



Prevalência cumulativa dos fatores de risco biológicos e sociais ao nascer em município paulista

Cumulative prevalence of biological and social risk factors at birth in a city in São Paulo

Prevalencia acumulada de factores de riesgo biológicos y sociales al nacer en una ciudad de São Paulo

Como citar este artigo:

Cruz AAMB, Santos LC, Minharro MCO, Alencar RA. Cumulative prevalence of biological and social risk factors at birth in a city in São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210328. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0328>

 Aline Adryane Morishigue Bássiga da Cruz¹

 Lucas Cardoso dos Santos¹

 Michelle Cristine de Oliveira Minharro²

 Rúbia Aguiar Alencar¹

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil.

² Universidade Nove de Julho, Faculdade Marechal Rondon, Botucatu, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to identify the cumulative prevalence of biological and social risk factors at birth. **Method:** a cross-sectional study, with retrospective data collection, carried out with live births in a medium-sized city, from January 2018 to July 2020. A database was used with information aimed at identifying social and biological risks after birth, assessed descriptively. **Results:** the sample consisted of 4,480 newborns, of which 78.9% were classified as at usual risk, and 21.1% as at risk. The cumulative prevalence showed that most newborns had more than one risk factor, with biological risks being the most prominent: need for admission to Intensive Care Unit, birth with less than 37 weeks of gestation and weight less than 2,500 g. Among the social risks, the following stand out: newborns who had a dead sibling aged less than 5 years old; head of family without income; mothers under 16 years old and who did not undergo prenatal care. The biological risk rate was 7.39 times higher than the social risk rate. **Conclusion:** the cumulative prevalence of the risks found was significant, with a considerable part of the sample presenting some biological risk.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Infant, Postmature; Risk Factors.

Autor correspondente:

Aline Adryane Morishigue Bássiga da Cruz
Rua Izidoro Bertáglio, 1955
Ap. 01, Jardim Paraíso II
18610-140 – Botucatu, SP, Brasil
aline.morishigue@gmail.com

Recebido: 16/07/2021
Aprovado: 26/01/2022

INTRODUÇÃO

O período neonatal é considerado o mais vulnerável para crianças com idade menor que cinco anos, no qual um terço de todas as mortes neonatais ocorrem no primeiro dia, e três quartos não sobrevivem a primeira semana de vida, representando entre 45–49% de todas as mortes antes dos cinco anos de idade⁽¹⁾.

Nesse contexto, a mortalidade neonatal e infantil representa uma preocupação global. No mundo, estima-se que apenas em 2019 ocorreram 3,9 milhões de mortes, sendo que, desse total, 2,4 milhões ocorreram até o primeiro mês de vida, com índice estimado de mortalidade neonatal de 17 óbitos a cada mil nascidos vivos⁽¹⁾.

No Brasil, o índice de mortalidade infantil vem caindo nas últimas décadas, onde a mortalidade infantil passou de 29 óbitos a cada mil nascidos vivos em 2000 para uma estimativa de 12 óbitos em 2019^(1,2).

Entretanto, ainda há um número alarmante de mortes por causas evitáveis, especialmente no período neonatal, que está comumente associado à assistência inadequada à gestante e ao recém-nascido (RN). É estimado que entre 2020 e 2030 poderão ocorrer 48 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos, no qual metade destes óbitos serão de RN, podendo ser prevenidos por meio de alta cobertura e qualidade do pré-natal, atenção especializada ao parto e cuidado no período pós-natal para o binômio mãe-bebê, com atenção diferenciada aos RNs prematuros⁽¹⁾.

Nesse contexto, foram implementadas iniciativas no Brasil para fortalecer as linhas de cuidado preconizadas e auxiliar na assistência integral do binômio mãe-bebê. Dentre essas iniciativas estão a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽³⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo a Estratégia Saúde da Família (ESF), ganha destaque, por desempenhar papel fundamental no cuidado à gestante, puérpera, ao RN e sua família⁽⁴⁻⁵⁾. Pesquisadores brasileiros e canadenses apontam redução significativa da mortalidade infantil, variando de 3–9% no segundo ano, após a implementação da ESF nos municípios, independentemente da situação socioeconômica. Esse impacto é ainda maior a longo prazo, chegando a valores entre 6,7–14% no terceiro ano⁽⁶⁾.

O recém-nascido de risco (RNR) apresenta fatores que predispõem condições desfavoráveis ao desenvolvimento, além de apresentar maior taxa de morbimortalidade e de desenvolver sequelas incapacitantes durante a vida⁽⁷⁻⁸⁾.

O Ministério da Saúde (MS) sugere critérios para a identificação do RNR: baixo peso ao nascer (<2.500 g); parto com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG), Apgar <7 no quinto minuto de vida; internações hospitalares; mãe adolescente (<20 anos); mãe com baixa instrução (<8 anos de estudo); residência em área de risco; história de morte de crianças menores de 5 anos na família; baixo nível socioeconômico; e criança explicitamente indesejada⁽⁸⁾.

No entanto, independentemente dos critérios utilizados para classificar o RN como de risco ou não, essa população deve ser acompanhada de forma diferenciada, sistemática e frequente, já que possuem maior probabilidade de apresentar icterícia, insuficiência respiratória, taquipneia, apneia, infecções neonatais, hemorragia intracraniana, cardiopatias, anemias, refluxo gastroesofágico, convulsões, hipoglicemia e outras condições que comprometem o desenvolvimento saudável⁽⁹⁾.

A avaliação da vigilância e da atenção à saúde do RN é essencial para diminuição da mortalidade neonatal e infantil, visto que o cuidado é influenciado por múltiplos fatores, como investimentos por parte dos gestores e a responsabilização por parte dos profissionais da saúde, sobretudo na intervenção oportuna, quando identificadas situações de risco. Segundo estudo que realizou revisão sistemática com metanálise sobre os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal no Brasil, identificou-se que estes riscos são modificáveis, a depender da intervenção oportuna⁽¹⁰⁾.

Para tanto, considerando a realidade de cada município e de cada área de abrangência das unidades de saúde, faz-se necessário conhecer os riscos biológicos e sociais que envolvem o RN. Acredita-se que, dessa forma, é possível planejar o cuidado e elaborar ações pautadas em evidências científicas, para garantir o desfecho positivo para o RN.

Sendo assim, é necessário melhorar a qualidade da assistência prestada pelos serviços ao RN e considerar a prevenção primária como um dos principais objetivos nestas ações, permitindo melhor acompanhamento e monitoramento dos riscos⁽¹¹⁾.

A pesquisa se justifica pelo fato de que embora na literatura se discuta sobre os riscos sociais e biológicos dos RNs^(7,9,10), ainda há desafios a serem superados para que se tenha um cuidado integral do RN, visto que existem lacunas entre as diretrizes programáticas e a capilaridade das políticas públicas de saúde voltadas para essa população, incluindo como desafio o conhecimento real das necessidades dos indivíduos e famílias para o planejamento em ações em saúde⁽³⁾.

Frente ao exposto, o estudo tem como objetivo identificar a prevalência cumulativa de fatores de riscos biológicos e sociais ao nascer em um município paulista.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados.

LOCAL

Foi realizado em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo, com população estimada de 148.130 habitantes e taxa de mortalidade infantil de 13,99 óbitos a cada mil nascidos vivos no ano de 2017, somando um total de 24 mortes de crianças menores de um ano⁽²⁾.

O município conta com duas maternidades vinculadas, respectivamente, um hospital escola de média e alta complexidade, referência para 68 municípios da região, e uma instituição privada. No contexto da APS, possui 22 serviços distribuídos em Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional, de Saúde da Família e Centros de Saúde Escola.

POPULAÇÃO

Foram incluídos no estudo todos os nascidos vivos do município, no período de janeiro de 2018 a julho de 2020.

COLETA DE DADOS

Os dados utilizados nesta pesquisa são secundários a um banco de dados do município que constam informações oriundas da Ficha de Vigilância de RNR, preenchida para todos os RNs após o nascimento.

Essa ficha utiliza os critérios sugeridos pelo MS, com adaptações à realidade do município, como, por exemplo, idade materna, em que é considerada risco a idade materna menor de 16 anos, levando em consideração fatores que aumentam os riscos da gravidez na adolescência segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, visto que a literatura não traz um consenso de idade para definir gravidez na adolescência, variando de 15 a 20 anos^(8,12,13).

O preenchimento da ficha é realizado por meio de entrevista com a mãe no período de internação (pós-parto), ou através de dados secundários de prontuários, quando a mãe não se encontra presente durante a visita dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde às maternidades do município.

As variáveis do estudo foram: doenças de notificação compulsória da mãe ou RN; risco biológico (peso ao nascer < 2.500 g, IG ao nascer menor que 37 semanas, malformação congênita maior ou múltipla/doença genética, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)/Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Apgar de 5 minutos menor que 7); e risco social (irmão morto com menos de cinco anos de idade, idade materna menor que 16 anos, mãe impossibilitada de cuidar da criança por problemas psiquiátricos, dependência química, reclusão, doença ou outro problema, mãe analfabeta, mãe sem companheiro e sem apoio familiar, mãe sem segmento de pré-natal, chefe de família sem renda).

Para que o RN seja considerado de risco, o município considera que este tenha pelo menos um risco biológico e/ou dois ou mais riscos sociais.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas no *Microsoft Excel*[®]. Para o processamento da análise estatística, os dados foram transportados para o programa Stata (*statistics/data analysis*). Foi realizada análise descritiva utilizando números absolutos e relativos com frequência simples, média e desvio padrão. Também foi calculada a variável denominada taxa de risco, que expressa o número médio de condições de risco por RN em cada um dos serviços da APS, que pode variar de 0 a infinito, sendo que, quanto maior for seu valor, maior é o número médio de condições de risco por RN.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em conformidade com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, com o Parecer nº 4.063.497, em 02 de junho de 2020. Houve dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

por não ter havido qualquer tipo de contato com pessoas, preservando, assim, suas identidades.

RESULTADOS

A amostra foi composta por todos os nascidos vivos no período de realização do estudo, totalizando 4.480 RN, sendo 3.533 (78,9%) classificados como bebês de risco habitual, 947 (21,1%), como RNR. 0,89% (n = 40) apresentaram alguma doença de notificação compulsória, sendo que, desses, 0,3% (n = 13) não tinham a doença de notificação especificada na ficha (Tabela 1).

Já em relação aos riscos biológicos, destaca-se que 11% (n = 491) dos RNs necessitaram de internação em UTI; 9,9%

Tabela 1 – Distribuição das variáveis, riscos biológicos e sociais do total de 4.480 recém-nascidos, no período de 2018 a 2020. Botucatu, SP, Brasil, 2020.

	n	%	
Variáveis	Classificação de risco		
	Risco habitual	3533	78,9
	Recém-nascido de risco	947	21,1
	Doença de notificação compulsória		
	Não	4440	99,1
	Sem a descrição da doença notificada	13	0,3
	Sífilis	19	0,4
	HIV	1	0,0
	HIV em investigação	1	0,0
	Toxoplasmose	4	0,1
	Sífilis e Hepatite C	1	0,0
	Gonorréia e HPV	1	0,0
	Riscos biológicos	Óbito no nascimento	
Não		4478	99,9
Sim		2	0,044
Peso < 2.500 g			
Não		4089	91,3
Sim		391	8,7
Idade gestacional < 37 semanas			
Não		4035	90,1
Sim		445	9,9
Malformação congênita maior ou múltipla/doença genética			
Não		4427	98,8
Sim		53	1,2
Internação em Unidade de Terapia Intensiva			
Não	3989	89,0	
Sim	491	11,0	
Apgar de 5 minutos menor que 7			
Não	4431	98,9	
Sim	49	1,1	
Irmão morto < 5 anos			
Não	4411	98,5	
Sim	69	1,5	

contínua...

...continuação

	n	%
Idade materna menor que 16 anos		
Não	4449	99,3
Sim	31	0,7
Mãe impossibilitada de cuidar da criança		
Não	4470	99,8
Sim	10	0,2
Mãe analfabeta		
Não	4477	99,9
Sim	3	0,1
Riscos sociais		
Mãe sem companheiro e sem apoio familiar		
Não	4464	99,6
Sim	16	0,4
Sem seguimento de pré-natal		
Não	4453	99,4
Sim	27	0,6
Chefe de família sem renda		
Não	4417	98,6
Sim	63	1,4

(n = 445) nasceram com menos de 37 semanas; e 8,7% (n = 391) apresentaram peso menor que 2.500 g. Dentre os riscos sociais, observou-se que 1,5% (n = 69) dos RNs tiveram irmão morto com idade inferior a cinco anos; 1,4% (n = 63) possuíam o chefe de família sem renda; 0,7% (n = 31) eram mães com menos de 16 anos; e 0,6% (n = 27) não realizaram o seguimento de pré-natal (Tabela 1).

Na Tabela 2, é possível avaliar o número total de RNs distribuídos nos serviços de saúde da atenção primária, além de identificar quantos RNs foram classificados como RNR e seus riscos cumulativos, sendo que a soma dos riscos, na maioria dos serviços, foi maior do que o número de RNR. Além disso, evidencia-se que no município a média e o desvio padrão do risco biológico (0,32 ± 0,74) foram maiores que os do risco social (0,05 ± 0,26).

No município, cada RN apresentou, em média, 0,397 condições de risco no geral, sendo 0,351 biológicas e 0,045 sociais por RN, o que demonstra maior ocorrência dos riscos biológicos.

A taxa de risco biológico foi 7,39 vezes maior que a taxa de risco social no município, conforme Tabela 3.

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou a identificação dos riscos biológicos e sociais dos RNs, assim como o risco cumulativo

Tabela 2 – Distribuição da média e desvio padrão dos riscos biológicos e sociais por unidade de saúde e do município, no período de 2018 a 2020. Botucatu, SP, Brasil, 2020.

Unidades de saúde	Nº total de RN	Nº de RN–risco habitual	Nº de RNR	Risco cumulativo*	Número de riscos	
					Risco biológico média ± DP (mín–máx)	Risco social média ± DP (mín–máx)
1	338	277	61	100	0,26 ± 0,64 (0–4)	0,03 ± 0,19 (0–2)
2	417	337	80	130	0,27 ± 0,69 (0–4)	0,04 ± 0,19 (0–1)
3	1	0	1	1	1 ± (1–1)	0 ± (0–0)
4	406	317	89	145	0,29 ± 0,72 (0–4)	0,06 ± 0,24 (0–1)
5	240	188	52	98	0,35 ± 0,80 (0–4)	0,05 ± 0,29 (0–3)
6	197	162	35	68	0,28 ± 0,66 (0–3)	0,07 ± 0,52 (0–7)
7	207	162	45	91	0,39 ± 0,86 (0–5)	0,05 ± 0,21 (0–1)
8	97	71	26	40	0,46 ± 1,00 (0–4)	0,05 ± 0,22 (0–1)
9	16	15	1	1	0,06 ± 0,25 (0–1)	0,00 ± 0,00 (0–0)
10	215	175	40	78	0,34 ± 0,81 (0–4)	0,02 ± 0,15 (0–1)
11	144	109	35	64	0,34 ± 0,76 (0–4)	0,10 ± 0,62 (0–7)
12	238	186	52	84	0,32 ± 0,69 (0–3)	0,04 ± 0,22 (0–2)
13	378	284	94	144	0,32 ± 0,71 (0–4)	0,06 ± 0,27 (0–3)
14	101	79	22	43	0,37 ± 0,79 (0–3)	0,06 ± 0,23 (0–1)
15	217	164	53	95	0,41 ± 0,82 (0–3)	0,03 ± 0,16 (0–1)
16	285	230	55	91	0,27 ± 0,68 (0–4)	0,05 ± 0,23 (0–2)
17	256	199	57	93	0,32 ± 0,70 (0–5)	0,05 ± 0,21 (0–1)
18	156	124	32	62	0,36 ± 0,81 (0–4)	0,04 ± 0,19 (0–1)
19	150	143	27	49	0,28 ± 0,68 (0–3)	0,05 ± 0,24 (0–2)
20	309	250	59	111	0,31 ± 0,73 (0–4)	0,05 ± 0,22 (0–2)
21	112	81	31	49	0,38 ± 0,77 (0–3)	0,05 ± 0,22 (0–1)
Município	4,480	3533	947	1637	0,32 ± 0,74 (0–5)	0,05 ± 0,26 (0–7)

* Considerando que o RN pode ter mais de um fator de risco.

Tabela 3 – Distribuição das taxas de riscos biológicos, sociais e geral de cada unidade de saúde, no período de 2018 a 2020. Botucatu, SP, Brasil, 2020.

Unidades de saúde	Taxa de risco biológico	Taxa de risco social	Taxa de risco geral	Razão de taxas
1	0,263	0,033	0,296	7,97
2	0,273	0,038	0,312	7,18
3	1,000	0,000	1,000	–
4	0,293	0,064	0,357	4,58
5	0,354	0,054	0,408	6,56
6	0,279	0,066	0,345	4,23
7	0,391	0,048	0,440	8,15
8	0,464	0,052	0,515	8,92
9	0,063	0,000	0,063	–
10	0,340	0,023	0,363	14,78
11	0,340	0,104	0,444	3,27
12	0,315	0,042	0,357	7,50
13	0,320	0,061	0,381	5,25
14	0,366	0,059	0,426	6,20
15	0,410	0,028	0,438	14,64
16	0,267	0,053	0,319	5,04
17	0,316	0,047	0,363	6,72
18	0,359	0,038	0,397	9,45
19	0,280	0,047	0,327	5,96
20	0,314	0,045	0,359	6,98
21	0,384	0,054	0,438	7,11
Município	0,351	0,045	0,397	7,39

dos bebês ao nascer. Embora a maior parte dos RNs não tenha apresentado nenhum risco (78,9%), 31,9% e 4,9% apresentaram, respectivamente, algum risco biológico ou social.

Os riscos biológicos foram distribuídos de modo que a necessidade de internação em UTI, nascimento com menos de 37 semanas de gestação e peso menor que 2.500 g tiveram destaque, comparados à malformação congênita, múltipla ou genética e Apgar de quinto minuto menor que sete.

Tais achados convergem com resultados da literatura nacional e internacional, em que análise realizada na Turquia constatou que a IG menor que 37 semanas de gestação e o peso ao nascer menor que 2.500 g estavam entre as variáveis mais importantes relacionadas com longos períodos de internação do RN⁽¹⁴⁾. Já em pesquisa brasileira, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a necessidade de internação em UTI apresentaram destaque entre os riscos biológicos⁽¹⁵⁾.

Dentre as doenças de notificação compulsória identificadas, percebe-se predominância da notificação de sífilis congênita, sendo 4,5 bebês notificados para cada mil nascidos vivos, estando acima da meta estabelecida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), que preconiza taxa de incidência de 0,5 casos para cada 1000 nascidos vivos⁽¹⁶⁾.

A alta taxa de sífilis congênita é uma realidade nacional, conforme apresentado por estudo que mapeou *clusters* da doença

no país, o que contraria a tendência decrescente encontrada no cenário mundial⁽¹⁷⁾.

Esse cenário provavelmente reflete a fragilidade socioeconômica de grande parte dos países em desenvolvimento do continente americano, traduzida na falta de recursos e desigualdade em sua distribuição, representando dois importantes determinantes sociais no processo saúde-doença e demonstrando relação entre os riscos biológicos e sociais⁽¹⁷⁾.

No contexto do presente estudo, os riscos sociais de maior prevalência foram representados pelos RNs que tiveram irmão morto com idade inferior a cinco anos, possuíam o chefe de família sem renda, tinham mães com menos de 16 anos e mães que não realizaram o seguimento de pré-natal.

Em programa de seguimento para RNR, constatou-se que a maior parte das famílias teve renda média de 2,4 salários mínimos, que as famílias possuíam chefe de família empregados e que a mãe do RN não tinha trabalho no momento⁽¹⁴⁾. Já em pesquisa realizada nos Estados Unidos concluiu que a baixa condição socioeconômica tem impacto direto no aumento do risco para a prematuridade⁽¹⁸⁾.

Os achados desta pesquisa relacionados à prevalência cumulativa, evidenciaram que a maior parte dos RNs possuía mais de um fator de risco. Embora os RNs necessitassem apresentar, no mínimo, dois riscos sociais para serem classificados como RNR, a maior parte do total de RNRs avaliados apresentou mais de um risco, independentemente de ser social ou biológico, o que resultou em uma prevalência cumulativa significativa.

Tal achado conflui com estudo europeu, que evidenciou a associação de dois ou mais riscos socioeconômicos relacionados com um aumento considerável para a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer, demonstrando um efeito cumulativo dos riscos e ligando os fatores sociais com os biológicos⁽¹⁹⁾.

Neste cenário, a APS desempenha papel fundamental no acompanhamento dos RNs após o nascimento, pois exerce a função de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), reduzindo possíveis barreiras no acesso e garantindo a integralidade e continuidade do cuidado entre os diversos níveis de atenção, podendo ser considerada a principal estratégia para a reorganização do modelo assistencial⁽²⁰⁾.

A realização de ações de vigilância à saúde desenvolvidas pela APS, especialmente pela ESF, pode reduzir a mortalidade neonatal e infantil através de orientações às puérperas, realização de testes neonatais, fortalecimento de vínculo entre a família do RN e o serviço de saúde, visitas domiciliares, vacinação e avaliação do crescimento e desenvolvimento, além de realizar um diagnóstico situacional do território⁽²¹⁾. Nessa conjuntura, a vigilância em saúde se torna essencial para o planejamento do cuidado.

Revisão sistemática, que sintetizou as principais evidências sobre a ESF e seu impacto no Brasil, concluiu que a implementação da ESF é significativa para a melhoria da saúde da população, contribuindo para a redução da mortalidade infantil. Nos municípios com cobertura maior que 70% em quatro anos da ESF, pode haver redução da taxa de mortalidade neonatal entre 11% e 44%, e pós-neonatal, entre 17% e 31%⁽²²⁾.

Ressalta-se que o aumento da cobertura da ESF em 10% corresponde a uma diminuição da mortalidade infantil de 0,4%

a 4,6% dependendo do período e unidades avaliadas⁽²²⁾. Esses resultados corroboram com outros encontrados na literatura. Pesquisa canadense e pesquisa brasileira concluíram que a redução da mortalidade varia entre 0,8% e 66%, dependendo da cobertura da ESF nos municípios⁽²³⁾.

Partindo desse pressuposto, foi possível, por meio do presente estudo, evidenciar a distribuição dos riscos biológicos e sociais por unidade de saúde, mesmo não sendo esse o objetivo inicial, pois, para chegar aos valores totais, foi necessário individualizar os dados encontrados em cada serviço. Enfatiza-se que a taxa de risco evidenciada por unidade de saúde expressa o número médio de condições de risco por RN, o que possibilita que cada unidade desenvolva ações específicas relacionadas à vigilância da saúde do RN na sua área de abrangência.

Cabe aos profissionais e gestores utilizarem os indicadores de saúde do território como ferramenta para o planejamento das ações e necessidades de saúde e sociais correspondentes ao tipo de risco identificado, junto à população assistida⁽²⁴⁾.

Diante dos resultados obtidos e como implicações para a prática, espera-se que esta pesquisa possa fomentar o debate junto às autoridades políticas do município, por meio da discussão entre profissionais de saúde dos vários serviços da RAS, buscando a integração e a troca de experiências entre profissionais de saúde e gestores do município para fortalecer ações, com a intenção de melhorar a vigilância à saúde do RN. Acredita-se que o presente estudo também possa oportunizar que outros municípios identifiquem a prevalência cumulativa de fatores de riscos biológicos e sociais ao nascer, assim como a taxa de risco.

Dentre as limitações deste estudo, têm-se a utilização de dados secundários, o que possibilitou avaliar apenas as

informações extraídas das mesmas, não sendo possível classificar como risco a idade materna superior a 35 anos, e a inclusão de variáveis, como renda média das famílias e tipo de parto. Além disso, os autores destacam que o estudo reflete a realidade local; assim a generalização e a comparação com outros municípios devem considerar as características de uma cidade de médio porte.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar que aproximadamente 11% da amostra apresentou algum risco biológico e que a prevalência cumulativa dos riscos encontrados neste estudo é significativa. A prematuridade, o baixo peso ao nascer e a internação em UTI foram os riscos biológicos que mais tiveram influência sobre os RNs. Já em relação aos riscos sociais encontrados, destaca-se os RNs que tiveram irmão morto com idade inferior a cinco anos, possuíam o chefe de família sem renda, tinham mães com menos de 16 anos e mães que não realizaram o seguimento de pré-natal. No entanto, a taxa de risco biológico foi 7,39 vezes maior que a taxa de risco social.

Para avançar na vigilância e na atenção à saúde do RN, com o objetivo de diminuir a mortalidade neonatal e infantil, faz-se necessário conhecer os riscos biológicos e sociais presentes na realidade de cada município. Este conhecimento possibilita o planejamento e a elaboração de ações pautadas em evidências científicas.

Estudos futuros que contemplem a realidade de outros municípios são recomendados, visando aprofundar o conhecimento da situação epidemiológica no país e estruturar ferramentas de gestão e planejamento de ações em saúde que auxiliem no cuidado ao RN.

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência cumulativa de fatores de riscos biológicos e sociais ao nascer. **Método:** estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados, realizado com os nascidos vivos de um município de médio porte, no período de janeiro de 2018 a julho de 2020. Utilizou-se banco de dados com informações voltadas para a identificação de riscos sociais e biológicos após o nascimento, avaliados de forma descritiva. **Resultados:** a amostra foi composta por 4.480 recém-nascidos, sendo 78,9% classificados como bebês de risco habitual, e 21,1%, como de risco. A prevalência cumulativa evidenciou que a maior parte dos recém-nascidos possuía mais de um fator de risco, sendo os riscos biológicos com maior destaque: a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, nascimento com menos de 37 semanas de gestação e peso menor que 2.500 g. Dentre os riscos sociais, evidencia-se: recém-nascidos que tiveram irmão morto com idade menor que 5 anos de idade; chefe de família sem renda; mães com menos de 16 anos e que não realizaram o pré-natal. A taxa de risco biológico foi 7,39 vezes maior que a taxa de risco social. **Conclusão:** a prevalência cumulativa dos riscos encontrados foi significativa com considerável parte da amostra, apresentando algum risco biológico.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Criança Pós-Termo; Fatores de Risco.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia acumulada de factores de riesgo biológicos y sociales al nacer. **Método:** estudio transversal, con recolección de datos retrospectiva, realizado con nacidos vivos en un municipio de mediano porte, de enero de 2018 a julio de 2020. Se utilizó una base de datos con información destinada a identificar riesgos sociales y biológicos después del nacimiento, evaluados de forma descriptiva. **Resultados:** la muestra estuvo constituida por 4.480 recién nacidos, de los cuales el 78,9% fueron clasificados como de riesgo habitual y el 21,1% como de riesgo. La prevalencia acumulada mostró que la mayoría de los recién nacidos tenían más de un factor de riesgo, siendo los biológicos los más destacados: necesidad de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, nacimiento con menos de 37 semanas de gestación y peso inferior a 2.500 g. Entre los riesgos sociales se destacan: los recién nacidos que tuvieron un hermano menor de 5 años muerto; cabeza de familia sin ingresos; madres menores de 16 años y que no realizaron control prenatal. La tasa de riesgo biológico fue 7,39 veces superior a la tasa de riesgo social. **Conclusión:** la prevalencia acumulada de los riesgos encontrados fue significativa, presentando una parte considerable de la muestra algún riesgo biológico.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Posmaduro; Factores de Riesgo.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF. Levels & Trends in Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation United Nations Child Mortality - Report 2020. WHO, UNICEF. 2020. ISBN: 978-92-806-5147-8.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades e Estados: Botucatu. [citado 2020 out 9]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/botucatu.html>
3. Branquinho ID, Lanza FM. Child health in primary care: evolution of Brazilian policies and nurses' performance. RECOM. 2018;8:e2753. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>
4. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Cien Saude Colet. 2015;20(6):1869-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
5. Cecilio LCO, Reis AAC. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. Cad Saude Publica. 2018;34(8):e00136718. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056917>
6. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Estudo nº V: Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil. 2019. Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2019/12/AF_NCPI-WP_n5_2019_online_v2.pdf
7. Harrison MS, Goldenberg RL. Global burden of prematurity. Semin Fetal Neonatal Med. 2016;21(2):74-79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.007>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde Vol. 1. Brasília; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
9. Migoto MT, Oliveira RP, Silva AMR, Freire MHS. Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. Rev Bras Enferm. 2018;71(5):2527-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0586>
10. Veloso FC, Kassab LM, Oliveira MJ, Lima TH, Bueno NB, Gurgel RQ, et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Pediatr (Rio J). 2019;95:519-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.014>
11. Tuon RA, Ambrosano GMB, Silva SMCV, Pereira AC. Telephone monitoring service for pregnant women and impact on prevalence of prematurity and associated risk factors in Piracicaba, São Paulo State, Brazil. Cad Saude Publica. 2016;32(7):e00107014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107014>
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. Guia Prático de Atualização. Prevenção da Gravidez na Adolescência. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf
13. Monteiro DLM, Martins JAFS, Rodrigues NCP, Miranda FRD, Lacerda IMS, Souza FM, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. Rev Assoc Med Bras (1992). 2019;65(9):1209-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.9.1209>
14. Eken MK, Tüten A, Ozkaya E, Dinc E, Şenol T, Karatekin G, et al. Evaluation of the maternal and fetal risk factors associated with neonatal care unit hospitalization time. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(21):3553-57. DOI: <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1138466>
15. Formiga CKMR, Silva LP, Linhares MBM. Identification of risk factors in infants participating in a Follow-up program. Rev CEFAC. 2018;20(3):333-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182038817>
16. Lucena KNC, Santos AAP, Rodrigues STC, Ferreira ALC, Silva EMP, Vieira MJO. The epidemiological panorama of congenital syphilis in a northeast capital: strategies for elimination. Rev Fun Care Online. 2021;13:730-36. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7586>
17. Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, Santos TS, de Assis FM, Ternes YMF, Aquino EC. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e75. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.75>
18. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. Semin Fetal Neonatal Med. 2016;21:68-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>
19. Stylianou-Riga P, Koius P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. Reprod Health. 2018;15(157):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
20. Ribeiro SR, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25(5):1799-08. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
21. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, et. al. First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0068. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>
22. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. Rev. Saúde Debate. 2018;42(1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
23. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. PLoS One. 2017;12(8):e0182336. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>
24. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. Cad Saude Publica. 2018;34(5):e0011417. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>

EDITOR ASSOCIADO

Maria Luiza Gonzalez Riesco



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.