2,5% a 10% de todos os nascimentos pré-termos e representa 50% a 70% das mortes em prematuros⁵.

O principal sinal de anóxia é *gasping*, ou suspiro profundo ou falha em respirar espontaneamente após o parto. Os sinais associados incluem uma frequência cardíaca lenta, pressão sanguínea anormalmente baixa, tônus muscular e reflexos deficientes⁵. Tal acontecimento ocorreu em três casos da amostra.

A taquipnéia transitória do RN, foi apresentada por 3,7% e, caracteriza-se por hipoxemia, cianose, grunido e retrações torácicas. O parto cesariano e a gestação a termo ou próxima ao termo são achados comuns da história⁹.

O risco de infecção neonatal encontrado em 20,4% (11) recém-nascidos e para infecção intra-útero em 3,7% (2), estava relacionado à primeira impressão diagnóstica e encontrava-se presente nos filhos de adolescentes que apresentaram amniorrexe prematura.

A síndrome de aspiração de mecônio, apresentada em 7,4% dos recém-nascidos, é uma inflamação pulmonar, resultante da aspiração de fluido amniótico contendo mecônio dentro do útero ou durante o momento do nascimento, quando as primeiras ventilações pulmonares se efetuem. A presença de mecônio no líquido amniótico resulta de anoxia fetal¹¹.

A enterocolite necrotizante, apenas um caso, é uma doença inflamatória gastrointestinal aguda e pode se desenvolver após lesão hipóxica do intestino no parto ou no período neonatal imediato. Geralmente aparece dentro das primeiras duas semanas após o nascimento⁹.

Alguns problemas no quadro de saúde podem ser auto-limitados e persistirem apenas durante as primeiras horas de vida, como é o caso da taquipnéia transitória relacionada ao período de adaptação do RN até a respiração encontrar-se plenamente estabelecida. Outros, entretanto podem requerer tempo de internamento para tratamento adequado. Verificamos as seguintes alterações presentes durante a primeira semana de vida, descritas abaixo.

TABELA 3 – ALTERAÇÕES CLÍNICAS DURANTE A PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DOS RECÉM -NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.

Alterações clínicas durante a primeira semana de vida	N	%
Desconforto respiratório	27	30,0
Infecção	20	22,2
Icterícia	18	20,0
Hiperglicemia	12	13,3
Hipoglicemia	7	7,8
Apnéia	4	4,4
Hemorragia intra-pulmonar	2	2,2
Total	90	100,0

Na tabela 3, observamos que 36,6% dos recém-nascidos apresentaram no decorrer da internação hospitalar problemas do trato respiratório, sendo o desconforto respiratório o mais prevalente. A icterícia esteve presente em 20% da amostra, dado este equivalente ao número de recém-nascidos que receberam fototerapia como terapêutica. Completando os achados da tabela 3, encontramos 22,2% de casos de infecção.

Ressalta-se que as infecções no período neonatal representam fator importante na morbidade e na mortalidade neonatais. Este fato confirma-se quanto mais acentuadas são as deficiências de ordem socioeconômica do meio em que é gerado o novo ser. Uma das preocupações fundamentais deve ser acerca dos recém-nascidos, cuidando das condições do ambiente físico e de rotinas de trabalho que tornem mínimas as oportunidades de contaminação.

A hipoglicemia geralmente resulta da prematuridade, baixo peso ao nascer, estresse fetal ou neonatal grave ou diabetes materno⁹. Já a hiperglicemia, apresentada em 12 casos tem como mecanismos responsáveis a incapacidade do neonato em suprimir a produção de glicose e a lentidão da resposta insulínica. Dentre os fatores etiológicos encontram-se a prematuridade, a asfixia perinatal, a infecção, a administração de soluções com concentração alta de glicose, drogas: aminofilina e corticóides, nutrição parenteral⁶.

De acordo com as condições de nascimento e motivos que requeiram um período de internação, são prescritas terapêuticas para a manutenção e/ou recuperação do estado de saúde do recém-nascido. Dentre elas, duas são bastante comuns, em virtude dos freqüentes problemas que envolvem o sistema respiratório, e outros de origem metabólica, destacando-se, portanto, a oxigenoterapia e a fototerapia.

TABELA 4 – TERAPÊUTICAS ADMINISTRADAS AOS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.

Terapêutica durante o período de internação	N	%
<i>Oxigenoterapia N = 27</i>		
Hood – Halo ou capacete	13	48,1
VM – Ventilação mecânica	4	14,8
Hood + CPAP – Pressão contínua	5	18,5
CPAP + VM	2	7,4
Hood + CPAP + VM	3	11,1
<i>Fototerapia N = 18</i>		
Bilispot simples	10	55,6
Bilispot duplo	5	27,8
Bilispot triplo	1	5,6
Biliberço	2	11,1

Dentre as terapêuticas que utilizam o oxigênio ao recém-nascido, o capacete de acrílico-Hood, também conhecido como halo ou capacete, foi o mais prevalente em 48,1% da amostra. Esta terapêutica caracteriza-se por fazer uso de um capuz de oxigênio, que se ajusta à cabeça do recém-nascido, pode fornecer oxigênio e permite um aces-

so fácil ao resto do corpo do recém-nascido para procedimentos envolvendo outros cuidados.

O CPAP nasal é a administração de uma mistura de oxigênio e ar comprimido sob pressão contínua, em concentração conhecida, com fluxo de 8l/min através de uma peça nasal, (*prong*) sendo que a via expiratória da peça nasal é conectada a uma borracha e colocada em selo d'água (5cmH2) ou conectada ao aparelho de ventilação mecânica mantendo uma PEEP (Pressão Expiratória) de 5 a 10 cm, conforme a necessidade do neonato⁷. Tal terapêutica foi administrada junto a outro modo de oxigenoterapia (Hood e/ou VM – Ventilação Mecânica) a 37% dos recém-nascidos.

A ventilação mecânica é um dos tratamentos mais utilizados para insuficiência respiratória do recém-nascido nas UTIN – Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e tem permitido a sobrevivência de uma parcela significativa de recém-nascidos, principalmente prematuros. O objetivo principal da ventilação mecânica é promover uma troca gasosa pulmonar adequada, minimizando as lesões pulmonares e sistêmicas conseqüentes deste tipo de assistência respiratória¹³. Como única modalidade utilizada, foi prescrita a 14,8% da amostra.

A fototerapia é a aplicação de luz à pele exposta da criança. Seu mecanismo se dá pela transformação da bilirrubina indireta, molécula lipossolúvel, em uma molécula hidrossolúvel, que é eliminada do organismo sem a necessidade de conjugação hepática. Essa terapêutica faz a bilirrubina livre transformar-se em uma substância não-tóxica para o tecido nervoso e ser excretada pela bile sem ser conjugada. Estes processos são chamados respectivamente de fotoisomerização e fotooxidação⁷. Dos recém-nascidos que receberam a fototerapia, 88,9% foram sob a forma de lâmpadas de halogênio tipo *spot* e o restante 11,1% através do biliberço. Dentre os inúmeros cuidados que esta terapêutica requer, destaca-se a importância da proteção ocular, sendo os aspectos referentes à visão do recém-nascido uma grande preocupação da mãe¹⁴.

TABELA 5 – DIETAS ADMINISTRADAS AOS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT 2004.

Dieta	N	%
Leite materno por sonda orogástrica	22	68,8
Leite materno via oral	4	12,5
Nutrição parenteral	4	12,5
Leite materno ao seio	2	6,3
Total	32	100

Para evitar a aspiração resultante de um reflexo de sucção fraco e/ou de uma sucção desordenada com a deglutição ou a angústia respiratória, muitos recém-nascidos de alto risco precisam ser alimentados, através de uma sonda passada pelo nariz ou pela boca até o estômago⁹. Dentre os recém-nascidos 68,8% utilizaram esta forma de alimentação.

A nutrição parenteral é um mecanismo no qual os nutrientes são administrados por via endovenosa, pode ser indicado para o recém-nascido prematuro ou pós-cirúrgico que não tolera alimentação oral ou enteral. A necessidade de nutrição parenteral depende do peso ao nascer e do diagnóstico¹⁰. Sob esta forma de alimentação, estiveram quatro (12,5%) recém-nascidos.

TABELA 6 – TERAPÊUTICAS ADMINISTRADAS AOS RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES. MATERNIDADE PÚBLICA, FORTALEZA, SET/OUT, 2004.

Terapêutica durante o período de internação	N	%
Antibioticoterapia	20	32,3
Hidratação venosa	18	29,0
Aerosolterapia	5	8,1
Administração de surfactante	5	8,1
Hemotransfusão (plaquetas)	5	8,1
Administração de segunda dose de vitamina K	4	6,5
Fisioterapia respiratória	3	4,8
Hemotransfusão (concentrado de hemácias)	1	1,6
Estimulação anal	1	1,6
Total	62	100

Outras terapêuticas relevantes identificadas correspondentes às próprias patologias apresentadas pelos recém-nascidos do estudo durante o período de internação foram: a antibioticoterapia (32,3%), relacionada à incidência de infecção neonatal na primeira semana de vida e a aerosolterapia, uso de surfactante e fisioterapia em virtude das intercorrências respiratórias. A segunda terapêutica mais prevalente foi a hidratação venosa empregada em 29% dos casos.

CONCLUSÃO

Quanto aos dados do nascimento encontrou-se: 20 do sexo masculino (62,5%) e 12 do sexo feminino (37,5%); 10 foram classificados como PIG (31,25%) e 22 como AIG (68,75%). Quanto ao peso 53,1% tinham peso entre 2500 e 3380 gramas; 28,1% foram considerados como baixo peso ao nascer, 26,6% como muito baixo peso ao nascer e 13,4%

como extremo baixo peso; 21,8% necessitaram de reanimação cardio-respiratória na sala de parto. Apenas dois apresentaram algum tipo de deficiência congênita. No que concerne às condições de nascimento, três recém-nascidos apresentaram anóxia grave no primeiro minuto, 9 anóxia moderada e 20 bebês nasceram com boa vitalidade. No índice de Apgar do quinto minuto, 3 foram considerados com anóxia moderada e 27 com boa vitalidade.

Quanto às alterações no quadro de saúde do recém-nascido na primeira semana de vida, verificamos uma forte influência do fator prematuridade (50%). Observamos que 36,6% dos recém-nascidos apresentaram no decorrer da internação hospitalar problemas do trato respiratório, sendo o desconforto respiratório o mais prevalente. A icterícia esteve presente em 20% da amostra, dado este equivalente ao número de recém-nascidos que receberam fototerapia como terapêutica. Completando os nossos achados, encontramos 22,2% de casos de infecção. Sendo o uso de antibioticoterapia (32,3%) a terapêutica mais prescrita.

Também foram marcantes os usos de outras terapêuticas como a oxigenoterapia e a fototerapia. Dentre as modalidades que utilizam o oxigênio ao recém-nascido, o capacete de acrílico- Hood, foi o mais prevalente em 48,1% da amostra. A modalidade CPAP foi administrada junto a outro modo de oxigenoterapia (Hood e/ou VM – Ventilação Mecânica) a 37% dos recém-nascidos. E a ventilação mecânica foi prescrita a 14,8% dos RN. Referente a fototerapia dos RN que receberam tal terapêutica, 88,9% foram sob a forma de lâmpadas de halogênio tipo *spot* e o restante, 11,1%, através do bilíberço. Também encontramos o leite materno por sonda orogástrica como dieta mais administrada durante a primeira semana de vida dos RN estudados (68,8%).

Melhorar a problemática da gravidez na adolescência requer um envolvimento não apenas social, mas também familiar e dos serviços de saúde. As conseqüências não são relacionadas apenas à mãe, mas também à saúde do recém-nascido. Estratégias educativas eficazes com enfoque nas questões da sexualidade e a capacitação de equipe multiprofissional visando buscar um atendimento diferenciado das adolescentes no período pré-natal e pós-natal ao binômio mãe e filho, podem contribuir para a melhoria deste quadro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabral MGSR. Conseqüência da gravidez na adolescência: riscos para a saúde da mãe e do recém-nascido

[dissertação] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

2. Lewis M, Wolkmar FR. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. Gama SGN, Szwarcwald CL; Leal MC, Theme MMF. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev Saúde Pública 2001; 35(1):74-80.
4. Gallo PR, Reis, AOA, Leone, C. Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, estado de Santa Catarina, Brasil, 1995. Pediatría São Paulo, 2000; 22(2):123-9.
5. Galletta MA, Zugaib M. Gravidez na adolescência. 2003. [online]. [citado 2003 out. 26]. Disponível em: <ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema7/texto105definicao.asp>.
6. Gaiva MAM, Gomes MMF. Cuidando do neonato: uma abordagem de Enfermagem. Goiânia: AB; 2003.
7. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1998.
8. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução n° 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília:, 1996. p. 24.
9. Kenner C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001.
10. Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1996.
11. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.
12. Rugulo LMSS. Manual de neonatologia: 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
13. Lima GS, Braga TDA, Meneses JA. Neonatologia Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
14. Cardoso MVLML, Campos ACS. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. Rev Latinoam Enfermagem Ribeirão Preto, 2004; 12(4):606-13.

RECEBIDO: 16/09/06

ACEITO: 22/02/06