

PERFIL DE RISCO NOS PRIMEIROS MIL DIAS DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

RISK PROFILE IN THE FIRST THOUSAND DAYS OF CHILDREN ACCOMPANIED IN SECONDARY HEALTH CARE

Resumo: Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os cuidados durante a gestação, o parto e nos primeiros anos de vida são essenciais para uma vida saudável no futuro. A prematuridade pode causar impactos no desenvolvimento da criança e o Brasil é um dos 10 países responsáveis por mais de 60% dos nascimentos prematuros mundiais. Outro fator que deve ser motivo de vigilância e cuidado são as síndromes congênitas, frequentemente relacionadas às infecções intrauterinas decorrentes dos patógenos bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO) e os vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C) e vírus herpes *simplex* (H), que compõem o acrônimo STORCH, que podem ser adquiridas intraútero, durante o parto ou no período pós-parto e configuram um considerável problema de saúde pública em todo o mundo. **Objetivo:** Descrever o perfil de risco para o desenvolvimento de crianças entre 0 e 3 anos da Rede Municipal de Assistência à Saúde de uma cidade do sul do país. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, baseado em análise de prontuários de crianças egressas de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pública, acompanhadas na Atenção Secundária à Saúde. Foram investigados características biológicas da criança, condições ao nascimento, patologias associadas, acompanhamento de puericultura e infecções. **Resultados:** Um total de 300 prontuários foram analisados, e as características da amostra foram estratificadas por grupo de risco STORCH e prematuridade. Foram identificados 107 casos de infecções congênitas (35,7%) e 111 casos de nascimento pretermo (37%). A infecção por sífilis congênita foi a mais prevalente em ambos os grupos (83,2% nos STORCH e 9,9% nos prematuros). **Conclusão:** Os achados confirmam a necessidade de estratégias para o acesso aos serviços de saúde no período pré-natal, buscando a qualidade da assistência e o acompanhamento das crianças inseridas na Rede de Atenção à Saúde, a fim de minimizar o impacto de fatores de risco para o adequado desenvolvimento infantil.

Palavras-chaves: Recém-Nascido Prematuro. Sífilis Congênita. Perfil de Saúde.

Abstract: Introduction: The World Health Organization (WHO) recommends that care during pregnancy, childbirth and in the first years of life is essential for a healthy life in the future. Prematurity can have an impact on child development and Brazil is one of the 10 countries responsible for more than 60% of premature births worldwide. Another factor that should be a reason for surveillance and care is congenital syndromes, often related to intrauterine infections resulting from the pathogen bacteria *Treponema pallidum* that causes syphilis (S), the protozoan *Toxoplasma gondii* that causes toxoplasmosis (TO) and rubella viruses (R), cytomegalovirus (C) and herpes simplex virus (H), which make up the acronym STORCH, which can be acquired intrauterine, during childbirth or in the postpartum period and constitute a considerable public health problem worldwide. **Objective:** To describe the risk profile for the development of children between 0 and 3 years of age in the Municipal Health Assistance Network in a city in the south of the country. **Method:** Cross-sectional, retrospective study, based on analysis of medical records of children discharged from a public Neonatal Intensive Care Unit, followed up in Secondary Health Care. The child's biological characteristics, conditions at birth, associated pathologies, childcare follow-up and infections were investigated. **Results:** A total of 300 medical records were analyzed, and the sample characteristics were stratified by group, risk factors and prematurity. 107 cases of congenital infections (35.7%) and 111 cases of preterm birth (37%) were identified. Congenital syphilis infection was the most prevalent in both groups (83.2% in STORCH and 9.9% in premature infants). **Conclusion:** The findings confirm the need for strategies for access to health services in the prenatal period, seeking the quality of care and monitoring of children included in the Health Care Network, in order to minimize the impact of risk factors for adequate child development.

Keywords: Premature. Syphilis, Congenital. Health Profile.

Luana Franco Marques¹
Alessandra Bombarda Müller²

- 1- Fisioterapeuta, mestranda em Ciências do Movimento Humano - UFRGS;
- 2- Fisioterapeuta, doutora em Ciências do Movimento Humano - UFRGS, professora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

E-mail: abombarda@unisinos.br

Recebido em: 05/01/2021

Revisado em: 22/04/2021

Aceito em: 16/06/2021



Copyright: © 2021. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que os cuidados maternos durante a gestação e parto, até o fim do segundo ano de vida, período conhecido como os primeiros mil dias, são essenciais para uma vida saudável no futuro, tendo em vista que esse é um período crucial do desenvolvimento da criança, em que a plasticidade neural, a qualidade do ambiente e os estímulos adequados são fatores de otimização de aquisições nas mais diversas áreas do desenvolvimento humano¹.

Microorganismos como vírus, bactérias, protozoários e fungos são capazes de causar infecções no feto e no recém-nascido (RN), podendo ser adquiridos intraútero, durante o parto ou no período pós-parto (infecções congênitas), resultando má-formação, retardo do crescimento intrauterino, calcificações cerebrais, anomalias do desenvolvimento, prematuridade, doença aguda aparente ao nascimento, inclusive natimorto e óbito fetal. Os efeitos imediatos e a longo prazo das infecções verticais (mãe-filho) configuram um considerável problema de saúde pública em todo o mundo².

Nesse sentido, infecções maternas que causam anomalias congênitas devem ser objeto de vigilância e cuidado. Os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções intrauterinas são a bactéria *Treponema pallidum*, que causa a Sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii*, que causa a Toxoplasmose (TO), o vírus da Rubéola (R), o Citomegalovírus (C) e o Herpes Simplex (H), formando o acrônimo STORCH, bastante divulgado pelo Ministério da Saúde (MS)². Mesmo com políticas públicas e assistência específica, nossas

crianças continuam nascendo infectadas, e verifica-se que essa alta incidência de casos está associada à não realização dos testes diagnósticos (conforme protocolo orientado pelo MS) e ausência do tratamento do parceiro. Por isso, o controle dessas infecções ainda é um desafio para o Brasil e outros países².

Conforme boletim epidemiológico apresentado pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, de 1998 a 2019 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 214.891 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. De 2017 para 2018, houve aumento de 5,2% no número de notificações no Brasil, onde nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. Dentre as capitais, Recife e Porto Alegre foram as que apresentaram as maiores taxas de incidência em 2018: 29,3 e 28,3 casos/1.000 nascidos vivos, respectivamente; índices que representam mais de três vezes a taxa do Brasil³.

A literatura também aponta a prematuridade e o baixo peso ao nascimento como os fatores que mais impactam no desenvolvimento ao longo dos primeiros anos de vida da criança^{1,4,5}. Ainda, conforme o peso ao nascer e a idade gestacional diminuem, maior é o risco de anormalidades no desenvolvimento infantil, ainda mais quando associado a condições biológicas adversas, como má-formação, alterações vasculares, infecções e imaturidade pulmonar⁶.

O Brasil é um dos dez países responsáveis por mais de 60% dos nascimentos prematuros mundiais⁷. A taxa de prematuridade no país supera os 11%⁸. No Rio Grande do Sul, registros

no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), em 2014, apresentam o total de nascimentos vivos de 148.359, sendo que 16.903 (11,4%) foram prematuros⁹.

Como profissional que pode promover saúde, o fisioterapeuta tem papel importante na educação e informação da família envolvida, na investigação e conclusão de diagnósticos associados a estas condições e no acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças. Podemos qualificar o cuidado oferecido e apoiar o fortalecimento dos diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Nesse contexto, conhecer o perfil de saúde desta população no município em que estamos inseridos justifica essa pesquisa, que teve como objetivo descrever o perfil de risco para o desenvolvimento infantil adequado de crianças entre 0 e 3 anos acompanhadas na Rede Municipal de Assistência à Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, baseado em análise de prontuários de crianças egressas de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), acompanhadas na Atenção Secundária à Saúde de um município da região sul do país.

Foram critérios de inclusão neste estudo crianças nascidas vivas a partir de 2017 até 2019, provenientes da Unidade de Internação Neonatal (UTIN) de um hospital público de referência para o acompanhamento de prematuros da região, encaminhadas para acompanhamento na Atenção Secundária à Saúde, na faixa etária entre 0 e 3 anos. Foram excluídos do estudo prontuários ilegíveis. A

coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2019 e março de 2020.

O total de 300 prontuários foram analisados pelas pesquisadoras. As informações coletadas foram: sexo, data de nascimento, número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), telefone para contato, renda familiar mensal, idade gestacional (IG), APGAR no 5º minuto de vida, peso ao nascimento (PN), comprimento ao nascimento (CN), presença ou não de STORCH, outras patologias associadas, motivo de internação na UTIN, problemas durante a gestação, uso ou não de ventilação mecânica (VM) / Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), fototerapia, número total de consultas e histórico médico de cada consulta. Considerou-se situação de vulnerabilidade social aquelas mães que apresentassem as seguintes características: usuárias de drogas, tabagistas, sem acompanhamento pré-natal e em condições precárias de moradia.

Os dados dos prontuários foram tabelados em ficha de coleta online no *Microsoft Office Excel* versão 2011, para padronização das informações. Os dados foram agrupados, sintetizados e organizados de forma esquematizada no processador estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21.0. Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando distribuição de frequência e porcentagem para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as contínuas. A normalidade da amostra foi verificada por meio do teste *Shapiro-Wilk*. As comparações entre os grupos foram verificadas utilizando o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição participante (parecer 3.665.150) e foi autorizada sua execução na rede municipal de saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 306 prontuários, e destes, seis foram excluídos por serem ilegíveis. Assim, a amostra foi composta por 300 prontuários, 50,3% crianças do sexo feminino ($n=151$). O nascimento prematuro aconteceu em 37% dos casos ($n=111$). O peso médio ao nascimento foi 2771,3g, e a mediana do APGAR foi 9. A média da IG foi 36,9 semanas, com partos entre 29 e 43 semanas. Foram encontradas patologias associadas em 39,3% da amostra ($n=118$), com maior prevalência (13,7%) de disfunções cardiopulmonares ($n=41$).

Necessitaram de VM/CPAP após o nascimento 16,3% das crianças ($n=49$), e 11,3% realizaram fototerapia ($n=34$). 20% da amostra ($n=60$) apresentou intercorrências no período pré-natal associadas principalmente à vulnerabilidade social da mãe ($n=31$).

Ao investigar fatores de risco associados à exposição materna e do feto a patógenos, especificamente aos mais prevalentes nessa população (STORCH), foi possível verificar que, no período entre 2017 e 2019, foram

acompanhados 107 casos (35,7%) de crianças com infecções congênitas.

As análises dos resultados específicos entre grupos fator de risco STORCH e fator de risco prematuridade identificaram uma distribuição homogênea dos sexos entre os grupos. A média da IG foi menor no grupo dos recém-nascidos prematuros (RNPT) ($p<0,001$) porque, por definição, o bebê prematuro nasce antes das 37 semanas de gestação, apresentando também peso ao nascimento menor ($p=0,020$).

As intercorrências no período pré-natal foram mais prevalentes no grupo RNPT (27%) ($p=0,011$), principalmente associadas à pré-eclâmpsia materna ($n=14$). As crianças prematuras apresentaram mais casos de complicações após o nascimento (39,6% da amostra de RNPT) ($p=0,000$), mais frequentemente associados a distúrbios metabólicos ($n=15$). Os recursos terapêuticos ventilação mecânica (VM) ($p=0,001$) e fototerapia ($p=0,000$) também foram mais necessários no grupo RNPT.

Os resultados descritos na Tabela 1 apresentam os dados da amostra geral e estratificados por fator de risco (STORCH x prematuridade).

Tabela 1 – Caracterização geral da amostra e distribuição das variáveis por fator de risco para atraso no desenvolvimento.

Variáveis	TOTAL $n=300$ (100%)	STORCH $n=107$ (35,7%)	RNPT $n=111$ (37%)	p
Sexo - n (%)				0,355
feminino	151 (50,3)	59 (55,1)	52 (46,8)	
masculino	149 (49,7)	48 (44,9)	59 (53,1)	

IG (semanas) - M (DP)	36,9 (2,8)	38,2 (2,1)	33,8 (1,8)	0,001
(mín.- máx.)	(29 - 43)	(29 - 43)	(29 - 36)	
a termo - n (%)	189 (63,0)	94 (87,8)	-	
pretermo - n (%)	111 (37,0)	13 (12,1)	111 (100,0)	
Peso ao nascimento (g) - M (DP)	2.771,3 (770,5)	3.020,7 (554,6)	2.044,1 (468,8)	0,020
APGAR - mediana (P25 - P75)	9 (8 - 9)	9 (8 - 9)	9 (9 - 9)	0,832
Intercorrências no pré-natal - n (%)	60 (20,0)	18 (16,8)	30 (27,0)	0,011
vulnerabilidade social	31 (10,3)	14 (13,1)	10 (9,0)	
pré-eclâmpsia	20 (6,7)	2 (1,9)	14 (12,6)	
náuseas/vômitos/infecção urinária	5 (1,7)	1 (0,9)	3 (2,7)	
diabetes gestacional	4 (1,3)	1 (0,9)	3 (2,7)	
Patologias/intercorrências - n (%)	118 (39,3)	19 (17,86)	44 (39,6)	0,000
disfunções cardiorrespiratórias	41 (13,57)	4 (3,7)	12 (10,8)	
distúrbios metabólicos	21 (7,0)	3 (2,8)	15 (13,5)	
sepsis	20 (6,7)	2 (1,9)	8 (7,2)	
má-formação	17 (5,7)	-	6 (5,4)	
HIV	10 (3,3)	8 (7,5)	2 (1,8)	
doença rara	3 (1,0)	1 (0,9)	-	
doença genética	2 (0,7)	-	1 (0,9)	
difusão neurológica	4 (1,3)	1 (0,9)	-	
VM - n (%)	49 (16,3)	5 (4,7)	33 (29,7)	0,001
Fototerapia - n (%)	34 (11,3)	3 (2,8)	26 (23,4)	0,000

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Nota: IG: idade gestacional; M: média; DP: desvio-padrão; P25-P75: percentis 25 e 75; VM: ventilação mecânica

Nas crianças com STORCH, o que justificou a procura pelo atendimento no Centro de Especialidades no período da primeira infância foi a necessidade de acompanhamento das doenças infecciosas ($n=107$, 100%). Nos RNPT, o acompanhamento de rotina ($n=44$, 39,6% dos casos) foi o maior

motivo das consultas. A infecção por sífilis congênita foi a mais prevalente em ambos os grupos (83,2% nos STORCH e 9,9% nos RNPT).

A Tabela 2 apresenta as condições do acompanhamento no período de 0 a 3 anos das crianças deste estudo, distribuídas por fator de risco STORCH e prematuridade.

Tabela 2 – Condições do acompanhamento na primeira infância e distribuição por fator de risco.

Variáveis	TOTAL	STORCH	RNPT
	n=300	n=107	n=111
	(100%)	(35,7%)	(37%)
Número consultas - M (DP)	5,2 (4,1)	4,7 (3,4)	6,3 (4,5)
Motivo da 1ª. consulta - n (%)			
acompanhamento STORCH	107 (35,7)	107 (100,0)	13 (11,7)
acompanhamento/sem queixa	94 (31,3)	-	44 (39,6)
complicação respiratória	48 (16,0)	-	34 (30,6)
complicação neurológica	36 (12,0)	-	14 (12,6)
má-formação	9 (3,0)	-	4 (3,6)
complicação gastrointestinal	6 (2,0)	-	2 (1,8)
Motivo da manutenção - n (%)			
acompanhamento/sem queixa	157 (52,3)	46 (43,0)	54 (48,6)
complicação respiratória	66 (22,0)	33 (30,8)	26 (23,4)
exames/especialista	50 (16,7)	14 (13,1)	19 (17,1)
complicação neurológica	20 (6,7)	12 (11,2)	8 (7,2)
complicação gastrointestinal	7 (2,3)	2 (1,9)	4 (3,6)
Infecções - n (%)			
sífilis congênita	89 (29,7)	89 (83,2)	11 (9,9)
toxoplasmose	16 (5,3)	16 (14,9)	1 (0,9)
citomegalovírus	1 (0,3)	1 (0,9)	1 (0,9)
toxoplasmose + citomegalovírus	1 (0,3)	1 (0,9)	-

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Nota: M: média; DP: desvio-padrão

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou investigar o perfil de saúde de crianças entre 0 e 3 anos egressas de uma UTIN de referência para a assistência de prematuros, acompanhados na Rede Municipal de Assistência à Saúde de uma cidade do sul do país. Os fatores de risco

associados ao desenvolvimento mais identificados na amostra deste estudo foram STORCH e prematuridade.

Em estudo prévio onde foram coletados 318 prontuários de RN admitidos na UTIN de um hospital público de referência em atenção materno infantil da região norte do país, a

prematuridade também foi o principal motivo de admissão. Destes, 92,1% nasceram pretermo, e 80,5% apresentaram baixo peso, índice de APGAR maior que 7 e a grande maioria necessitou suporte ventilatório ou oxigênio¹⁰.

Outros autores também constataram, em revisão de literatura, que a prematuridade se destacou como fator predominante para a internação dos RN, acompanhada do baixo peso ao nascer, das infecções neonatais e distúrbios respiratórios^{1,6,11}. Esses achados corroboram os resultados da presente pesquisa, onde a prematuridade associada ao baixo peso ao nascimento e a maior incidência de infecções congênitas refletem a relevância do acompanhamento dessa população, a fim de minimizar o impacto negativo dessas condições no desenvolvimento infantil ao longo do tempo.

No Rio Grande do Sul foi realizado outro estudo que tinha como objetivo identificar fatores maternos e neonatais associados à prematuridade no município de Porto Alegre, e um dos desfechos também foi a associação do baixo peso ao nascer e parto prematuro⁴, associados ao acompanhamento pré-natal inadequado e ao baixo nível de instrução materna.

No presente estudo, o grupo RNPT necessitou mais cuidados médico-hospitalares como VM e fototerapia. Um estudo de 2010 reforça esses achados ao identificar que fototerapia, VM, má-formação congênita, baixo peso ao nascer, IG e pré-eclâmpsia elevam o risco de mortalidade nos primeiros 28 dias de vida dos RN¹².

A literatura traz que os fatores que têm demonstrado maior influência para atraso no desenvolvimento são condição

socioeconômica precária, menor nível intelectual dos pais e prematuridade⁴⁻⁷. Sabe-se também que pode haver repercussões da prematuridade no crescimento e desenvolvimento de crianças na fase escolar. Os aspectos sociais e a prematuridade são fatores de risco que influenciam negativamente o desenvolvimento, por isso a crescente conscientização da necessidade de mecanismos compensatórios nesse período crítico para o desenvolvimento das crianças mais vulneráveis¹³.

No grupo dos RNPT, a pré-eclâmpsia foi a intercorrência pré-natal mais observada. Estudo prévio¹⁴ também aponta para esta associação (30% dos casos), e discute que estes fatores obstétricos podem causar repercussões maternas como aumento do índice de cesáreas, disfunções renais e hepáticas, e, ainda, repercussões fetais como a prematuridade, retardo no crescimento intrauterino e descolamento prematuro da placenta. Tais achados se assemelham à pesquisa que tinha como objetivo analisar o perfil epidemiológico das pacientes internadas em uma UTI materna¹⁵. As autoras verificaram que as síndromes hipertensivas associadas à gestação foram a maior causa de internação hospitalar (55,7%), reforçando as estatísticas de que a pré-eclâmpsia é a segunda maior intercorrência encontrada durante o período pré-natal.

As intercorrências pré-natais também se associam à prematuridade. Pesquisadores sugerem que as intercorrências relativas à gravidez se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e

dificuldade de acesso aos serviços assistenciais¹⁶. E no presente estudo, o impacto da vulnerabilidade social da mãe associou-se ao grupo prematuridade, mas principalmente ao grupo STORCH.

Pesquisas prévias sustentam que RNPT frequentemente desenvolvem ou têm associados problemas respiratórios^{6,17,18}. No entanto, nesta pesquisa, as complicações respiratórias como motivo de novas consultas ao médico apareceram associadas ao grupo STORCH.

A sífilis congênita foi identificada em quase 30% da amostra total do presente estudo. Em estudo de 2012 foi investigada a associação entre sífilis e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os autores concluíram que houve uma tendência de aumento das notificações de sífilis congênita no Brasil, com desigualdades sociais na distribuição dos casos¹⁹. Outro estudo, em 2013, apurou a incidência da sífilis congênita no Ceará entre 2000 e 2009, descrevendo o perfil epidemiológico das gestantes cujos RN tiveram sífilis congênita, onde foi verificada a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros, identificando um aumento da taxa de notificação ano a ano²⁰.

Os índices de sífilis em uma unidade de internação de um hospital universitário durante o período de um ano representaram um valor muito superior quando comparado à meta estabelecida pelo MS, por isso, a detecção ativa e precoce dos casos para o tratamento adequado das mães, dos parceiros e das crianças, orientações de comportamentos preventivos e educação em saúde são

estratégias cada vez mais necessárias para a população brasileira²¹.

Outros pesquisadores determinaram a frequência e os fatores associados à internação de RN em UTIN e reconheceram que riscos biológicos para a internação como peso, má-formação congênita, APGAR <7 e prematuridade, estiveram mais presentes quando comparados aos demais²². Além disso, os RN com baixo peso ao nascer e prematuros apresentaram risco de internação cerca de oito vezes maior quando comparados aos RN a termo. Má-formação, mesmo com baixos índices, apresentou risco seis vezes maior para internação em UTIN.

No presente estudo, o acompanhamento da amostra total no centro de especialidades retrata 35,7% de casos de doenças congênitas. Para todo RN com má-formação detectada ao nascimento, é indicada uma avaliação por especialista. Pesquisa prévia aponta que em todas as regiões do país, sem exceção, o número de consultas ofertadas está muito abaixo da real necessidade, principalmente para atendimentos de primeira vez²³. A falta de avaliação especializada frequentemente acarreta condutas inadequadas de tratamento, resultando maiores custos hospitalares. Com o aumento da identificação de defeitos congênitos no RN, a atenção básica torna-se essencial como porta de entrada no sistema, podendo incorporar estratégias cruciais para a prevenção desses defeitos.

No grupo STORCH, 30,8% das crianças tiveram como motivo de continuidade das consultas/atendimentos as complicações

respiratórias. Estes achados são corroborados pelos estudos que identificam além da mortalidade, outro dado relacionado às anomalias congênitas: o risco para o desenvolvimento de complicações clínicas, incluindo maior número de internações e gravidade das intercorrências^{6,23}.

A vulnerabilidade social referida foi a intercorrência pré-natal mais encontrada na amostra total deste estudo. Estudo prévio²⁴ apresenta a desigualdade social no Brasil ainda muito significativa, e refere a necessidade de adoção de políticas visando à equidade e universalidade da atenção à saúde, apresentando indicadores socioeconômicos como contribuintes na análise dos determinantes de mortalidade infantil e complicações neonatais. Também reforça que um maior número de consultas pré-natal pode ser um fator protetor para o óbito neonatal.

A prevalência do citomegalovírus aumenta com a idade, sendo influenciada por fatores culturais e socioeconômicos. O vírus tem a capacidade de manter-se replicando por longos períodos ou manter-se em latência, por isso a maioria das crianças acometidas é assintomática e 10 a 15% apresentam sequelas em longo prazo⁶. Tal achado pode explicar a baixa prevalência da doença na amostra ($n=1$).

Formam o acrônimo de doenças congênitas STORCH a sífilis, a toxoplasmose, a rubéola, o citomegalovírus e a herpes simplex. Esperava-se que fossem encontradas nesta pesquisa todas as STORCH, entretanto, como descrito no estudo de 2019²⁵, a implementação da vacina contra o vírus da rubéola foi uma grande conquista, havendo grande diminuição no número de casos novos de síndrome da

rubéola congênita, e, em virtude disso, publicações recentes acerca do tema são limitadas. A infecção congênita pelo herpes simplex é rara, com prevalência em torno de 1% de transmissão, no entanto, quando existente, pode acarretar morbimortalidade do RN. As manifestações podem ser cutâneas, neurológicas ou disseminadas. Assim como as outras patologias anteriormente citadas, o que se preconiza é a prevenção e o diagnóstico precoce.

Tais resultados, portanto, contribuem para caracterizar e identificar o perfil epidemiológico de crianças de 0 a 3 anos egressas da UTIN acompanhadas na Atenção Secundária da rede municipal de assistência à saúde da cidade, e podem nortear o direcionamento e fortalecimento de ações assistenciais públicas, voltadas à promoção da saúde materna e neonatal e à minimização de agravos.

CONCLUSÃO

Este trabalho reforça o entendimento da necessidade de acompanhamento fisioterapêutico das crianças inseridas na Rede de Atenção à Saúde do município, no momento que identifica fatores de risco para o adequado desenvolvimento infantil. Os achados revelam a necessidade de estratégias para a equidade do acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, deve-se buscar a melhora da qualidade da assistência à gestante e ao bebê, principalmente nos primeiros mil dias de vida, mantendo contínuas as atividades de prevenção e promoção à saúde, evitando assim, problemas no desenvolvimento da

criança a longo prazo e diminuindo os custos de saúde e a sobrecarga do sistema público.

Entre as limitações do estudo, identificou-se um número considerável de informações ignoradas ou em branco, dificultando o conhecimento do perfil dessas famílias. Torna-se relevante incrementar a capacidade do município para a coleta de informações completas, para que sejam utilizadas como base de decisões para a melhoria da atenção a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Sacconi R, Valentini NC. Análise do desenvolvimento motor de crianças de 0 a 18 meses de idade: Representatividade dos itens da Alberta Infant Motor Scale por faixa etária e postura. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2010; 20(3): 753-64.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
4. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50(3): 382-9.
5. Müller AB, Sacconi R, Valentini NC. Impact of compensatory intervention in 6- to 18-month-old babies at risk of motor development delays. *Early Child Development and Care*, 2017; 187(11): 1707-17.
6. Pufal EC, Müller AB, Bandeira PFR, Valentini NC. Motor development in the hospitalized infant and its biological and environmental characteristics. *Clinical and Biomedical Research*, 2018; 38(1): 66-73.
7. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 2013; 10(1): 1-14.
8. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(1): 192-207.
9. Souza DML, Maia LCS, Zêgo ZDF, Jaeger GP, Maciel WS. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Health Review*, 2019; 2(5): 4052-70.
10. Lima SS, Silva SM, Ávila PES, Nicolau MV, Neves PFM. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *ABCS Health Sciences*, 2015; 40(2): 62-8.
11. Freitas MCN, Sousa AOB, Cabral SAAO, Alencar MCB, Guedes MSSE, Oliveira GF. Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 2018; 12(40): 228-42.
12. Rizzo S, Nascimento L. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevivência. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2010; 22(1): 19-26.
13. Almeida CS, Müller AB, Gerzson LR, Valentini NC. Perfil dos recém-nascidos vivos em hospital universitário de alta complexidade do município de Porto Alegre/RS. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 2018; 5(10): 31-41.
14. Chagas RIA, Ventura CMU, Lemos GMJ, Santo DFM, Silva JJ. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-

- termos em UTI neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 2009; 9(1): 7-11.
15. Araújo S, Sanches M, Nascimento W. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva materna. *Enfermagem em Foco*, 2018; 9(2): 73-8.
16. Ramos H, Cuman R. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2009; 13(2): 297-304.
17. Costa BC, Vecchi AA, Granzotto JA, Lorea CF, Mota DM, Albernaz EP et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. *Boletim Científico de Pediatria*, 2015; 4(2): 33-7.
18. Friedrich L, Corso A, Jones M. Prognóstico pulmonar em prematuros. *Jornal de Pediatria*, 2005; 81(1): 79-88.
19. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 2012; 46(3): 479-86.
20. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013; 47(1): 152-9.
21. Chinazzo L, Leon C. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. *Boletim Científico de Pediatria*, 2015; 4(3): 65-9
22. Mucha F, Franco S, Silva G, Guilherme. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2015; 15(2): 201-8.
23. Horovizt DDG, Cardoso MHCA, Llena Jr JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22(12): 2599-609.
24. Soares E, Menezes G. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2010; 19(1): 51-60.
25. Lima LAC, Linhares LPC, Araújo SS, Teixeira AB, Monteiro CGF. Síndrome da rubéola congênita. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 2019; 51(2): 111-14.