

## IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO BIOLÓGICOS E SOCIAIS DAS CRIANÇAS NASCIDAS EM CASCAVEL-PARANÁ

Nelsi Salette Tonini\*  
Marisa Ines Tomazzoni\*\*  
Maristela Salette Maraschin\*  
Jacó Fernando Schneider\*\*\*\*

TONINI, N.S.; TOMAZZONI, M. I.; MARASCHIN, M. S.; SCHNEIDER, J. F. Identificação e análise dos fatores de risco biológicos e sociais das crianças nascidas em Cascavel - Paraná. . *Arq.Ciênc. Saúde Unipar*, 6 (1): 25-28, 2002.

**RESUMO:** Esta investigação, de cunho epidemiológico, trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, que teve como objetivo identificar através do fluxo de informação, os fatores de risco a que estão expostas as crianças ao nascer no município de Cascavel, no Estado do Paraná, no período de 1996 a 1998. Concluiu-se que a população estudada está mais sujeita a ocorrência de doenças, pois existem indicativos de baixa instrução materna, baixo peso ao nascer, número de filhos vivos, constituindo-se em indícios de baixo poder aquisitivo e condições sociais precárias.

**PALAVRAS-CHAVES:** Criança; Epidemiologia; Fluxo de Informação; Fatores de Risco .

### IDENTIFICATION AND ANALYSIS OF BIOLOGICAL AND SOCIAL RISK FACTORS OF THE CHILDREN BORN IN CASCAVEL-PARANÁ

TONINI, N. S.; TOMAZZONI, M. I.; MARASCHIN, M. S.; SCHNEIDER, J. F. Identification and analysis of biological and social factors of risk of the born children in Cascavel - Paraná. *Arq.Ciênc. Saúde Unipar*, 6 (1): 25-28, 2002.

**ABSTRACT:** This investigation, of epidemiologic nature, is a retrospective and descriptive study, that had as its purpose to identify, through information flux, the risk factors to which the children were exposed when born in the city of Cascavel, in the State of Paraná, in the period from 1996 to 1998. It was concluded that the studied population is more prone to the occurrence of diseases, because there exist indicatives of low maternal instruction, low weight at birth, number of children alive, these being indications of low acquisitive power and precarious social conditions.

**KEY WORDS:** Children; Epidemiology; Flow of Information; Risk Factors.

#### Introdução

Em 1989, o Ministério da Saúde, diante da falta de fidedignidade dos dados relativos aos nascidos vivos, seja nos aspectos quantitativos como qualitativos, instituiu, através da Portaria nº 649/GM/MS D.O.U nº 126 de 05/07/89, o Grupo de Assessoria em Estatística Vitais do Ministério da Saúde (GEVIMS), cujo objetivo era padronizar um instrumento básico para todo o país, com dados gerados em hospitais e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares, sobre nascidos vivos, uma vez que até esse momento os dados correspondiam apenas aos nascimentos registrados em Cartórios (MELLO JORGE *et al.*, 1992). Em 1990, como resultado desse trabalho, o Ministério da Saúde, juntamente com os Estados e Municípios, implantou o "Sistema de informação sobre Nascidos Vivos" (SINASC), com a finalidade de melhorar o controle estatístico de eventos vitais e possibilitar a elaboração de indicadores demográficos e de saúde mais fidedignos.

Assim, considerando a existência de fatores de risco na criança ao nascer, no município de Cascavel, no Estado do Paraná, em janeiro de 1995, baseada na proposta do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel elabora e implanta o projeto "Viver em Cascavel", sob a coordenação do setor de Vigilância Epidemiológica, na tentativa de reduzir o coeficiente de mortalidade infantil em menores de um ano de vida, sendo que o coeficiente de mortalidade infantil (C.M.I), tem sido apontado como um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida e de saúde de uma população.

Devido às condições precárias de vida e saúde, na África e em algumas regiões do Brasil chegam a morrer de 100 a 200 crianças para cada mil que nascem. As causas dessas mortes são, na maioria das vezes, evitáveis, tais como: diarreia, doenças respiratórias, sarampo, tétano e outras doenças infecciosas (MELLO JORGE *et al.*, 1992).

Para os referidos autores, o Brasil como um todo

\* Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense - UNIPAR. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

\*\* Especialista. Docente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

\*\*\*\* Doutor. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense - UNIPAR. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

Endereço: Jacó Fernando Schneider. Rua Souza Naves, 2669. Cascavel, Paraná. 85803-030.

houve uma redução de 54/1000 nascidos vivos em 1992, para 36/1000 nascidos vivos em 1997, redução esta atribuída por alguns autores à melhoria do saneamento básico e, mais recentemente, aos avanços específicos da medicina e saúde pública. No Estado do Paraná, embora este indicador venha apresentando tendência decrescente, nos últimos anos situa-se ainda em níveis preocupantes. Em 1992, a taxa de mortalidade infantil era de 27/1000 nascidos vivos e, em 1997 de 18/1000 nascidos vivos.

Ainda, segundo MELLO JORGE *et al.* (1992), na região Sul do país, o C.M.I em 1997 foi de 22/1000 nascidos vivos e nos municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde, localizada na região Oeste do Estado do Paraná, este coeficiente foi de 20/1000 nascidos vivos.

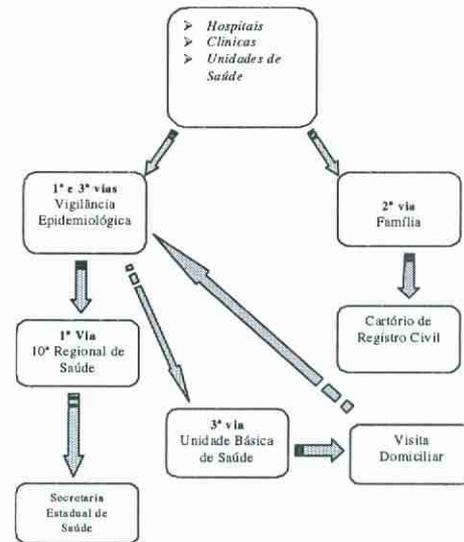
Em Cascavel, este coeficiente vem diminuindo, sendo que em 1994 foi de 24/1000 nascidos vivos e, em 1997 de 18/1000 nascidos vivos. Esses valores são inferiores aos C.M.I. obtidos tanto para o Brasil como um todo, como para os municípios da região Oeste do Paraná (CASCABEL, 1999).

Assim, o projeto "Viver em Cascavel" atual projeto "Ninar", tem como finalidade desenvolver em nível municipal, ações e políticas, capazes de identificar e intervir nos fatores de risco, objetivando a redução da morbi-mortalidade infantil, viabilizando desta forma a vigilância à assistência do RN, onde a base de sustentação do projeto são as informações registradas na Declaração de Nascido Vivo - DNV (CASCABEL, 1995). O Projeto conta com uma enfermeira coordenadora, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar administrativa que desenvolvem as atividades de controle na distribuição dos blocos numerados das Declarações de Nascidos Vivos aos diversos hospitais e clínicas do município, e também do recolhimento semanal destes documentos, bem como a digitação dos dados pertinentes ao projeto. Esses profissionais atuam no setor de Vigilância Epidemiológica Municipal, que coordena o projeto, envolvendo vinte e seis Unidades Básicas de Saúde, seis hospitais e duas clínicas.

Tem também como propósito a identificação das condições de nascimento dos recém-nascidos (RN), os quais são classificados conforme critérios definidos pela equipe responsável pelo projeto da Secretaria Municipal de Saúde - SESAU, com os seguintes objetivos a serem alcançados: estabelecer sistema de vigilância de nascidos vivos, através da Declaração de Nascido Vivo (DNV); estudar e analisar as características dos recém-nascidos do Município; identificar os recém-nascidos considerados de maior risco de adoecer e/ou morrer no 1º ano de vida, priorizando o seu atendimento; monitorar todos os recém-nascidos do Município através das Unidades Básicas de Saúde; acompanhar sistematicamente todas estas crianças durante o 1º ano de vida através de puericultura, com incentivo ao aleitamento materno, imunização, teste do pezinho, reidratação oral; criar o Comitê Municipal de Mortalidade Infantil; estabelecer sistema de Vigilância de Mortalidade Infantil, investigando todos os óbitos fetais, menores de 01 ano e sem assistência médica até 4 anos (CASCABEL, 1995).

Para melhor compreensão da operacionalização do

projeto consideramos importante explicitar o fluxo da DNV:



As DNV são preenchidas em três vias pelas instituições onde ocorrem os nascimentos. A 1ª e 3ª vias são recolhidas semanalmente nos hospitais, clínicas e cartórios por um funcionário da Vigilância Epidemiológica, sendo que a 2ª via é entregue à mãe para que esta leve ao cartório para proceder o registro de nascimento. As DNV são analisadas individualmente pelo profissional enfermeiro, lotado na vigilância epidemiológica, que a classifica de acordo com os critérios de risco e não risco estabelecidos pelo programa.

Caso o RN seja considerado com enfoque de risco de adoecer e/ou morrer, a DNV recebe no seu verso uma identificação específica através de um carimbo. Em seguida são separadas por área de abrangência e encaminhadas para as respectivas Unidades Básicas de Saúde, que deverão proceder a localização do RN e realizar a visita domiciliar. Todos os RN deverão ser visitados e, as informações obtidas durante a visita serão registradas em formulário específico (Ficha de avaliação do RN). Nesse contexto, algumas intervenções estão previstas, tais como: busca ativa de todo recém-nato priorizando a criança de risco; encaminhamento de todo RN para a unidade de saúde da área de abrangência para ações preventivas, como: acompanhamento do desenvolvimento psico-motor de acordo com as normas do programa de atenção integral à saúde da criança; encaminhamento da criança desnutrida para o SISVAN (Sistema de vigilância alimentar e nutricional); investigação de todos os óbitos em crianças menores de um ano, para posterior avaliação pelo Comitê de Mortalidade Infantil (CASCABEL, 1995). O projeto estabelece que todos os RNs identificados como risco deverão ser visitados pela enfermeira da UBS para avaliar e proceder a conduta conforme o risco apresentado. Neste estudo focalizamos, dentro do Projeto "Viver em Cascavel", o fluxo de informações relativas ao RN de risco atendido pelo projeto, do momento do nascimento até a realização da visita domiciliar e respectivas condutas tomadas. Quanto ao fluxo do projeto, o mesmo vem sendo operacionalizado por meio do acompanhamento

do recém-nascido pela equipe das UBS, já nos primeiros dias de vida. Na DNV estão registrados os seguintes dados: → Hospital - local de ocorrência do nascimento; → dia/mês/ano do nascimento; → sexo; → peso ao nascer; → APGAR no 1º minuto e 5º minuto; → duração da gestação; → tipo de gravidez; → tipo de parto; → número de consultas no pré-natal; → nome da mãe; → nome do pai; → idade da mãe; → grau de instrução da mãe; → número de filhos e tipos (incluir abortos); → residência materna; → nome do responsável pelo preenchimento e função.

Para classificação da criança na categoria enfoque de risco são utilizados os seguintes critérios de risco: -critérios isolados - peso ao nascer, menor ou igual a 2.500 kg; idade gestacional abaixo ou igual a 36 semanas; apgar menor ou igual a 7 no 5º minuto; parto domiciliar ou outro local; criança que permaneceu internada após alta materna; -critérios associados - idade materna, abaixo de 20 anos ou 40 anos e mais; grau de instrução, nenhum ou 1º grau incompleto; filhos nascidos vivos, 3 ou mais; filhos nascidos mortos, 2 ou mais; abortos, 2 ou mais. Um critério isolado ou dois associados incluirão a criança no grupo de risco; Segundo PEREIRA (1995), algumas pessoas têm maior probabilidade de adoecer do que outras. O autor cita alguns exemplos de critérios associados à menor sobrevivência de crianças pequenas, que são: mães adolescentes ou com mais de 40 anos de idade; desnutrição durante a gestação; pobreza; analfabetismo; desemprego; falta de atendimento no pré-natal; ausência de um sistema de assistência ao parto na localidade; falta de condições mínimas de saneamento básico no domicílio e baixo peso do recém-nascido; tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas em demasia, durante a gestação.

Frente a isso, os fatores de risco foram definidos em dois grupos, ou seja; riscos biológicos (baixo peso ao nascer, apgar menor que 5 no quinto minuto, idade gestacional, parto fora do hospital, criança que permaneceu internada após o nascimento) e riscos sociais (idade materna, escolaridade materna, número de filhos vivos, número de filhos mortos e número de abortos) (PEREIRA, 1995). Para PEREIRA (1995), "as circunstâncias do ambiente ou as características de indivíduos, herdadas ou adquiridas, associadas com a maior

probabilidade de ter ou desenvolver um dano à saúde, são chamadas genericamente, de fatores de risco". A equipe considerou importante a identificação desses riscos como instrumento e/ou conhecimentos a fim de subsidiar as ações, permitindo escalar as prioridades em função das maiores necessidades e dos grupos mais suscetíveis de adoecer. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco a que estão expostas as crianças ao nascer em Cascavel, Paraná.

### Material e Método

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, que segundo (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1999) buscou explorar e aprofundar o conhecimento sobre determinado fenômeno de uma realidade específica, qual seja, identificar os fatores de risco a que estão expostas as crianças ao nascer. No que se refere à caracterização do projeto "Viver em Cascavel", optou-se por adotar a proposta de DONABEDIAN (1988), buscando identificar no projeto os seguintes elementos: a estrutura, o processo e os resultados o que nos possibilitará uma melhor sistematização e aproximação da realidade. Quanto à estrutura: detalhou-se as informações referentes à finalidade do projeto; ao histórico de implantação; aos recursos humanos; aos recursos materiais. Quanto ao Processo: focaliza-se a operacionalização das ações desenvolvidas pelos agentes atuantes no projeto. Sobre os Resultados: apresentou-se alguns dados de mortalidade infantil no período de desenvolvimento do projeto, o número de RN visitados e ainda com análise das 303 D.N.V foi classificado o risco apresentado, ou seja, biológico ou social.

### Resultados e discussão

Seguindo o referido anteriormente, através dos dados obtidos pelo estudo, podemos considerar que a população estudada está mais sujeita a ocorrência de doenças, pois existem indicativos de baixa instrução materna; baixo peso ao nascer; nº de filhos vivos, constituindo-se em indícios de baixo poder aquisitivo e condições sociais precárias, conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição das DNV, por tipo de risco e ano, Cascavel 1996-1998.

Risco Biológico	1996	%	1997	%	1998	%	Total	%
Peso ao nascer	30	68,18	26	61,90	33	58,93	89	62,67
Idade Gestacional	4	9,09	7	16,67	6	10,72	17	11,97
Apgar ao 5º minuto	6	13,63	2	4,76	6	10,72	14	9,85
Parto fora do hospital	2	4,55	-	-	1	1,78	3	2,11
Criança internada	2	4,55	7	16,67	10	17,85	19	13,40
<i>Sub-total</i>	44	100,0	42	100,0	56	100,0	142	100,0
Social								
Idade Materna	47	29,94	55	29,90	52	28,73	154	29,50
Escolaridade materna	79	50,32	92	50,00	87	48,07	258	49,43
Nº filhos vivos	28	17,83	34	18,48	34	18,78	96	18,40
Nº filhos mortos	-	-	1	0,54	4	2,21	5	0,95
Nº abortos	3	1,91	2	1,08	4	2,21	9	1,72
<i>Sub-total</i>	157	100,0	184	100,0	181	100,0	522	100,0
<b>Total</b>	<b>201</b>		<b>226</b>		<b>237</b>		<b>664</b>	

Constatou-se que os riscos sociais tiveram uma representação maior que os riscos biológicos. A maior incidência numérica dos riscos sociais explica-se pelo fato de que para a criança ser incluída como risco ela deve apresentar um risco biológico ou dois riscos sociais, portanto em cada DNV pode ter mais de um risco social.

O número de riscos sociais pode ser um indicativo das condições precárias de vida desta população. Segundo ROUQUAYROL & GOLDBAUM (1999), "os grupos sociais economicamente privilegiados estão menos sujeitos à ação dos fatores ambientais que ensinam ou que estimulam a ocorrência de certos tipos de doenças cuja incidência é acintosamente elevada nos grupos economicamente desprivilegiados".

O risco biológico que teve uma maior incidência foi o relativo ao peso ao nascer, representando 62,67% das DNV analisadas neste estudo, o qual vem mantendo-se em primeiro lugar dentro deste grupo de risco, no período estudado. Sabe-se que o peso é uma das variáveis significativas sobre a possibilidade de sobrevivência infantil que indicam riscos para o RN e tem relação com as condições maternas e o meio em que vive (social-econômico-cultural), além disso este dado pode subsidiar a avaliação da atenção dada ao pré-natal (PEREIRA, 1995).

Assim, medidas necessárias devem ser tomadas anteriormente ao nascimento desses RNs, através de programas que contemplem uma assistência ao pré-natal de qualidade, quando se pretende diminuir o índice desta variável. Com relação aos riscos sociais, na amostra estudada constata-se que houve a incidência de 49,43% de grau de instrução materna e 29,50% da idade materna, representando 78,93%. Como já foi abordado o critério de risco social estabelecido no projeto "Viver em Cascavel" em relação ao grau de instrução refere-se a: nenhuma escolaridade ou primeiro grau incompleto e a idade materna como risco foram classificados quando as mães apresentam idade abaixo de 20 e acima de 40 anos. Esses dois critérios constituem-se em importantes fatores que poderão interferir na sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida, em função de que a escolaridade materna pode estar ligada às condições sociais e econômicas da família. Segundo PEREIRA (1995), o grau de instrução "(...) relaciona-se estreitamente ao nível de saúde das pessoas. (...) quanto maior o nível de escolaridade, maior é a esperança de vida (...)". Portanto, a interpretação dos dados deve levar em conta o fato de que a instrução tem nítida relação com a renda e com a hierarquia das profissões: ir além do curso primário é mais comum nas classes média e superior, constituída por famílias de maior renda. Diante disso, pode-se supor que as famílias dos RNs de risco que

fizeram parte da amostra deste estudo são de classe média baixa.

### Conclusões

Um dos problemas evidenciados tem sido a demora considerável no fluxo destas declarações, o que poderá estar prejudicando a realização de intervenções imediatas junto a esta clientela de risco, no sentido de resolução dos problemas detectados e assim uma redução nos coeficientes de morbi-mortalidade infantil.

O projeto "Viver em Cascavel" ao longo deste período vem se consolidando junto ao município, sendo objeto de constantes análises e avaliações. Alguns entraves têm sido apontados ao seu desenvolvimento, entre eles, a demora considerável no fluxo destas declarações, nos diferentes espaços organizativos que percorre desde o momento do nascimento da criança até a realização da visita domiciliar pela equipe da UBS. Tal demora tem prejudicado a realização de intervenções imediatas junto à clientela de risco e a resolução dos problemas detectados e, deste modo comprometendo a redução dos coeficientes de morbi-mortalidade infantil do município.

### Referências

- CASCVEL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Projeto "Viver Cascavel"*. Cascavel: SESAU, 1995. /mimeografado/
- CASCVEL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA. *Dados sobre mortalidade infantil*. Cascavel: SESAU, 1999. /mimeografado/
- DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
- MELLO JORGE, M.H.P. et al. Sistema de informação sobre nascidos vivos. *Inf. Epidemiol. SUS*, 1992. V. 1, n. 4, p. 5-17. 1992.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1995.
- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, Medsi, 1999.
- ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

Recebido em: 21/03/2002

Aceito em: 20/10/2002