

PROJETO “VIVER EM CASCAVEL”: ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES¹

Nelsi Salete Tonini Paiva²
Maria Luíza Anselmi³
Claudia Benedita dos Santos⁴

Paiva NST, Anselmi ML, Santos CB. Projeto “Viver em Cascavel”: análise do fluxo de informações. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):537-43.

O presente estudo estimou e analisou o tempo (em dias) do fluxo das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de risco atendidos no Projeto “Viver em Cascavel”- Paraná, 1996 a 1998, segundo os espaços organizativos (hospital, vigilância epidemiológica, unidade básica de saúde). Foram analisadas 303 declarações. Para análise do tempo de fluxo da DNV, foram construídos intervalos de 95% de confiança para os tempos médios populacionais (em dias). Os resultados apontam que a DNV demorou para fluir do hospital até o momento de realização da visita domiciliar, de 25 a 30 dias. A atenção ao recém nascido de risco deve acontecer nos prazos mais breves possíveis. Nesse sentido, o tempo de fluxo da DNV encontrado neste estudo, do nascimento à visita domiciliar, pode comprometer um dos objetivos do Projeto em questão, qual seja, a redução da morbimortalidade infantil no município.

DESCRITORES: sistemas de informação, fatores de risco

PROJECT “TO LIVE IN CASCAVEL”: ANALYSIS OF THE INFORMATION FLOW

This study estimated and evaluated the time period (in days) concerning the flow of Live Birth Declarations (DNV) for high-risk newborns assisted by the Project “Living in Cascavel” - Paraná, Brazil, from 1996 to 1998, according to organization sites (hospital, epidemiological surveillance service, basic health unit). Three hundred and three declarations were analyzed, and in order to analyze the flow time of the DNVs, 95% confidence intervals were constructed for the mean population times (in days). The results showed that the DNVs took 25 to 30 days to flow from the hospital until the moment when the home visit occurred. The care to high-risk newborns must take place in the shortest possible time; therefore, the flow time of DNVs found in this study, from birth until the home visit, may hinder the achievement of one of the objectives proposed by the project in question, which is the reduction of infant morbi-mortality in the municipality.

DESCRIPTORS: information systems, risk factors

PROYECTO “VIVIR EN CASCAVEL”: ANÁLISIS DEL FLUJO DE INFORMACIONES

El presente estudio estimó y analizó el tiempo (en días) de flujo de los certificados de nacimiento de niños con riesgo, atendidos en el Proyecto “Vivir en Cascavel” - Paraná, 1996 hasta 1998, según los espacios organizacionales (hospital, vigilancia epidemiológica, unidad básica de salud). Fueron analizados 303 certificados. Para el análisis del tiempo de flujo del certificado fueron construídos intervalos de 95% de confianza para los tiempos medios poblacionales (en días). Los resultados muestran que el tiempo promedio de flujo es largo, entre 25 y 30 días. La atención al recién nacido de riesgo debe acontecer en plazos lo más breves posibles y, en este sentido, el tiempo de flujo del certificado, desde el nacimiento hasta la visita domiciliar, puede estar comprometiendo uno de los objetivos del proyecto analizado, o sea, la reducción de la morbi-mortalidad infantil en el municipio.

DESCRIPTORES: sistemas de informaciones, factores de riesgo

¹ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; ² Enfermeira, Mestre junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná; ³ Enfermeira, Professor Associado, e-mail: anselmi@eerp.usp.br; ⁴ Estatística, Professor Doutor. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

A nova Constituição Brasileira, em 1988⁽¹⁾, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080, nº 8142 de 1990⁽²⁾ e, posteriormente, as Normas Operacionais Básicas, incorporaram e consolidaram legalmente os princípios da Reforma Sanitária (universalidade, regionalização, hierarquização e equidade), reafirmando a questão do acesso universal à saúde como direito de toda a população. As responsabilidades e encargos, até então concentradas ao nível Federal, foram também redefinidas para os demais níveis, ou seja, Estados e Municípios.

Uma das estratégias utilizadas para viabilizar a descentralização, como mecanismo de transferência de maior autonomia e aumento da capacidade de gestão dos níveis mais periféricos do sistema, foi a municipalização. Sob essa óptica, as ações e serviços de atenção à saúde serão desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e à disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral, assumindo responsabilidade no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território⁽³⁾.

Com o processo de municipalização, a forma de repasse de recursos financeiros foi modificada, ou seja, passou a ser efetuada diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de modo a possibilitar ao município o efetivo gerenciamento da rede de oferta de serviços de saúde em seu âmbito. Uma das exigências à transferência desses recursos implica no provimento, por parte do Município, à Secretaria de Saúde do Estado e desta, ao Ministério da Saúde, dos dados/informações relativos aos Sistemas Nacionais de Informação*.

Na área da saúde, a informação ocupa espaço estratégico no processo de melhoria das condições de saúde⁽⁴⁾. Exerce um poder capaz de alterar conhecimentos sobre alguém e sobre determinados fatos, carregando em si um potencial, seja para a transformação, como para a manutenção de determinado *status quo*, mas, indubitavelmente, só adquire significado e sentido à medida que possibilita apoiar uma ação para uma dessas direções apontadas.

Um sistema de informação em saúde objetiva identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população; propicia elementos para análise da situação encontrada; aponta possível alternativa de encaminhamento e subsidia o planejamento e a decisão, seja ela política ou técnica.

Para que a informação seja capaz de apoiar uma ação, é fundamental que ela seja precisa, completa, oportuna e recebida com regularidade e continuidade desejáveis⁽⁴⁾. O tempo, desde a coleta até o processamento do dado e sua transformação em informação, é elemento fundamental e pode modificar radicalmente seu papel no processo de decisão. Portanto, as informações só adquirem significados, à medida que atendem ao agente da decisão e revertem-se em ações concretas e resolutivas aos problemas de saúde, no espaço onde são produzidas.

Com a consolidação gradativa da municipalização, os sistemas nacionais de informação têm ampliado o conhecimento e o acompanhamento da situação de saúde no nível mais periférico, referenciada a microrregiões homogêneas e a áreas definidas, por meio de uma maior integração com os sistemas locais de informação⁽⁵⁾.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado em todo território nacional, desde 1990, tem, por finalidade, melhorar o controle estatístico de eventos vitais e possibilitar a elaboração de indicadores demográficos e de saúde mais fidedignos. Por meio desse sistema, o gestor municipal pode organizar os serviços de forma a identificar as crianças que nascem com risco de vida e intervir com maior rapidez, prevenindo e controlando a mortalidade infantil.

O SINASC utiliza, como fonte de dados, a Declaração de Nascido Vivo (DNV)** que contempla informações referentes a: peso ao nascer, Índice de Apgar, duração da gestação, tipo de parto, paridade, idade materna, grau de instrução da mãe. Ao contemplarem características da criança, da gravidez e da mãe, as informações extraídas da DNV permitem definir e avaliar o perfil epidemiológico dos nascimentos; realizar comparações com as informações contidas na Declaração de Óbito; construir coeficientes específicos

* Os Sistemas Nacionais de Informações abrangem entre outros, dados relativos a: mortalidade, nascidos vivos, agravos de notificação, vigilância alimentar e nutricional e, ainda informações de atendimentos ambulatoriais e hospitalares

** A DNV representa uma fonte significativa de dados seja para elaboração de alguns indicadores de saúde, seja para desencadear uma série de ações a serem desenvolvidas dentro do sistema local de saúde, entre elas, a visita domiciliar, cuja efetividade contribui à melhoria da assistência ao recém nato, em especial, aqueles classificados como de risco

de mortalidade infantil; adotar medidas que assegurem o pleno desenvolvimento e crescimento infantil, como, por exemplo, recém-nascidos de baixo peso devem receber cuidados diferenciados na unidade de saúde relativos à prevenção de riscos nutricionais. Portanto, esse conjunto de informações possibilita desenhar intervenções mais efetivas no que se refere à melhoria de sobrevivência dos recém-nascidos, em especial, aqueles de alto risco.

Em 1995, a partir da implementação do SINASC, o Município de Cascavel, localizado na região oeste do Estado do Paraná - Brasil, criou o Projeto "Viver em Cascavel", com a finalidade de "desenvolver, em nível municipal, ações técnicas e políticas, capazes de identificar e intervir nos fatores de risco, reduzindo a morbimortalidade infantil"⁽⁶⁾. Por meio desse Projeto, foi estabelecido um sistema de vigilância de recém nascidos vivos, o qual analisa suas características, identificando e priorizando o atendimento àqueles considerados de maior risco de adoecer e morrer no 1º ano de vida; o acompanhamento sistemático dessas crianças durante o 1º ano de vida por meio da puericultura, com incentivo ao aleitamento materno, imunização, reidratação oral entre outras ações; e, ainda, a implantação de um sistema de Vigilância de Mortalidade Infantil, investigando todos óbitos fetais, menores de 01 ano e sem assistência médica até 04 anos.

Ao longo do período de seu desenvolvimento alguns questionamentos foram emergindo, entre eles: como tem se dado o fluxo de informações no Projeto "Viver em Cascavel", o qual se inicia no âmbito do hospital, por ocasião do nascimento, caminha dentro dos diferentes níveis do sistema de saúde e entre eles, até chegar a uma ação concreta junto ao cliente propriamente dito, por meio da visita domiciliar? Em que tempos essa informação circula nos diferentes espaços organizativos do sistema local de saúde, desde o momento em que se origina no hospital até o domicílio do recém-nascido de risco?

A partir dessas indagações, foram delineados os seguintes objetivos para este estudo: estimar e analisar o tempo (em dias) de fluxo das Declarações de nascidos vivos de risco visitados pelo Projeto "Viver em Cascavel" - Paraná, Brasil, no período de 1996 a 1998, segundo os

diferentes espaços organizativos* que percorre e tipos de riscos encontrados.

METODOLOGIA

O município de Cascavel constitui um centro de referência na área da saúde. O atendimento desenvolve-se de forma hierarquizada, sendo que, em nível primário, conta com 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 22 na zona urbana, e, 4 em zona rural; no nível secundário, dispõe de um Centro Regional de Especialidades; e, em nível terciário, existem 6 hospitais privados conveniados e um Hospital Regional (público).

Partindo do pressuposto de que a atenção ao recém nascido de risco deve acontecer em prazos mais breves possíveis, de maneira a possibilitar intervenções capazes de recuperar a saúde e ou prevenir complicações mais sérias e, em síntese, reduzir a morbimortalidade infantil, o tempo de fluxo dessas informações constitui uma variável fundamental no processo de agilização de tais ações.

O termo risco refere-se à probabilidade de ocorrer um evento indesejado. No sentido epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, ao serem expostos a determinados fatores, venham a adoecer. Os fatores que se associam à maior probabilidade de se desenvolver uma doença são chamados fatores de risco⁽⁷⁾. Genericamente, "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 de fatores de risco⁽⁸⁾.

Os critérios adotados no Projeto "Viver em Cascavel", para identificação e classificação dos riscos em recém-nascidos, são aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde e definidos no SINASC. Dessa forma, a equipe proponente do Projeto "Viver em Cascavel" estabeleceu que, para a classificação da criança no "enfoque de risco", ela deveria apresentar, pelo menos, um dos "critérios isolados" ou também denominados de riscos biológicos e/ou dois "critérios associados", também chamados de riscos sociais⁽⁶⁾.

* O *hospital*, local onde se inicia o fluxo da DNV com o nascimento; a *vigilância epidemiológica*, setor onde as DNV são conferidas, identificadas, separadas e distribuídas às respectivas UBS, de acordo com local de residência do recém nascido; a *Unidade Básica de Saúde*, espaço onde efetivamente as ações/intervenções junto ao recém nascido de risco acontecem

Assim, o Projeto em questão define que os riscos biológicos são aqueles fundamentados no critério relacionado às condições de nascimento do RN, tais como: peso, idade gestacional, índice de apgar ao 5º minuto do nascimento, local do parto e permanência da criança no hospital após o nascimento; e, como riscos sociais, aqueles referidos às condições maternas como: idade da mãe, grau de instrução, número de filhos nascidos vivos ou nascidos mortos e abortos⁽⁶⁾.

A principal fonte de dados para a pesquisa foi a DNV. Esse documento, em seu fluxo, percorre determinados espaços organizativos, a saber: o hospital, a vigilância epidemiológica e as unidades básicas de saúde.

Cada DNV tem o seguinte fluxo: na instituição onde ocorre o nascimento são preenchidas três vias da DNV, sendo que a 1ª e a 3ª são recolhidas semanalmente nos hospitais, clínicas e cartórios, pela Vigilância Epidemiológica; a 2ª via é entregue à mãe para proceder ao registro de nascimento. Na Vigilância Epidemiológica, cada DNV é analisada e classificada segundo os critérios de risco e não risco (estabelecidos no Projeto) do recém nascido (RN); caso o RN seja considerado de risco, a DNV recebe, no verso, uma identificação específica. Após o processo de classificação, as declarações são separadas por área de abrangência e encaminhadas às respectivas UBS, que deverão proceder à localização do RN e realizar a visita domiciliar.

Para atender aos objetivos propostos, levantou-se inicialmente para o município, o número de Declarações de nascidos vivos, associado a risco e não risco, visitados e não visitados, no período 1996-1998.

Nesse período, do total de Declarações levantadas, 15222, 9447 (62,1%) correspondiam a nascidos vivos de não risco, e 5775 (38%), de risco. Desse total de nascidos vivos de risco, 5024 (87%) foram visitados pelo Projeto, e 751 (13%) não receberam visita.

Considerando que, a cada nascido, vivo corresponde uma DNV, seria inviável analisar a totalidade das DNV referentes aos recém-nascidos de risco, visitados, de modo a contemplar toda a rede básica do município na qual o Projeto é desenvolvido. Assim, das 26 UBS existentes no município, 14 foram incluídas no estudo por apresentarem algumas semelhanças de caráter administrativo, a saber: horário de funcionamento (das 7h às 18h); equipe técnica de trabalho completa (médico nas especialidades previstas – clínico geral, obstetra/ginecologista e pediatra, enfermeira, auxiliar de

enfermagem, assistente social, agentes comunitários de saúde); localização em zona urbana.

Para as 14 UBS selecionadas, foram levantadas 3147 Declarações de nascidos vivos de risco, visitados, assim distribuídas: para o ano de 1996, 961 declarações; para 1997, 1099 e, em 1998, 1087. Em seguida, essas declarações foram separadas segundo a UBS de referência, recebendo um número de ordem. Sob orientação de um profissional estatístico procedeu-se à amostragem aleatória estratificada, garantindo-se, assim, a representatividade da amostra, que se constituiu de 303 DNV.

De posse das declarações amostradas, foi elaborado um instrumento específico para coleta dos dados referentes: ao tempo de fluxo (em dias) da DNV nos diferentes espaços percorridos, abrangendo seu circuito completo; e à identificação dos tipos de risco e respectivo tempo mediano de fluxo da Declaração.

Além da consulta às Declarações de Nascidos Vivos, recorreu-se aos livros de protocolos existentes nos hospitais onde estão registradas as datas em que as declarações foram encaminhadas para a vigilância epidemiológica e, junto a esse setor, verificaram-se os controles realizados sobre as datas de envio da DNV às UBS. Para obtenção da data referente à realização da visita domiciliar, foram consultadas Fichas de Avaliação do Recém-Nato, preenchidas no momento da visita e arquivadas nas UBS de referência. Os dados coletados nesse conjunto de documentos foram: data de nascimento do recém nascido (RN); data de encaminhamento da DNV do hospital para a vigilância epidemiológica; data de encaminhamento da DNV da vigilância epidemiológica para as UBS; data de recebimento da DNV pela UBS; data da realização da visita domiciliar.

Os dados obtidos para as variáveis estudadas foram armazenados em um banco de dados construído com auxílio do programa computacional EPIINFO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das 303 (trezentas e três) DNV de risco visitados pelo Projeto "Viver em Cascavel", no período do 1996 a 1998, evidencia-se que, ao longo destes três anos, apenas 42,24% dos recém-nascidos de risco receberam a visita domiciliar num tempo médio de 2 a 7 dias, a partir do nascimento (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos nascidos vivos de risco visitados, segundo tempo (em dias) e espaços organizativos. Cascavel, 1996-1998

ESPAÇOS ORGANIZATIVOS									
Tempo (dias)*	Hospital N°	→	Vigilância %	Vigilância N°	→	U.B.S. %	U.B.S. N°	→	Visita Domiciliária %
2 a 7	282		93,1	212		69,96	128		42,24
8 a 14	15		4,9	56		18,48	63		20,8
15 a 28	4		1,3	23		7,59	59		19,47
29 a 42	—		—	6		2,0	27		8,91
43 a 56	2		0,66	3		0,1	14		4,62
57 a 70	—		—	1		0,33	4		1,32
71 a 84	—		—	1		0,33	1		0,33
mais de 84	—		—	1		0,33	7		2,31
Total	303		100	303		100	303		100

* O critério adotado na definição dos intervalos de tempo está baseado em levantamento realizado junto à Vigilância Epidemiológica, o qual mostrou que nos primeiros quinze dias após a data do nascimento da criança, este local recebia um grande número de DNV para serem processadas. Assim, para a primeira semana após o nascimento utilizou-se o intervalo de tempo de 5 dias; na segunda semana, de 7 dias e a partir daí de 13 dias

A partir dos valores apresentados na referida tabela, foram construídos Intervalos de 95% de confiança para os tempos médios populacionais (em dias)**, o que permitiu conhecer, para o período de estudo, a chance que a DNV tinha, em termos de tempo médio (em dias), de fluir e/ou permanecer retida em determinado espaço organizativo. Obteve-se que: do hospital para a vigilância epidemiológica a DNV demorou, em média, de 3 a 4 dias; de 6 a 8 dias, da vigilância epidemiológica para a UBS; de 15 a 19 dias, da UBS até a realização da visita domiciliária. Tomando a data de nascimento por referência, houve uma demora de 25 a 30 dias, até a realização da visita domiciliária.

É por meio da visita domiciliária que as condições do RN e, sua situação familiar em termos socioeconômicos é identificada e caracterizada, e as intervenções mediatas e imediatas (a depender do tipo de risco) são efetivadas. O tempo em que essas intervenções acontecem, determinam seu impacto no nível de morbimortalidade infantil; nesse sentido, a visita domiciliária pode ser considerada a atividade fim deste Projeto.

Embora não se tenha encontrado na literatura qualquer referência acerca do tempo considerado adequado para a realização da visita domiciliária a um recém-nascido de risco, após a sua saída do hospital, entende-se que os resultados encontrados no período estudado indicam um intervalo de tempo elevado (25 a

30 dias) para se proceder a intervenções junto à criança/família.

Considerando que o Projeto "Viver em Cascavel" estabelece que todos os recém-nascidos (de risco e não risco) deverão receber visita domiciliária, os resultados obtidos no estudo apontam para alguns questionamentos: quais os critérios adotados pelas UBS para priorizarem suas ações junto aos recém nascidos de sua área de abrangência? Qual a avaliação do Projeto em relação às metas estabelecidas, uma vez que os resultados obtidos evidenciam que a visita domiciliária ao RN de risco tem sido realizada em tempos médios relativamente longos? E ainda, aqueles de não risco, em que tempos médios são visitados? Tais indagações nos levam a interrogar acerca do real impacto do Projeto nos índices de morbimortalidade infantil do município.

A agilidade da assistência torna-se fundamental quando se trata de recém nascidos classificados como de risco. Assim, no segundo momento da análise dos resultados, estimou-se o tempo mediano do fluxo da DNV (em dias), segundo os tipos de risco encontrados.

Na Tabela 2 tem-se a distribuição dos recém nascidos de risco visitados, segundo tipo de risco apresentado. Observa-se maior freqüência de riscos sociais, o que pode ser explicado pelo fato de que em cada DNV, pode-se encontrar o registro de mais de um risco social. O maior número de riscos sociais encontrado pode ser um indicativo das condições precárias de vida dessa população.

** O Intervalo de 95% de confiança para uma média populacional é obtido através de: $IC[\mu] = \bar{x} \pm 1,96 \frac{s}{\sqrt{n}}$

Tabela 2 - Distribuição dos recém-nascidos de risco visitados, segundo tipo de risco apresentado. Cascavel, 1996-1998

TIPO DE RISCO	Nº	%
Biológico	142	100
1 - Peso ao Nascer	89	62,67
2 - Idade Gestacional	17	11,97
3 - Apgar ao 5º minuto	14	9,85
4 - Parto fora do hospital	3	2,11
5 - Criança permanece internada após alta materna	19	13,4
Social	522	100
1- Idade Materna	154	29,50
2 - Escolaridade materna	258	49,42
3 - Nº Filhos vivos	96	18,39
4 - Nº Filhos mortos	5	0,95
5 - Nº Abortos	9	1,74
TOTAL	664	100

Fonte: Declaração de Nascido Vivo (DNV). Divisão de Vigilância Epidemiológica, Cascavel, Paraná, Brasil

Constata-se, ainda, que o risco biológico de maior frequência foi o peso ao nascer, representando 62,67% das DNV analisadas neste estudo.

Sabe-se que o peso é uma das variáveis significativas na questão da sobrevivência do RN e está relacionado às condições maternas e ao meio em que ele vive (social, econômico e cultural). Essas informações são fundamentais, uma vez que as medidas necessárias para redução da ocorrência desse tipo de risco devem ser tomadas anteriormente ao nascimento, através de programas que contemplem uma assistência de qualidade ao pré-natal. É importante salientar que tais atividades incluem-se no conjunto das ações básicas de saúde, as quais devem ser assumidas de forma efetiva pelo gestor local, ou seja, pelo município.

A variável peso ao nascer pode também estar relacionada a outros tipos de riscos, os sociais, como grau de instrução e idade materna^(6,8-10), cuja frequência foi de 49,43% e 29,50%, respectivamente, representando 78,93% do total de riscos sociais encontrados no período.

O critério de risco social, grau de instrução, refere-se a: nenhuma escolaridade ou primeiro grau incompleto e à idade materna, quando as mães apresentam idade abaixo de 20 e acima de 40 anos. Os dois critérios de risco: biológico e social constituem importantes fatores intervenientes 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.

Os resultados obtidos na estimativa do tempo mediano (em dias) do fluxo da DNV, segundo os espaços organizativos e tipo de risco estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Tempo mediano (em dias) do fluxo da declaração de nascido vivo, segundo espaços organizativos e tipo de risco. Cascavel, 1996-1998

Risco	ESPAÇOS ORGANIZATIVOS			
	Hospital ↓ Vigilância	Vigilância ↓ U.B.S.	U.B.S. ↓ Visita Dom.	Hospital ↓ Visita Dom.
Biológico				
Peso ao nascer	2	4	12	23
Idade Gestacional	2	2	17	25
Apgar ao 5º min	3	4	8	18,5
Parto fora do Hospital	4	7	5	16
Criança permanece internada	2	2	7	15
Social				
Idade Materna	3	4	10	21
Escolaridade materna	3	3	10	21
Nº filhos vivos	3	20	10	20
Nº filhos mortos	2	2	6	12
Nº abortos	2	2	18	24

Observa-se que, do hospital para a vigilância epidemiológica, o tempo mediano de fluxo pode ser considerado breve, uma vez que variou (para riscos biológicos) entre 2 a 4 dias, e entre 2 a 3 dias, nos riscos sociais; da vigilância à UBS variou entre 2 a 7 dias, nos riscos biológicos e, entre 2 a 20 dias, nos riscos sociais; do momento em que chega à UBS até a realização da visita domiciliar verifica-se que o tempo mediano amplia-se, nos riscos biológicos, entre 5 a 17 dias e, entre 6 e 18 dias, nos riscos sociais.

Ainda na Tabela 3, do momento que a DNV chega à U.B.S. até a realização da visita, os riscos biológicos, peso ao nascer e idade gestacional, foram os que apresentaram maior tempo mediano de fluxo da DNV 12 e 17 dias, respectivamente. Para esses tipos de risco, acredita-se que as intervenções da saúde deveriam ocorrer rapidamente.

Um recém-nascido que apresente baixo peso ao nascer e idade gestacional abaixo de 36 semanas indica prematuridade e demanda vigilância constante da equipe

da UBS mais próxima de sua residência. Se a DNV referente a esse RN permanece medianamente retida na UBS por 17 dias, e a visita é realizada após 25 dias da data do nascimento, é questionável o impacto das intervenções desenvolvidas após um intervalo de tempo tão longo.

Considerando que compete à vigilância epidemiológica organizar e processar o conjunto de informações produzidas no Projeto "Viver em Cascavel" de modo a subsidiar o planejamento e a gestão do sistema local de saúde, entende-se que os resultados obtidos nesse estudo poderão auxiliar o referido setor a desenvolver avaliações específicas sobre o impacto do Projeto no município, como, por exemplo, aprofundar a identificação e análise das razões da demora na realização da visita domiciliar pela UBS aos recém-nascidos de risco; analisar a forma como a unidade básica de saúde organiza e prioriza a atividade de visita domiciliar; identificar quais critérios (de risco) são levados em conta para atender o RN de risco no domicílio; redesenhar o fluxo da DNV no caso dos recém-nascidos de risco, por exemplo, encaminhando-a diretamente do hospital à unidade básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação possibilitam o monitoramento permanente das ações e atividades desenvolvidas nos serviços de saúde bem como instrumentalizam a avaliação do impacto dessas ações nas condições de saúde da população.

Os resultados obtidos neste estudo apontam que o tempo do fluxo das declarações de nascidos vivos de risco nos espaços organizativos que percorre é relativamente longo, particularmente na UBS, o que pode estar comprometendo o objetivo principal do Projeto "Viver em Cascavel", isto é, a redução da morbimortalidade infantil no município.

Considerando que os sistemas de informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos através do delineamento de políticas específicas e na formulação de programas/projetos, acredita-se que novos estudos acerca do Projeto "Viver em Cascavel" devem ser desenvolvidos contemplando outras variáveis, entre elas a realização de pré-natal, que interferem no atendimento ao recém nascido vivo de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira J. Constituição da República Federativa do Brasil. 8ª ed. São Paulo (SP): Saraiva; 1993.
2. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual para a organização da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
4. Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.
5. Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida N Filho. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1999. p. 505-21.
6. Secretaria Municipal da Saúde (PR). Projeto Viver em Cascavel. Cascavel (PR): Secretaria Municipal da Saúde; 1995.
7. Ministério da Saúde (BR). O problema do câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional do Câncer; 1995.
8. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro (RJ): Koogan; 1995.
9. Rouquayrol MZ, Almeida N Filho. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1999. p. 15-30.
10. Poles K, Parada CMGL. A mortalidade neonatal em 1998, no município de Botucatu-SP. Rev Latino-am Enfermagem 2000 julho; 9(3):67-75.