

CENTRO DE INTERVENÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE VOVÓ BIQUINHA

Pesquisa

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL - 2017

Projeto:



PESQUISA

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL - 2017

Esta é a décima primeira edição da Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil, que desde 2006 é realizada pelo Centro de Intervenção e Estimulação Precoce (CIEP) Vovó Biquinha e tem o objetivo de verificar a incidência territorial de fatores sociais e biológicos de risco ao desenvolvimento infantil, a partir das Declarações de Nascidos Vivos de Risco (DNVR) de Itajaí.

Declaração de Nascido Vivo é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade é coletar dados sobre nascidos vivos. É o primeiro documento de identificação da criança, válido em todo o território nacional, sendo também a fonte que alimenta o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

A classificação de risco (DNVR) ocorre quando os dados coletados sobre o recém-nascido apresentam um ou mais fatores de risco. Destes documentos, o CIEP Vovó Biquinha, através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, estuda os dados referentes:



Às condições de nascimento da criança: peso, idade gestacional, índice Apgar e presença ou não de alguma malformação ou anomalia congênita.



À gestação: acompanhamento pré-natal.



À condição social: (referidos as condições maternas): idade da mãe, anos de escolaridade.

Além dos Fatores de risco, nas últimas edições da pesquisa, tem-se incluído a análise de outros dados extraídos das DNVRs: **o tipo de parto e a naturalidade das mães.**

Nesta edição iniciamos a exposição de uma análise mais detalhada sobre a **Gravidez Tardia**, permanecendo, assim como em edições anteriores, o estudo mais aprofundado da incidência de casos de gravidez tardia, através do cruzamento de dados entre estes e os demais fatores de risco.



A pesquisa apesar de utilizar a mesma fonte do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) traz dados mais detalhados, pois mapeia a incidência dos fatores de risco nos bairros do município de Itajaí. Fica evidente esse detalhamento quando na pesquisa é possível conhecer em que bairros do município se concentram crianças prematuras, ou ainda, onde se concentram as mães adolescentes ou acima de 35 anos, entre outros fatores que implicam risco ao desenvolvimento infantil.

Segundo o Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos **em 2017 nasceram 3.599 crianças cujas mães residem em Itajaí**. Destas crianças, 1747 foram consideradas como de risco pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica de Itajaí, a partir dos dados aferidos em suas DNVs. Assim **48,54%** dos nascimentos de 2017 apresentaram fatores que podem comprometer o desenvolvimento pleno dessas crianças.

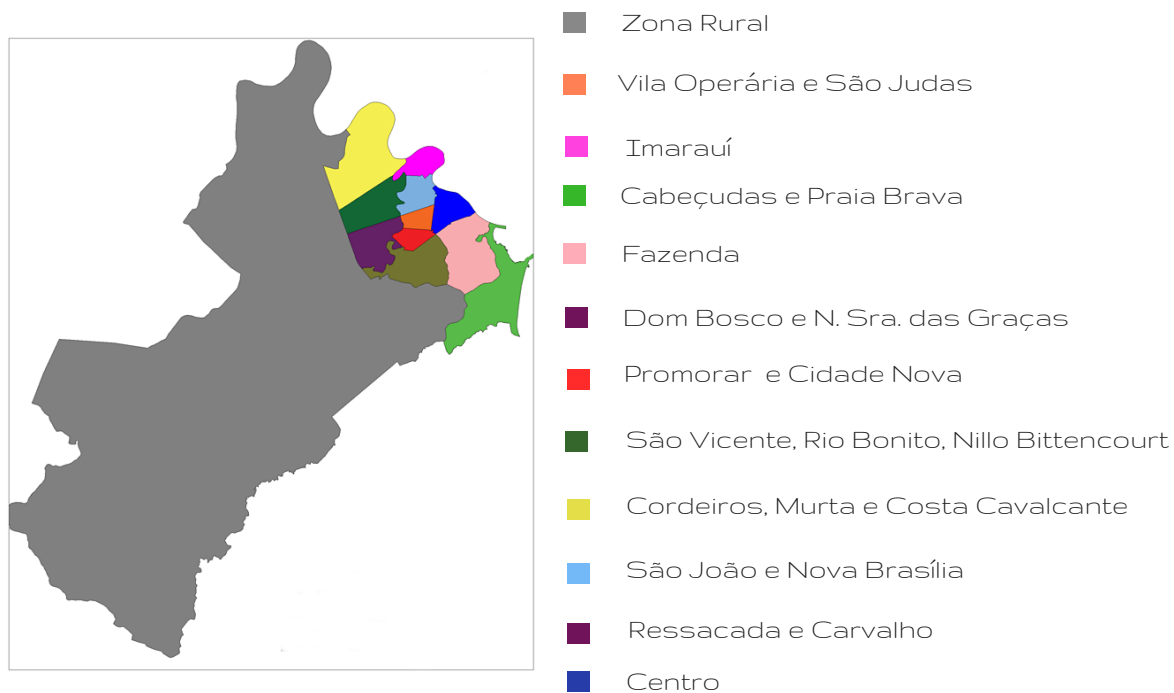
Conhecer o que põe em risco o crescimento saudável é fundamental para que se desenvolvam práticas eficazes de prevenção na primeira infância.

Conhecer onde estes fatores incidem mais significativamente certamente contribuirá para o planejamento de estratégias mais eficientes”

(CIEP VOVÓ BIQUINHA, 2010).



Risco ao desenvolvimento infantil: Itajaí em 12 setores



A Divisão dos bairros de Itajaí em **Setores** facilita o mapeamento das incidências dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil.



INSTRUÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

SESSÃO I

Expõe os dados do **total de nascimentos de risco** em Itajaí no ano 2017 e a incidência dos casos pelos Setores assim como o ranking de fatores de risco no panorama geral.

SESSÃO II

Apresenta os estudos ilustrados por 2 formatos de gráficos (pizzas e colunas) e a discussão dos **resultados mais expressivos referentes aos seguintes fatores de risco:**

- Acompanhamento pré-natal inadequado (PNI),
- Baixo peso ao nascer,
- Gravidez na adolescência,
- Gravidez tardia (>35 anos),
- Baixa escolaridade materna,
- Prematuridade,
- Macrossomia,
- Apgar 1º minuto <7,
- Apgar no 5º. Minuto <7,
- Anomalias congênitas.



Todos os fatores de risco são comentados através de revisão literária que sintetiza os impactos biopsicossociais que estes causam no desenvolvimento infantil.



Sessão III

Elucida o levantamento sobre o **tipo de parto e a naturalidade da mãe**.

Embora não sejam consideradas como fatores de risco, estas variáveis provocam muitas discussões como demandas das políticas públicas locais.

Sessão V

Traz uma compilação dos resultados da Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil 2017, através de tabelas que resumem a situação de cada setor/bairros de Itajaí.

Sessão IV

Traz uma análise mais aprofundada – **cruzamento de dados**, mais especificamente, sobre os fatores de risco: **Gravidez Tardia (GT) e Pré Natal Inadequado (PNI)**.

O fator de risco ao desenvolvimento infantil PNI desde a primeira edição desta Pesquisa sempre foi o principal fator de Risco deixando apenas em 2017 o primeiro lugar que passou a ser ocupado pela GT.

Também apresenta **estudos longitudinais** sobre a GT e o PNI entre os anos de 2007 até 2017.

Sessão VI

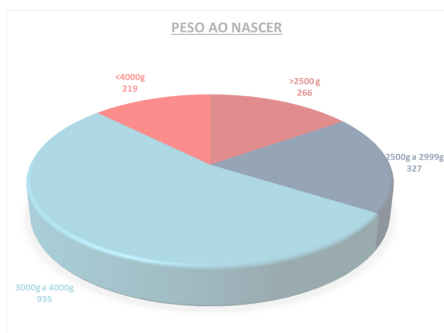
Resumo dos resultados da culminância do Projeto APPLICANDO SABERES o Fórum de Discussão dos Resultados da Pesquisa.

Narra a participação dos convidados, que abordaram o tema Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil com ênfase na Gravidez Tardia e apresenta o registro fotográfico de todo o evento.



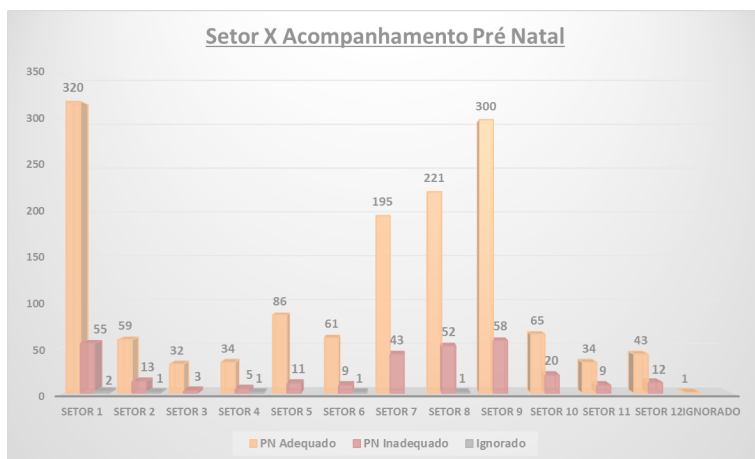
Gráficos: como ilustramos os dados coletados

EXEMPLO 01 -GRÁFICOS PIZZA



Nos gráficos “pizza” visualiza-se os totais de cada variável e o quanto o fator de risco relacionado a esta variável representa das **1747 DNVRs**. O exemplo ao lado traz a variável peso ao nascer. Desta são considerados fatores de risco o baixo peso e macrossomia, que, no gráfico estão em tons de **vermelho**. As fatias em tons de **azul** representam crianças que embora tenham nascido em condição de risco, o peso foi considerado adequado. Existem ainda alguns casos que nos gráficos pizza estão representados em cinza. São informações que não estavam disponíveis na DNV. Denominados estes como “ignorados”.

EXEMPLO 02 -GRÁFICOS COLUNAS



Nos gráficos “colunas”, as de cor **laranja** representam o total de nascimentos de risco para cada Setor, e as **vermelhas**, a incidência de cada fator de risco pelos Setores.

Na discussão dos resultados expressos nestes gráficos, analisa-se o número de casos por setores e suas proporções. Utilizaremos como exemplo o fator de risco pré-natal inadequado. Assim, o **Setor 2** apresentou o total de **73 DNVRs** em 2017. Portanto, **73** crianças nasceram em situação de risco neste ano nos bairros Vila Operária e São Judas, e destas, **13** não tiveram o acompanhamento pré-natal adequado, o que corresponde a **17,80%** dos nascimentos de risco nestes bairros.

Sessão 01

“Para que os direitos preconizados pelo ECA e demais legislações sejam materializados na prática da proteção da infância e juventude, é preciso que o conjunto de políticas sociais destinadas a inclusão das crianças e adolescentes estejam em pleno funcionamento e suas ações sejam planejadas e pensadas no sentido de garantir a vivência do acesso aos direitos. As políticas estão organizadas em áreas centrais como a saúde, educação, assistência social, trabalho e geração de renda, com suas normativas próprias e estruturas funcionais” (GONZÁLEZ, 2012).



1 POPULAÇÃO GERAL - Nascidos Vivos de Risco

Em 2017, foram triadas **1747 DNVRs**, sendo assim 1747 crianças foram caracterizadas como em situação de risco no momento de seu nascimento. A análise da maior incidência por setor mostra os **Setor 1** (Zona Rural) com 21,57%, **Setor 9** (Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante) com 20,49%, **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) com 15,68% e **Setor 7** (Promorar e Cidade Nova) com 13,62% dos nascidos de risco.



1: Zona Rural

2: Vila Operária e São Judas

3: Imaruí

4: Cabeçadas e Praia Brava

5: Fazenda

6: Dom Bosco e N. Sra. das Graças

7: Promorar e Cidade Nova

8: São Vicente, Rio Bonito, Nillo Bittencourt

9: Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante

10: São João e Nova Brasília

11: Ressacada e Carvalho

12: Centro



Ranking de nascimentos de risco 2017

A tabela mostra o ranking de nascimentos de risco de **2017**, de acordo com o bairro de residência do recém-nascido.

Classificação	Bairros (setores)	DNVRs
1º. lugar	Zona Rural (setor 1)	377
2º. lugar	Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante (setor 9)	358
3º. lugar	São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt (setor 8)	274
4º. lugar	Promorar e Cidade Nova (setor 7)	238
5º. lugar	Fazenda (setor 5)	97
6º. lugar	São João e Nova Brasília (setor 10)	85
7º. lugar	Vila Operária e São Judas (setor 2)	73
8º. lugar	Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças (setor 6)	71
9º. lugar	Centro (setor 12)	55
10º. lugar	Ressacada e Carvalho (setor 11)	43
11º. lugar	Cabeçudas e Praia Brava (setor 4)	40
12º. lugar	Imaruí (setor 3)	35

Na tabela acima, observa-se que no ano de 2017 as primeiras quatro colocações representam **71,37%** do total destes nascimentos de risco com 1.247 DNVRs (sendo a totalidade de DNVRs de 1.747). Destacamos que em uma DNVR não foi informado o endereço da mãe.

Em primeiro lugar, com o maior número de nascimento de risco está o **Setor 1**, representando a Zona Rural com **377 DNVRs**, o que chama bastante a atenção, pois em termos de população residente este setor possui apenas 5% da população total do município (IBGE, 2010).

Em segundo lugar está o **Setor 9**, representando os bairros: Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante com 358 DNVRs, sendo que o bairro Cordeiros é considerado um dos bairros mais populosos de Itajaí.

Outros dois bairros considerados os mais populosos de Itajaí ficaram respectivamente em terceiro e quarto lugar no ranking, sendo eles: **Setor 8** com os bairros: São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt e **Setor 7** com os bairros: Promorar e Cidade Nova. Nestes bairros segundo o Censo 2010 (IBGE) residem cerca de 48% da população itajaiense.

Nos setores que ocupam do quinto ao décimo lugar registraram-se 499 DNVRs ou 28,56% dos nascimentos de risco.



Zona Rural de Itajaí: algumas considerações...

A área Rural de Itajaí possuem características típicas do meio rural como por exemplo: residentes que possuem rendimento familiar provindo das atividades agrícolas, desenvolvidas por eles próprios em sua área geográfica, sendo este o cultivo de terra e/ou a criação de animais de grande e pequeno porte.

Além disso, percebe-se em Itajaí que a Zona Rural configura uma área periférica à área urbana. Nos últimos dez anos, observa-se uma fusão da zona Urbana na zona Rural, devido ao crescimento e desenvolvimento do município de Itajaí.



A imagem demonstra esta transformação da zona Urbana de Itajaí (bairro Espinheiros) que não consegue mais comportar a demanda populacional, aumentando assim, a expansão de população para a zona Rural, caracterizada por condomínios fechados, loteamentos habitacionais e indústrias que estão cada vez mais presentes nessa região.

Segundo o Diagnóstico Rural Participativo de Itajaí realizado no ano de 2017 pela Secretaria Municipal de Agricultura e Desenvolvimento Rural, com os representantes das comunidades rurais do município, as principais demandas destacadas pelos moradores são a falta de segurança pública, transporte coletivo e médicos nas Unidades Básicas de Saúde. Percebe-se que a demanda do zoneamento Rural tem se mostrado deveras parecida com a da Zona Urbana, apresentando relação direta entre o crescimento populacional com o grande número de DNVRs e da falta de suprimento destas demandas por parte do setor público.

Em termos de população residente a Zona Rural possui apenas 5% da população total de Itajaí (IBGE, Censo 2010), mas ocupou o primeiro lugar em nascimentos de risco, no ano de 2017.

Ranking dos Fatores de Risco

FATORES DE RISCO DO ANO 2017	ÍNDICE EM NÚMERO	ÍNDICE EM PORCENTAGEM
Gravidez tardia (>35 anos)	416	23,81%
Prematuridade	313	17,91%
Acompanhamento Pré Natal Inadequado	290	16,59%
Baixo Peso ao Nascer (BPN = <2.500g)	266	15,22%
Macrossomia (excesso = Macro \geq 4.000g)	219	12,53%
Gravidez na adolescência	208	11,90%
APGAR 1º Minuto <7	161	9,21%
Baixa escolaridade materna	57	3,26%
APGAR 5º Minuto <7	25	1,43%
Anomalias Congênitas	23	1,31%

Os cinco primeiros fatores de risco com maior incidência foram: gravidez tardia (>35 anos), prematuridade acompanhamento pré-natal inadequado, baixo peso ao nascer e macrossomia.

Na sessão 02, onde apresentamos o porquê cada uma destes fatores são considerados condições que podem provocar deficiências ou atraso no desenvolvimento infantil.

Houve uma mudança na colocação do fator de risco Gravidez tardia, que nunca havia ocupado o primeiro lugar até então nas pesquisas do CIEP Vovó Biquinha, apesar de se fazer presente no ranking dos anos anteriores.



Sessão 02

"A identificação precoce de condições de risco e o encaminhamento das crianças para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, através de programas de promoção de saúde e de estimulação essencial"
(RODRIGUES, 2003).



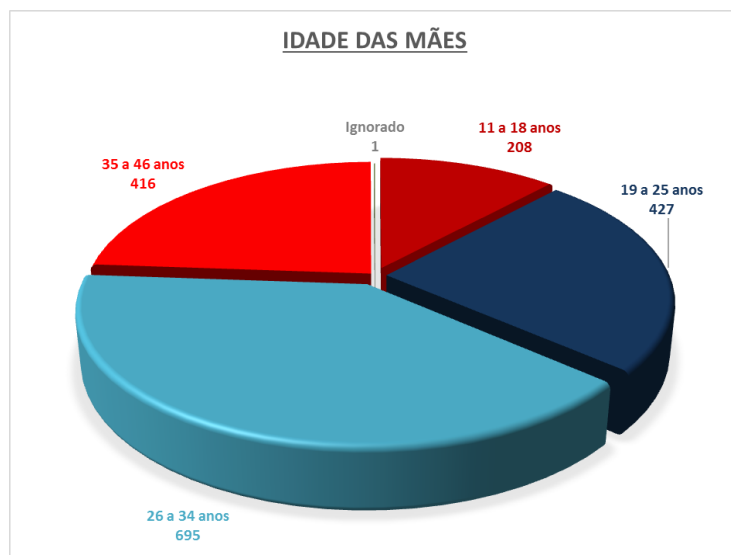
FAIXA ETÁRIA MATERNA

Em relação a faixa etária materna como fator de risco, alguns trabalhos sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais, geralmente estão suscetíveis a risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna. Melo et al. (2010) encontraram a relação entre gravidez tardia e anomalia congênita 11,4 vezes maior do que, nessa comparação com gestações de mulheres com idade entre 20 a 34 anos.

Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a probabilidade de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos. Entre as adolescentes menores de 15 anos, esta ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo considerada uma das principais causas de morte nesta faixa etária (CARNIEL et. al, 2006).

Em relação a gravidez tardia, o Ministério da Saúde considera fator de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, o que exige atenção maior durante a realização do pré-natal (BRASIL, 2010).

A pesquisa realizada por Santana et al. (2015) indicou a predominância de gestantes entre 26 a 30 anos, e a significativa incidência (20%) de gestantes acima de 35 anos. Estes pesquisadores afirmam que os dados obtidos estão de acordo com outros achados científicos e relacionam esse fator com as mudanças nos padrões familiares mundiais, ocorrendo também no contexto sócio familiar brasileiro.



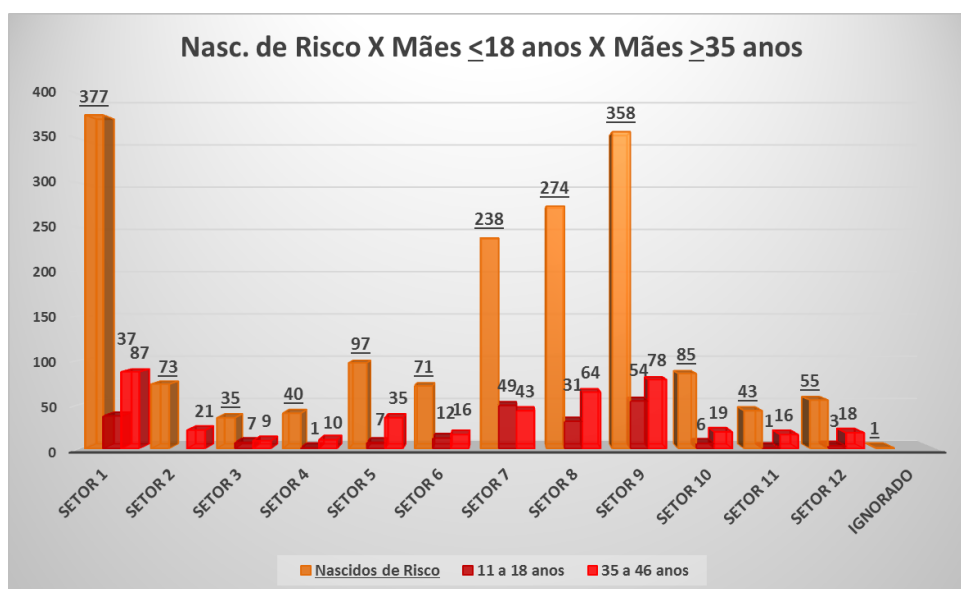
Se, em 2016 haviam 14% de **mães com mais de 35 anos**, em 2017 o índice subiu para **23,81%** Já no grupo de **mães adolescentes**, em 2016 o percentual foi de 10%, subindo para **11,90%** em 2017. Isso quer dizer que houve um aumento de gestantes nas faixas etárias de risco.

A gravidez tardia passou a ser o principal incidência dentre os nascimentos de risco.



Segundo o gráfico abaixo, em 2017 os maiores índices de gravidez tardia proporcionais foram nos **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) **37,20%**, **Setor 5** (Fazenda) com **36,08%**, e **Setor 12** (Centro) com 32,72%.

Em relação à gravidez na adolescência as maiores incidências foram nos **Setores 7** (Promorar e Cidade Nova) com **20,58%**, **Setor 3** (Imaruí) com **20%** e **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **16,90%**.



Maternidade depois dos 35 anos.

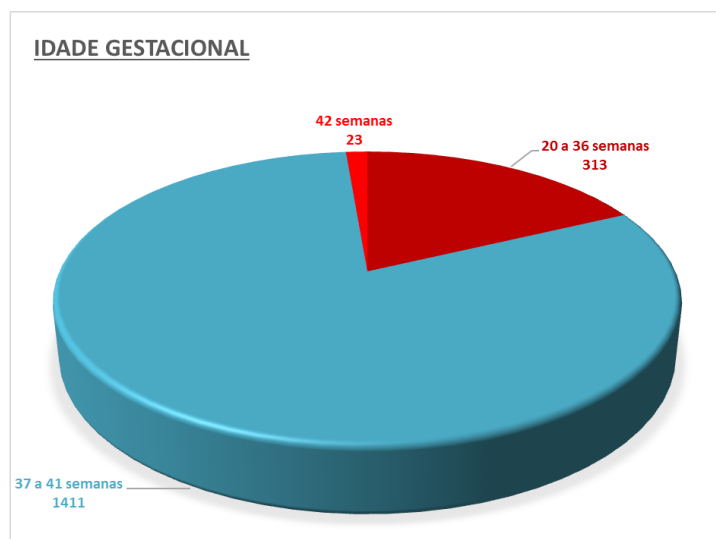
A pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2015 divulgada pelo IBGE, constata que mulheres brasileiras estão sendo mães mais tarde. Este estudo aponta que houve um aumento de mães engravidando entre 30 e 39 anos — de 22,5%, em 2005, para 30,8% em 2015.



PERÍODO GESTACIONAL

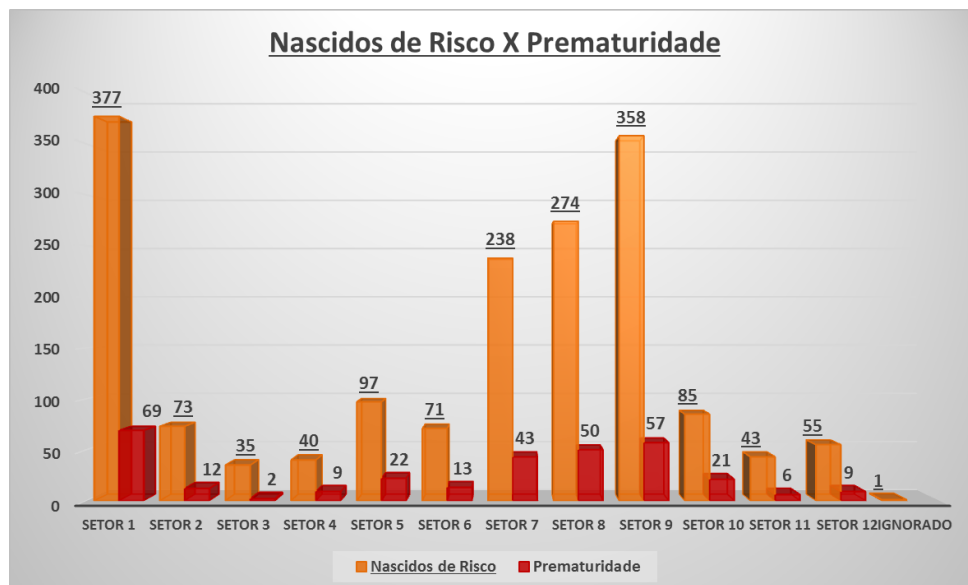
O parto prematuro desde 1972 é definido pela Organização Mundial de Saúde, como o que ocorre antes de completadas 37 semanas de gestação a partir do primeiro dia da última menstruação, não importando o peso do recém-nascido (SOUZA; CAMANO, 2003).

Os índices de gestação de alto risco estão intimamente relacionados à realização de partos prematuros, sendo que em 2013, 11,7% dos partos realizados no país foram prematuros, colocando o Brasil na décima posição do ranking mundial de prematuridade (TEIXEIRA, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2015).



O gráfico ilustra que o número de nascimentos prematuros em 2017 foi **313**, o que representa **17,91%** das DNVR no ano. Em comparação com os nascimentos prematuros em 2016, percebe-se uma diminuição de 5,29%.





Os maiores índices de prematuridade relacionada aos nascimentos de risco foram encontrados no **Setor 5** (Fazenda) com **22,68%**, seguido pelo **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava) com **22,50%** e por fim o **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **24,70%**. Apenas o **Setor 3**, apresentou índice abaixo de 13%, sendo que o mesmo obteve apenas **5,71%** de incidência de nascimentos prematuros.



A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui muito para a probabilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

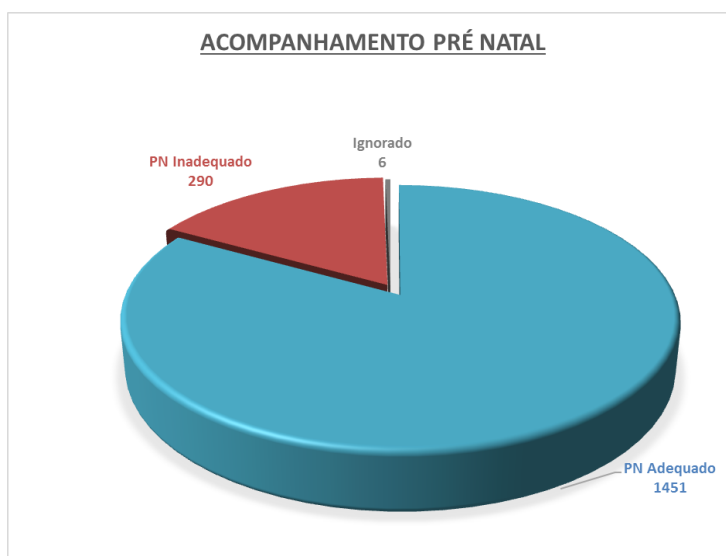


ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL

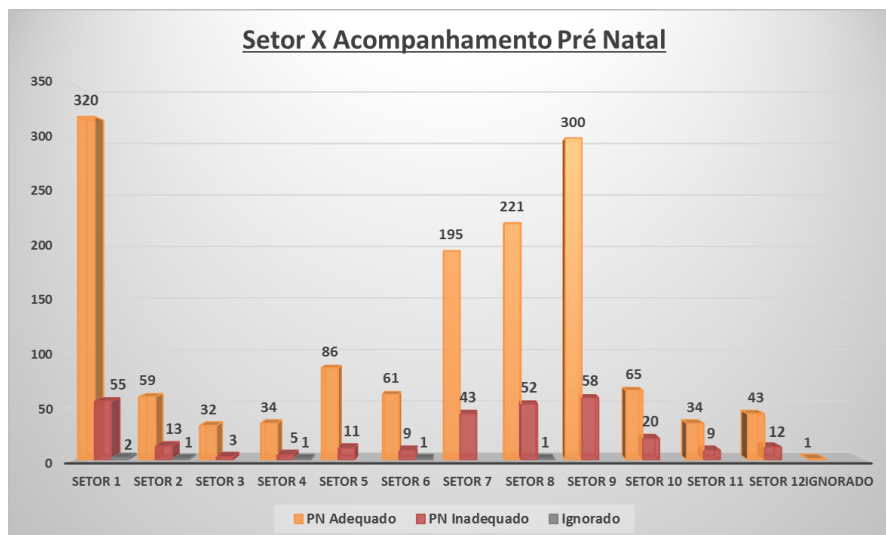
A consulta pré-natal tem o intuito de garantir o desenvolvimento da gestação, possibilitando orientações educativas e preventivas para melhor abordar aspectos psicossociais, além de auxiliar a mãe para o parto de um recém-nascido saudável, sem maiores decorrências na saúde materna (CALIFRE; LAGO; LAVRAS, 2010).

Para muitas mulheres, a consulta pré-natal é o momento de averiguar sua saúde e principalmente, a saúde do bebê, por isso, este momento é extremamente valioso também para profissional que tem a oportunidade de, a partir dos princípios do SUS, promover e se necessário recuperar a saúde materna (CALIFRE; LAGO; LAVRAS, 2010).

O Ministério da Saúde recomenda que a assistência pré-natal deve iniciar ainda no primeiro trimestre da gravidez, com consultas devidamente planejadas para viabilizar acompanhamento efetivo de todo período, sendo assim, devem ser realizadas no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2006).



O gráfico acima mostra o expressivo número de gestantes que não fizeram o acompanhamento pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A incidência de acompanhamento **pré-natal inadequado** (PNI) foi de **290 casos**, que equivalem a **16,59%** de todos os nascimentos de risco de 2017.



No ano de 2017 as maiores incidências proporcionais ocorreram no **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **23,52%**, seguido por **Setor 12** (Centro) com **21,81%**, e por último **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **20,93%**. Em comparação com os dados obtidos no ano passado notou-se uma melhora na porcentagem de realização de pré-natal adequado de aproximadamente 10%.



A nível nacional, dados do Ministério da Saúde apontam que somente uma pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal humanizado realiza o rol mínimo de ações preconizadas (BRASIL, 2005). Por outro lado, há evidências do aumento do número de consultas de pré-natal por gestante que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS) partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2005).

Uma mudança histórica...

O acompanhamento pré natal inadequado deixou de ser o principal fator de risco apontado pela pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil. O CIEP Vovó Biquinha acredita que as estratégias realizadas ano a ano desde a primeira edição da Pesquisa em 2006, como o Forum para apresentação e discussão dos dados deste estudo à comunidade e a campanha no saco de pão, colaboraram para a redução deste índice.

Nos anos de 2013 a 2015 o CIEP Vovó Biquinha desenvolveu uma inovadora campanha de conscientização sobre a importância do Pré Natal. Foram distribuídas embalagens de pão em diversas panificadoras da cidade, alertando as gestantes a fazerem o acompanhamento pré natal, como forma de prevenção de saúde.



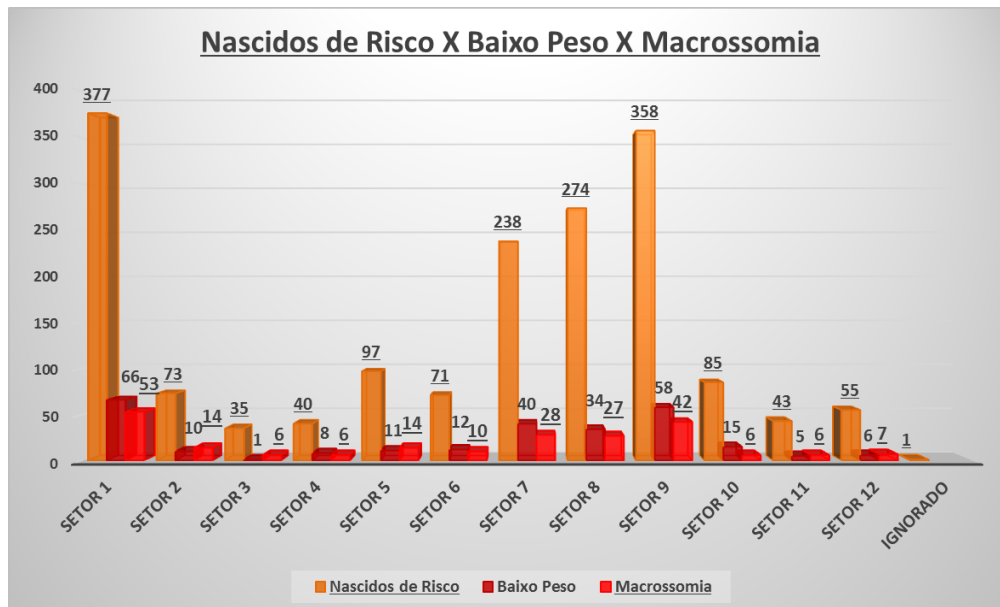
PESO AO NASCER

O **baixo peso ao nascer** (BPN) é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, sendo considerado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como baixo peso ao nascer inferior a 2500g, sendo adotado como base de comparação internacional a partir de observações epidemiológicas de que Recém Nascido (RN) com peso inferior a 2500g tem, aproximadamente, 20 vezes mais risco de vir a óbito do que RN com peso superior (FERRAZ; NEVES, 2011).

Os recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.000 gramas, independentemente da idade gestacional ao nascimento recebem o termo de macrosomia fetal, importante aqui ressaltar que, durante o pré-natal é possível ter receio desse diagnóstico para os fetos cujo peso seja igual ou maior que o percentil 90. O baixo peso e a macrosomia são fatores de risco por ter morbidade perinatal elevada pelo aumento das intervenções de distúrbios metabólicos neonatais e tocotraumatismos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A macrosomia é associada a asfixia neonatal, maior risco de hipoglicemia fetal, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematura, desproporção feto – pélvica, traumas esqueléticos, distúrbios hidroeletrólíticos, aspiração de mecônio, entre outros (AMORIM et. al, 2009).



No ano de 2017, observa-se, no segundo gráfico, que **266 crianças nasceram com peso inferior a 2500g**, representando **15,22% com BPN** dos nascidos de risco, enquanto 219 registraram peso superior a 4000g, sendo, portanto, **12,53% com Macrosomia**. Em relação ao ano de 2016, a Macrosomia apresentou uma queda na incidência de 2,67%, já os casos de BPN houve uma queda de 2,58%.



O gráfico acima traz a comparação entre BPN e Macrossomia relacionados ao total de nascimentos de risco por Setores. Os maiores índices, comparando o total de nascimentos de risco por setor em relação a **Macrossomia** foram identificados no **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **19,17%** seguido do **Setor 3** (Imaruí) com 17,14% e pelo **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) com 15%.

Enquanto os maiores índices de **BPN** no mesmo ano foram no **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) com **20%**, seguido do **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **17,64%** e o **Setor 1** (Zona Rural) com **17,50%**.

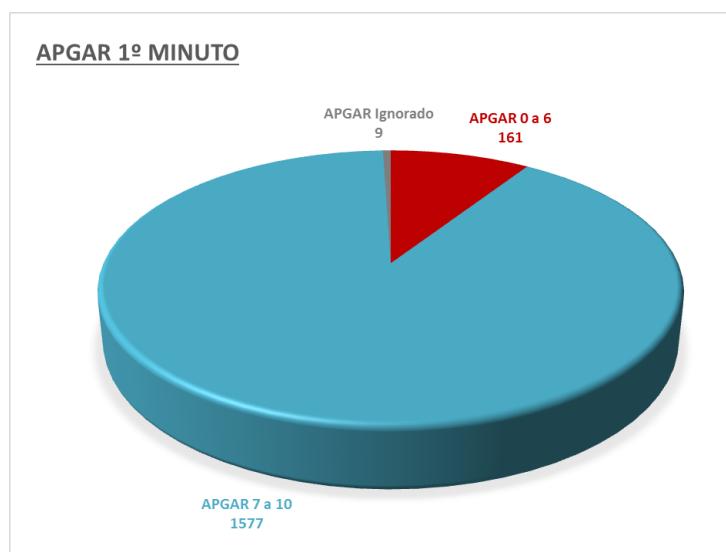
É importante observar que os fatores que influenciam as alterações no peso ao nascer não são apenas de origem orgânicas, fatores socioeconômicos também estão associados (PAULA et. al, 2011).



ÍNDICE APGAR PRIMEIRO MINUTO

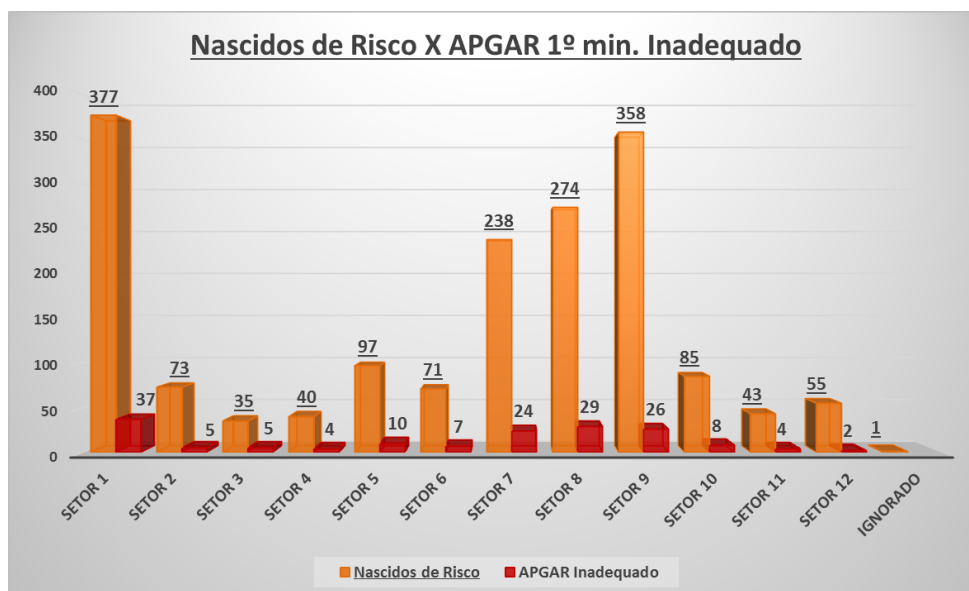
O Índice de Apgar é o método mais empregado para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido, sendo cinco itens do exame físico do bebê que são: Frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos cinco itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item, sendo o total uma nota mínima de 0 e máxima de 10 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Uma nota de 8 a 10 significa que o bebê nasceu em ótimas condições, uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, consiste em uma dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 uma dificuldade grave. Se essas dificuldades perdurarem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê criando uma situação potencialmente perigosa, a anóxia (falta de oxigenação) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).



O gráfico acima demonstra que no ano de 2017, em **161 casos (9,21%** dos nascimentos de risco) o recém-nascido apresentou Apgar abaixo de 7, ou seja, na avaliação de seu primeiro minuto de vida foi observado que essas crianças não se encontravam em condições ideais de saúde. Em relação ao ano de 2016, percebe-se que os dados permaneceram iguais.





O gráfico seguinte apresenta os bairros com maior incidência de Apgar de risco no 1º minuto em 2017, foram: **Setor 3** (Imaruí) com **14,28%**, **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) com **10,58%** e **Setor 5** (Fazenda) com **10,30%**.

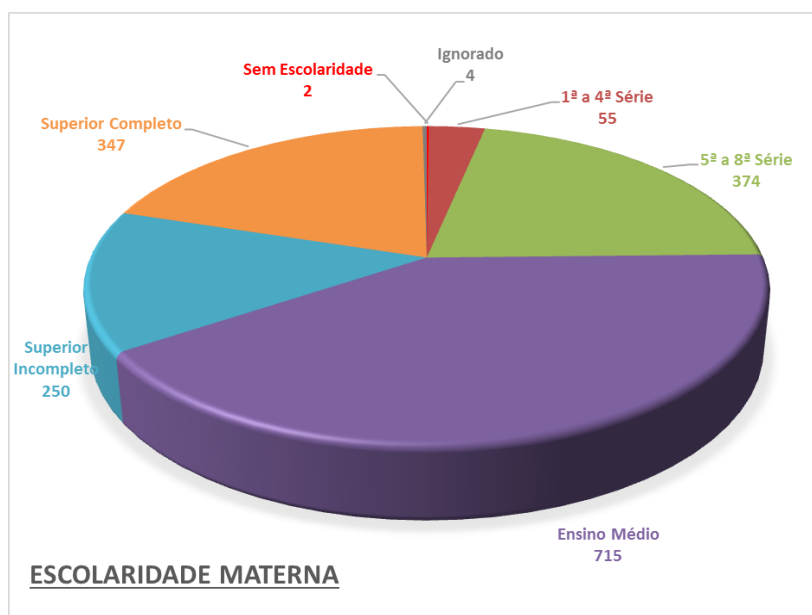
O boletim do Apgar de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode representar sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).



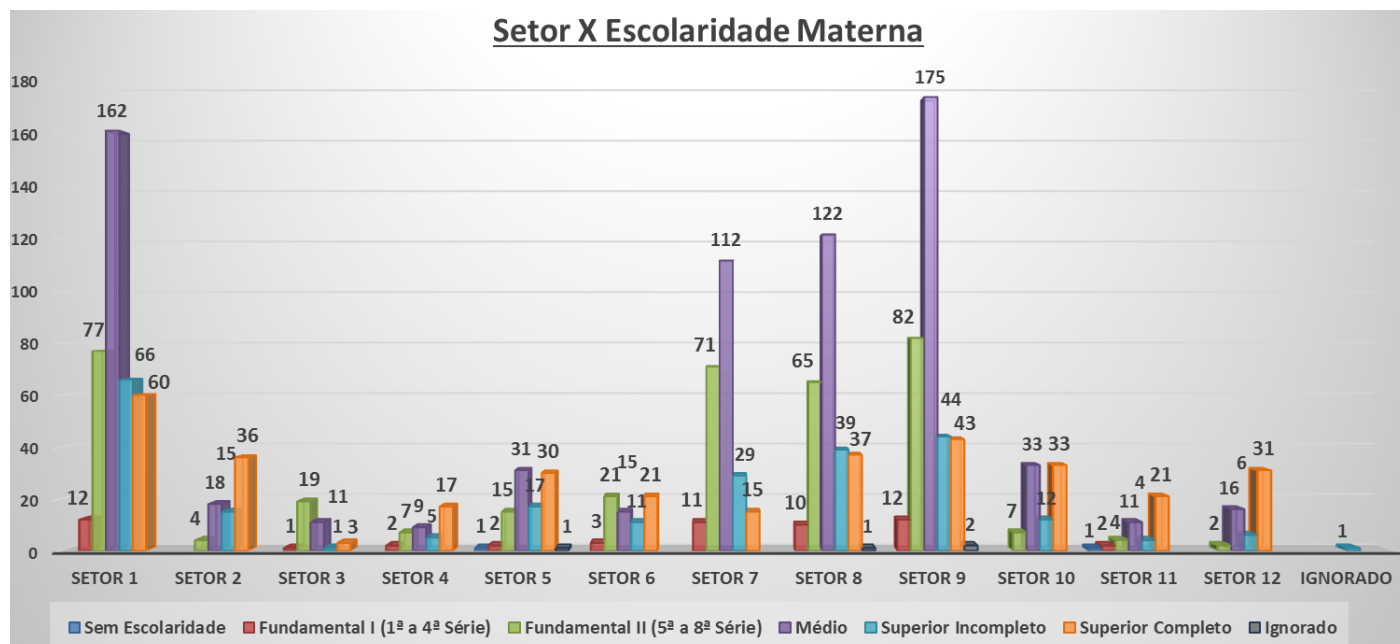
ESCOLARIDADE MATERNA

A escolaridade materna se constitui em um fator de grande importância, pois influencia diretamente na saúde materno-infantil, entende-se que as mulheres que possuem um nível superior de instrução apresentam maior capacidade de cuidar de si mesmas, possuem mais conhecimentos em relação aos cuidados que devem ser realizados, têm uma condição socioeconômica distinta e um discernimento superior na hora da tomada de decisões em relação a sua saúde e atenção (SILVESTRIN et al., 2013).

Ao comparar um grupo de mulheres com escolaridade elevada com um grupo que possuía um índice de baixa educação materna, Silvestrin et al. (2013) identificaram a incidência de um efeito protetor de 33% em relação ao risco de BPN. Comprovando assim a relação da escolaridade materna com a incidência de fatores de risco ao desenvolvimento infantil, diante disso entende-se que mulheres que possuem um nível maior de escolaridade seriam capazes de fornecer fatores de proteção a seus filhos bem como diminuir a incidência de fatores de risco relacionados aos cuidados relativos à saúde materna e do bebê.



No gráfico acima pode-se observar que em 2017, **57** mães apresentaram **baixa escolaridade**, ou seja, **3,26%** da parcela total de 1747 DNVRs. Em relação ao ano de 2016, houve um aumento na incidência de **0,94%**.



A pesquisa de 2017 mostrou que a incidência de baixa escolaridade materna em Itajaí em relação aos nascimentos de risco foi menor que 7%, sendo os maiores índices no **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **6,97%**, **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) com **5%** e **Setor 7** (Promorar e Cidade Nova) com **4,62%**. Os Setores **2** (Vila Operária e São Judas), **10** (São João e Nova Brasília) e **12** (Centro) não apresentaram incidência de baixa escolaridade.

Lembrando que a pesquisa considera baixa escolaridade, mães sem nenhuma escolaridade e/ou até o quarto ano de estudos.

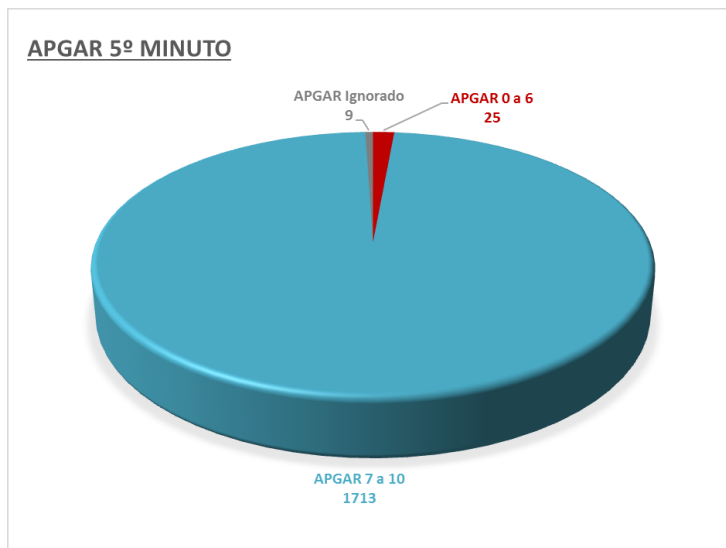


ÍNDICE DE APGAR NO QUINTO MINUTO

O boletim Apgar de quinto minuto e o de décimo minuto são considerados mais acurados, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

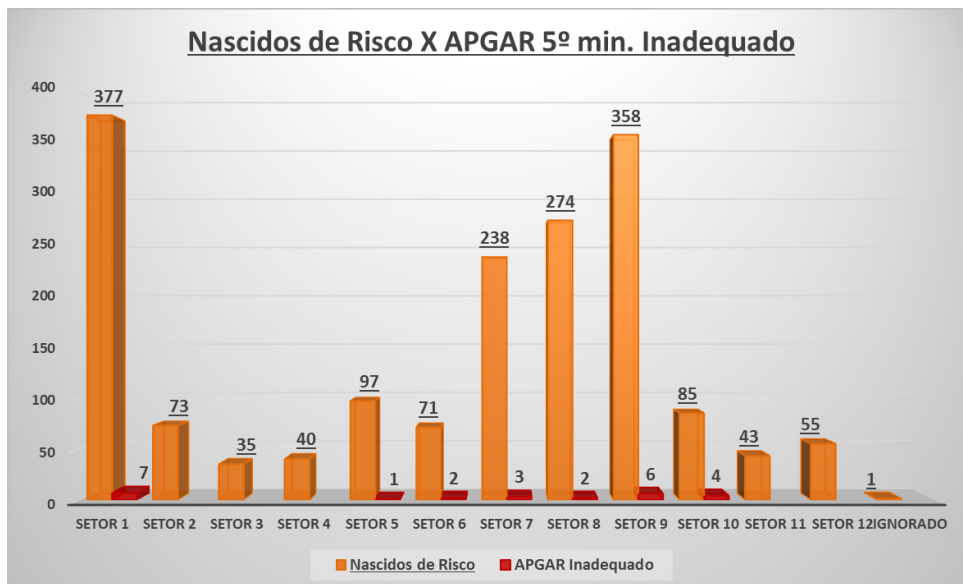
Um escore abaixo de sete no quinto minuto, configura em inúmeras pesquisas um fator de risco imediato, como no caso de lesão cerebral e risco tardio em problemas na dentição e, ainda, pesquisas brasileiras apontam que Apgar abaixo de sete no quinto minuto relaciona-se ainda a fatores como, maior prevalência em bairros periféricos e nos filhos de mães adolescentes (GOLDENBERG, 2005).

É importante observar que as condições maternas também podem influenciar no escore do Apgar, tais como medicações e, as próprias condições do RN como, por exemplo, malformações neuromusculares ou cerebrais e condições respiratórias. Estes escores junto ao peso ao nascer e a idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar, do tamanho e da maturidade do RN (OLIVEIRA et al; 2012).



Como mostrado no gráfico acima em 2017, a pesquisa mostrou o índice de Apgar no quinto minuto com **25 casos**, ou seja, **1,43%**. Em comparação com o ano de 2016, houve uma diminuição de **0,57%**.





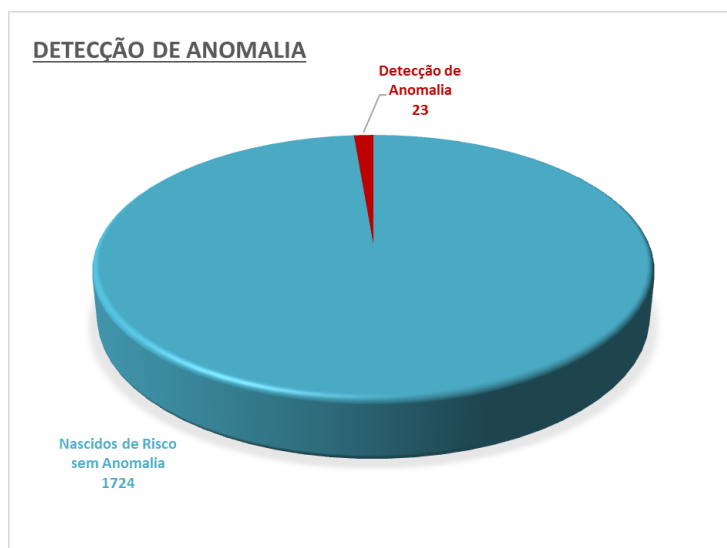
O gráfico do ano de 2017 apresenta os setores com os índices mais altos de Apgar no quinto minuto inadequado ou seja menor que 7, sendo estes o **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **4,70%**, **Setor 6** (Dom Bosco e N. Sra. das Graças) com **2,81%** e **Setor 1** (Zona Rural) com **1,85%**. É importante ressaltar que tais setores se encontram acima da média geral do ano. Observa-se que nos Setores 2, 3, 4, 11 e 12 não houve incidência e os demais Setores indicaram incidências inferiores a 2%.

- Vale ressaltar que na
- pesquisa do CIEP
- Vovó Biquinha se
- encontram como
- dados o boletim
- Apgar do primeiro e
- quinto minuto.

ANOMALIAS CONGÊNITAS

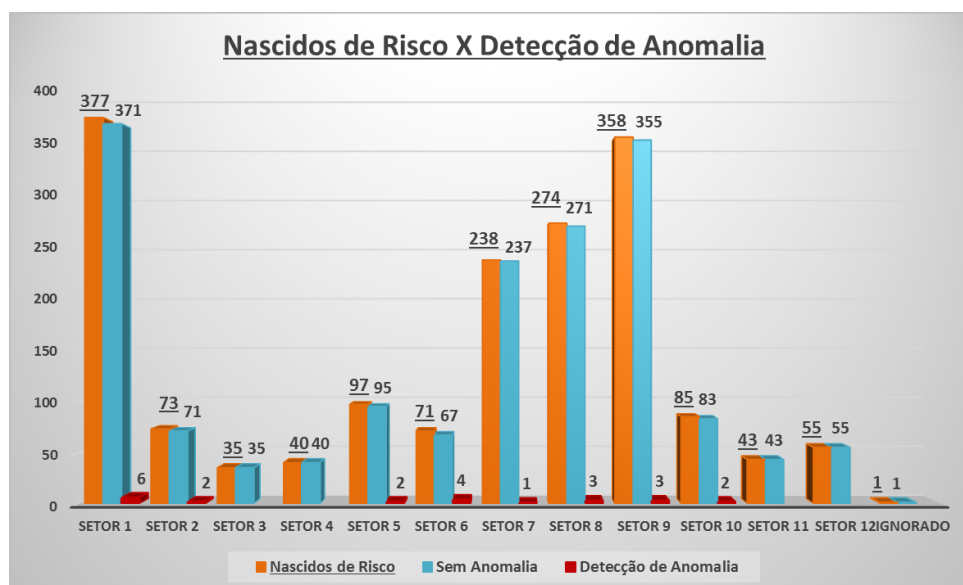
A malformação congênita é definida como uma anomalia funcional ou estrutural presente ao nascimento, decorrente de fator originado anteriormente, seja genético, ambiental ou desconhecido, mesmo quando o defeito não for aparente no recém-nascido e só manifestar-se mais tarde (HOROVITZ, LLERENA JR, DE MATTOS, 2005).

A existência de uma criança com um diagnóstico AC ou deficiência na família requer um conjunto de cuidados e exigências que, para os pais, habitualmente os seus principais cuidadores, pode repercutir negativamente no seu bem-estar e qualidade de vida, produzindo níveis elevados de sobrecarga e vulnerabilidade ao estresse. São também apontadas alterações físicas como fadiga, comprometimento das relações sociais e econômicas (ALBUQUERQUE et. al, 2012).



Em 2017, em **23 casos** foram detectadas anomalias ou deficiência no momento do nascimento, registrando a incidência de **1,31%** dos nascimentos de risco. Em comparação com o ano de 2016, houve uma queda de menos de 1% na prevalência.

No gráfico seguinte está a relação de nascimentos de risco por setores e as detecções de anomalias. No ano de 2017, as maiores incidências ocorreram no **Setor 6** (Dom Bosco e N. Sra. Das Graças) com **5,97%**, **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **2,81%**, **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **2,35%** e **Setor 5** (Fazenda) com **2,10%** e vale ressaltar que os demais setores mantiveram uma incidência abaixo de **2%**.



“ Apesar dos indicadores de saúde da população brasileira terem melhorado, com a redução das doenças causadas por má nutrição, condições insalubres de vida e controle dos patógenos exógenos, uma proporção crescente dos óbitos entre as crianças são atribuídas às doenças genéticas e às estas anomalias, gerando um problema de saúde pública que requer política pública específica.

SOUZA MENDES (2015)



SESSÃO III

“A Intervenção Precoce promove níveis mais altos de educação, reduz a criminalidade, aprimora a produtividade da força de trabalho, promove adultos saudáveis e reduz a gravidez na adolescência [...] promove o bem-estar da criança e a igualdade social. A Intervenção Precoce está relacionada com altas taxas de custo benefício.”

(HECKMAN, 2008).



TIPOS DE PARTO

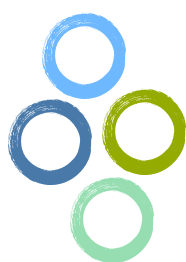
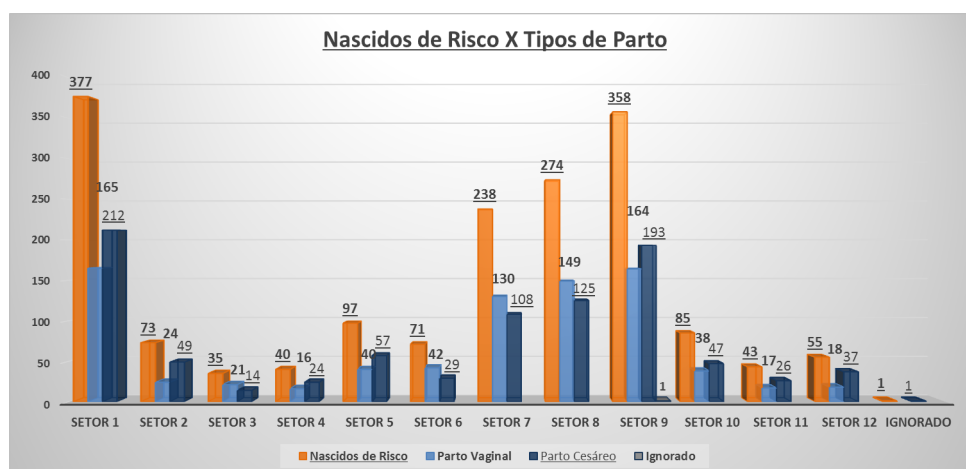
O Brasil apresenta altas taxas de incidência de parto cesáreo (36,4%) quando comparado a vários países do mundo como os EUA (24,7%), Canadá (19,5%), Dinamarca (13,1%) e Austrália (7,5%). Ao investigar as razões pela escolha do parto cesáreo, percebe-se que muitas mulheres ainda têm receio em parirem por via vaginal por temerem as consequências que podem advir dessa via de parto. Os medos em relação ao tipo de parto podem ser desmistificados por meio da informação e orientação existente no diálogo com os profissionais de saúde que acompanham as gestantes no pré-natal (COSTA, 2014).

Alguns estudos sugerem que mulheres com maior nível escolar tendem a ter mais conhecimento sobre as práticas que promovem uma gravidez saudável, ajudando a reduzir as intercorrências que levam ao parto cesáreo, ademais as pesquisas também sugerem que mulheres com tempo de estudo maior, frequentem mais o pré-natal diminuindo a morbimortalidade materno-fetal (OLIVEIRA; FERREIRA; SILVA, 2017).



O gráfico acima demonstra que no ano de 2017 o número de partos **cesáreos** foi de **922**, representando **52,77%** e **824** crianças nasceram por **parto vaginal**, o que corresponde a **47,16%** do total de 1747 DNVRs.

Em relação ao gráfico do ano de 2017, os setores com maior incidência de partos cesáreos são: **Setor 12** (Centro) com **67,27%** seguido de **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **67,12%** e o **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **60,46%**. Em relação ao parto vaginal os setores com maior incidência foram: **Setor 3** (Imaruí) com **60%** e **Setor 6** (Dom Bosco e N. Sra. Das Graças) com **59,15%** e **Setor 7** (Promorar e Cidade Nova) com **54,62%**.



A falta de conhecimento e informações sobre a saúde materna costuma serem fatores determinantes diante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto, por isso, cada vez mais, o apoio e suporte do profissional de saúde durante este período é essencial, para possibilitar por meio da educação em saúde, a reflexão sobre a própria decisão da mãe e/ou família (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).



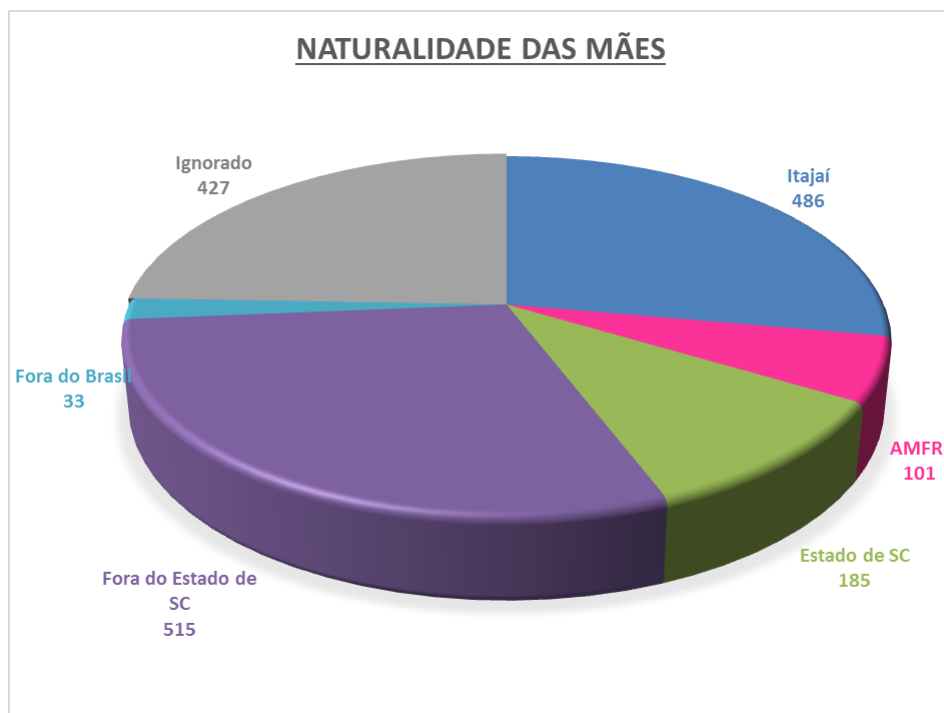
NATURALIDADE DAS MÃES

Em relação à naturalidade das mães **36,81%** das gestantes são **naturais de Itajaí** no ano de 2017.

Analisando as porcentagens das gestantes naturais de outros municípios do Brasil, nota-se que essas são a maioria com **60,68%**, em relação as mães estrangeiras a incidência ficou em 2,5%.

Comparando com ano de 2016, houve um aumento na incidência de mães naturais de outros municípios do Brasil, sendo esse de 17,08%, além disso também houve um aumento na incidência de mães estrangeiras de 0,4%.

Segundo a Prefeitura Municipal de Itajaí (2014), a cidade de Itajaí vem sendo um dos destinos escolhidos por imigrantes de várias nacionalidades e os haitianos são alguns deles. Após o terremoto em 2010 que devastou o Haiti, muitos rumaram para o Sul do Brasil em busca de emprego e mais do que isso, de uma nova oportunidade de vida.



Em 2017 os maiores índices de mãe nascidas em Itajaí foram no **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **58,82%** **Setor 5** (Fazenda) com **53,84%** e **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **38,88%**. O **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) apresentou a menor porcentagem de incidência, sendo essa de **20,83%**. Reforça-se que, tanto no ano de 2017 como em 2016, mantém-se alto o índice dentre os nascimentos de risco de gestantes que não nasceram em Itajaí.

SETORES	ITAJAI	AMFRI	ESTADO DE SC	FORA DO ESTADO DE SC	FORA DO BRASIL	IGNORADO
SETOR 1 Zona Rural	94	27	48	107	1	100
SETOR 2 Vila Operária e São Judas	14	4	3	14	1	37
SETOR 3 Imaruí	11	3	8	12	0	1
SETOR 4 Cabeçudas e Praia Brava	5	2	3	12	2	16
SETOR 5 Fazenda	35	3	10	17	0	32
SETOR 6 Dom Bosco e Nossa S ^a Das Graças	30	6	5	9	1	20
SETOR 7 Promorar e Cidade Nova	77	15	28	76	12	30
SETOR 8 São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt	84	10	27	92	6	55
SETOR 9 Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante	102	20	43	123	6	64
SETOR 10 São João e Nova Brasília	19	4	4	23	4	31
SETOR 11 Ressacada e Carvalho	8	3	3	11	0	18
SETOR 12 Centro	7	4	3	19	0	22

A falta de conhecimento e informações sobre a saúde materna costuma serem fatores determinantes diante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto, por isso, cada vez mais, o apoio e suporte do profissional de saúde durante este período é essencial, para possibilitar por meio da educação em saúde, a reflexão sobre a própria decisão da mãe e/ou família (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).





SESSÃO IV

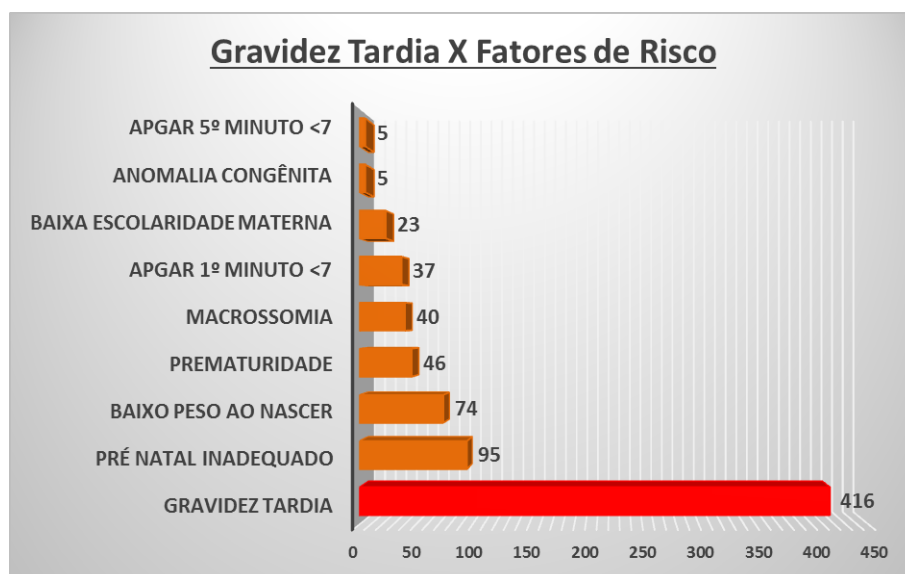
“O investimento no desenvolvimento na primeira infância estabelece a base para uma sociedade próspera e sustentável.”

(SHONKOFF, 2009).



GRAVIDEZ TARDIA (GT) × OUTROS FATORES DE RISCO

Como apresentado anteriormente, o fator de risco gravidez tardia (GT) assumiu o posto de **maior fator de risco em 2017** entre as DNV's pesquisadas. O gráfico abaixo apresenta a relação entre a GT e os outros fatores de risco ao desenvolvimento infantil pesquisados.



Ao analisar a relação das DNVRs, **PNI e a gravidez tardia**, pode-se observar que das **416 gravidezes tardias**, **95** não realizaram o acompanhamento pré natal adequadamente (tiveram menos de 6 consultas), ou seja, **22,83%**. **O Baixo Peso ao Nascer** ocorreu em **17,78%** dos bebês de gestantes tardias. Enquanto a prematuridade atingiu **11,05%** dos bebês de gestantes tardias.

A macrossomia - bebês que nasceram acima do peso recomendado (mais de 4000 gr.) relacionou-se a **9,61%** dos casos de GT. Os demais fatores de risco estavam presentes em menos 10% dos casos de GT.

Detectou-se uma maior incidência dentre as gestantes tardias de:

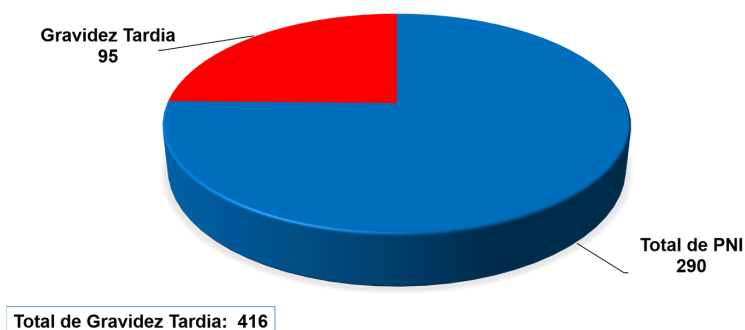
Acompanhamento Pré Natal Inadequado;
Baixo Peso ao Nascer e
Prematuridade.



A Gravidez Tardia por si só não é classificada como de risco pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica de Itajaí. Isso indica que dos 416 casos de GT coletados das DNVRs todos incluíam outro, ou outros fatores de risco associados.

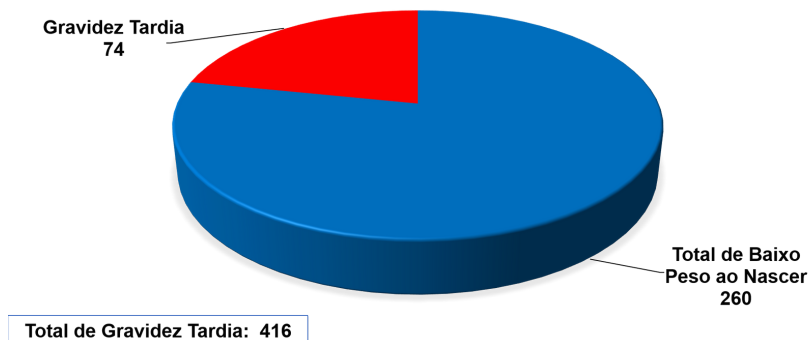
Desta Forma, foi realizado uma análise inversa entre todos os fatores de risco X GT. Apresenta-se a seguir as associações mais significativas encontradas:

ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL INADEQUADO X GRAVIDEZ TARDIA



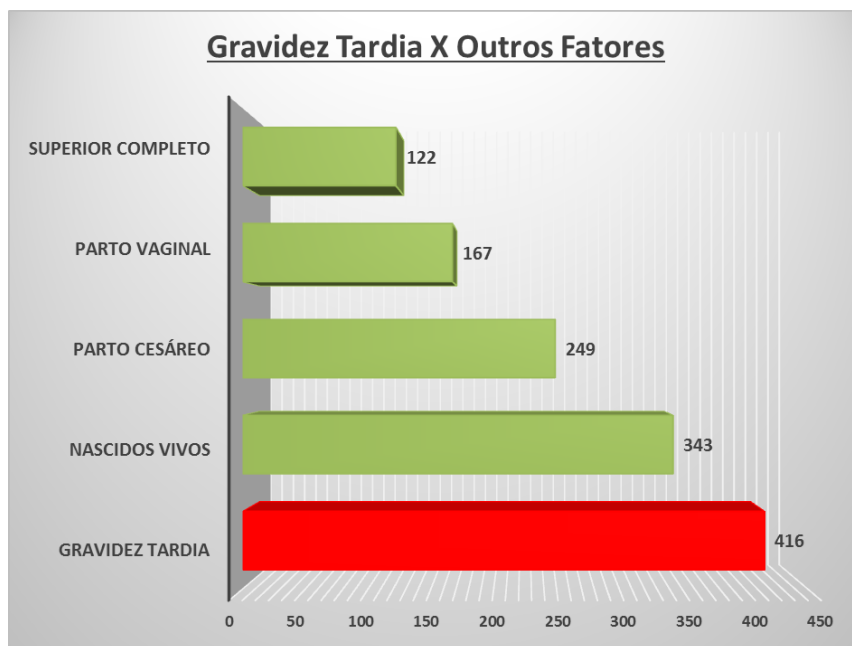
Dos casos de Pré Natal Inadequado, **32,75%** referiam-se a gestantes tardias. Sendo essa a principal associação de risco.

BAIXO PESO AO NASCER X GRAVIDEZ TARDIA



Dos casos em que os recém nascidos de risco apresentaram baixo peso, **28,46%** eram filhos de mães com mais de 35 anos (GT).

GRAVIDEZ TARDIA (GT) × OUTROS FATORES



Esta análise entre nascimentos de risco, gravidez tardia e outros fatores , revela que **82,45%** destas gestantes apresentam **boa escolaridade**. Ocorreu também uma prevalência do **parto cesáreo** com **59,85%** ao **parto vaginal** **40,14%** e em **30%** dos casos a gestante tardia já tinha **outros filhos**.

A boa escolaridade é um fator de proteção ao desenvolvimento infantil:

Pode indicar que a gestante optou em ter filho após o término dos estudos, em busca de maior estabilidade sócio-econômica



O FENÔMENO GRAVIDEZ TARDIA

As mudanças culturais que ocorreram nas últimas décadas provocaram mudanças na estrutura familiar, entre as mais importantes, está um fenômeno muito presente na sociedade atual: a gravidez tardia. Entende-se como gravidez tardia as gestações que ocorrem na faixa etária de 35 anos ou mais (ANDRADE et al., 2004).

Sabe-se que após os 35 anos, aumenta a incidência de abortos, anormalidades fetais, diabetes, hipertensão, hemorragias, partos prematuros, trabalho de parto disfuncional, partos por cesariana, baixo peso do bebê ao nascimento, maiores índices de sofrimento fetal, e menores índices de Apgar do bebê no quinto minuto (MILNER et al., 1992). É importante ressaltar que a ocorrência desse tipo de gravidez vem aumentando no mundo, principalmente em países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Estudos apontam que a gravidez em idades mais avançadas é um fator de predisposição para o ganho excessivo de peso e obesidade, mortalidade materna, síndromes hipertensivas de gravidez, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, parto prematuro e hemorragias pós-parto (ROCHA et al 2014).



A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros e o aumento da expectativa de vida do brasileiro, são alguns fatores que podem contribuir para a decisão de adiar os planos da maternidade.



A tendência fenomenológica apontada pelos autores citados pode ser observada no gráfico acima que ilustra a crescente incidência da gravidez tardia ao longo dos anos. Se dentre os nascimentos de risco de 2007 haviam **25** gestantes acima de 35 anos, em 2017 esse número aumentou 16 vezes, sendo **416** gestantes.

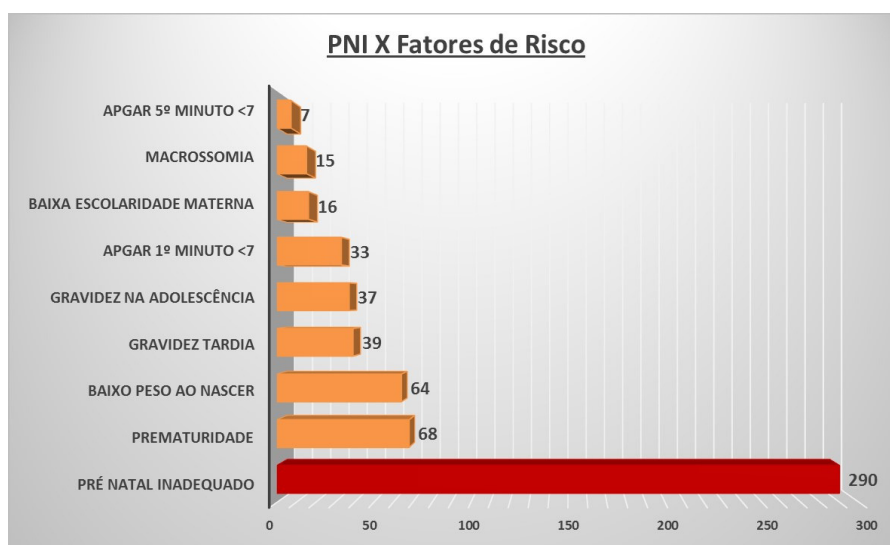


Por fim vale destacar que, os significados da gravidez tardia, ultrapassam barreiras biofisiológicas no padrão reprodutivo, mas afetam aspectos psicológicos, emocionais e sentimentais, promovendo mudanças sobre o planejamento familiar em todas as dimensões (ROCHA et. al, 2014).



PRÉ NATAL INADEQUADO (PNI) × OUTROS FATORES DE RISCO

A pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et. Al, 2014) aponta que apesar de a cobertura de pré-natal no sistema único de saúde ser praticamente universal, a adesão ainda é baixa, com 60% das gestantes participantes da pesquisa iniciando o pré-natal tardiamente, após a 12ª semana de gestação, sendo que um quarto delas não receberam o número mínimo de seis consultas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

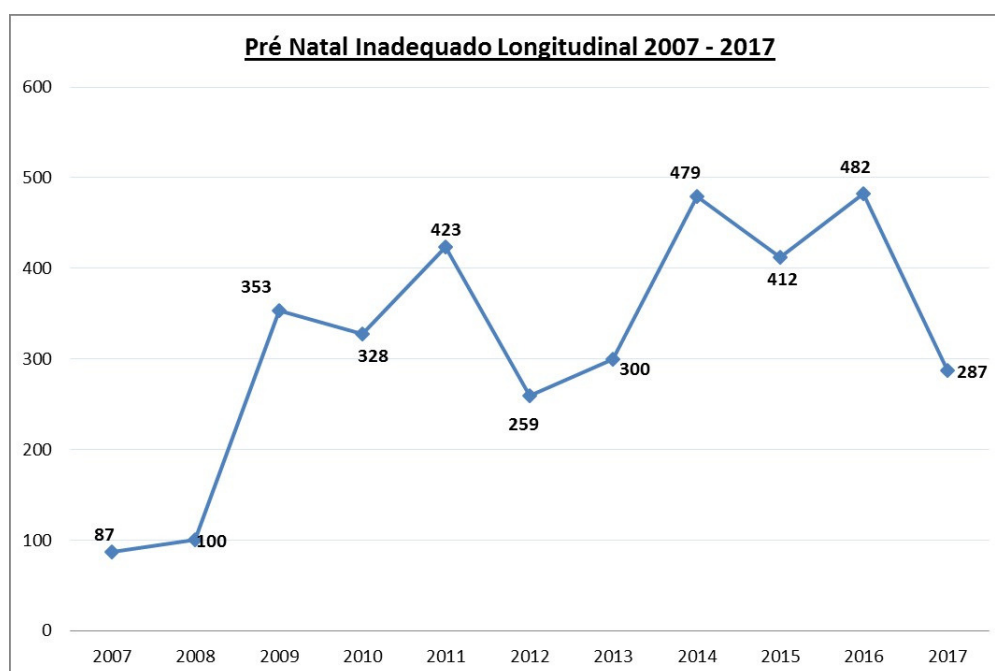


Cabe observar que no ano de 2017, outro fator apareceu como significativo, a prematuridade surge com uma média de **23,44%** em relação ao índice de pré-natal inadequado. Ramos (2009) discorre sobre a relação entre o Pré-natal e a prematuridade dizendo que as estratégias para aumentar a participação no pré-natal têm como um de seus objetivos reduzir os nascimentos pré-termo, uma vez que a principal forma de intervir e prevenir agravos ou riscos é justamente o conhecimento e o monitoramento da saúde da materna e das condições de nascimento.

Esta análise entre nascimentos de risco, pré natal inadequado e outros fatores, revela além da incidência de **23,44%** dos recém nascidos prematuros, **22,06%** com baixo peso. Importante destacar que a gravidez tardia com **13,44%** superou a gravidez na adolescência com **12,75%**, subentende-se que mulheres mais velhas tem maior autonomia, subsídios e consciência sobre a importância de realizar um pré-natal adequado.

Ao longo dos anos na Pesquisa: **Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil**, o acompanhamento Pré-Natal Inadequado foi o fator de risco de maior incidência; exceto em 2017, ano de estudo desta edição.

No gráfico abaixo é possível observar a variação na ocorrência de casos de PNI relacionado aos nascimentos de risco:



Nestes últimos 10 anos, embora o acompanhamento Pré Natal Inadequado se mantivesse em 9 anos como o principal fator de risco, a incidência de PNI oscilou numericamente, conforme pode ser observado no gráfico.



A falta de envolvimento nesta etapa de planejamento da gestação, pode dificultar a vinculação afetiva saudável entre parceiros e filhos (a).



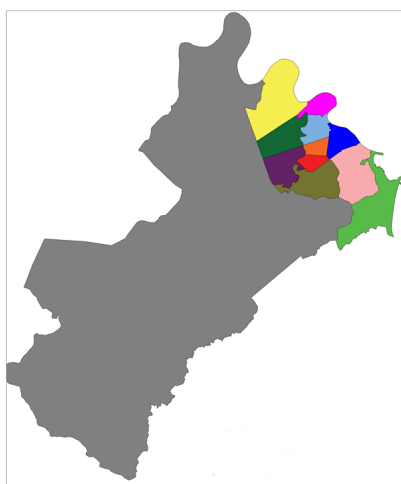
SESSÃO V

Os formuladores de políticas públicas na América Latina e no Caribe enfrentam um enorme desafio econômico e moral. Precisam identificar a melhor maneira de investir naquilo que é, sem dúvida, seu recurso mais precioso: a criança. A estrada é longa, mas existem passos concretos que podem ser dados. A expansão gradual da cobertura dos serviços de orientação para os pais, no caso de crianças em situação de risco, é um passo promissor.

(ARAUJO, 2015)



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO POR SETOR NO ANO DE 2017



Em 2017, os Setores com maior incidência de fatores de risco, conforme tabela abaixo, foram **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **5 fatores mais altos**, em seguida o **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) com **4 fatores**.

Vale ressaltar que os dois setores que contém os maiores números de DNVs de risco (Setor 1 e Setor 9), respectivamente Zona Rural e Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante, não apresentaram alta incidência dos fatores de risco em comparação aos demais setores.

Fatores de Risco	SETOR 1	SETOR 2	SETOR 3	SETOR 4	SETOR 5	SETOR 6	SETOR 7	SETOR 8	SETOR 9	SETOR 10	SETOR 11	SETOR 12
Gravidez tardia	23,07%	28,76%	25,71%	25%	36,08%	22,53%	18,06%	23,35%	21,78%	22,35%	37,20%	32,72%
Prematuridade	18,30%	16,43%	5,71%	22,50%	22,68%	18,30%	18,06%	18,24%	15,92%	24,70%	13,95%	16,36%
PR Inadequado	14,58%	17,80%	8,57%	12,50%	11,34%	12,67%	18,06%	18,97%	16,20%	23,52%	20,93%	21,81%
Baixo Peso	17,50%	13,69%	2,85%	20%	11,34%	16,90%	16,80%	12,40%	16,20%	17,64%	11,62%	10,90%
Macrossomia	14,05%	19,17%	17,14%	15%	11,34%	14,08%	11,76%	9,85%	11,73%	7,05%	13,95%	12,72%
Gravidez Adoles	9,81%	0%	20%	2,50%	7,21%	16,90%	20,58%	11,31%	15,08%	7,05%	2,32%	5,45%
APGAR 1°	9,81%	6,84%	14,28%	10%	10,30%	9,85%	10,08%	10,58%	7,26%	9,41%	9,30%	3,63%
Baixa Escolarid.	3,18%	0%	2,85%	5%	3,09%	4,22%	4,62%	4,01%	3,35%	0%	6,97%	0%
APGAR 5º	1,85%	0%	0%	0%	1,03%	2,81%	1,26%	0,72%	1,67%	4,70%	0%	0%
Anomalias Cong	1,59%	2,81%	0%	0%	2,10%	5,97%	0%	1,09%	0,83%	2,35%	0%	0%
Total de Fatores	2	2	3	4	3	3	2	1	0	5	3	2



Já na tabela abaixo, denominada Tabela de Análise da Incidência de Fatores de Risco por Setor no ano de 2017, é possível observar os fatores com valores mais significativos em cada um dos Doze Setores, alcançando assim um panorama dos principais fatores de risco ao desenvolvimento infantil por Setor.

Análise da Incidência de Fatores de Risco por Setor 2017		
Setores	Principais Fatores	Porcentagem
SETOR 1 Zona Rural Prevalência de Parto Cesáreo 56,23%	Gravidez Tardia	23,07%
	Prematuridade	18,30%
	Baixo Peso	17,50%
	PR Inadequado	14,58%
SETOR 2 Vila Operária e São Judas Prevalência de Parto Cesáreo 67,12%	Gravidez Tardia	28,76%
	Macrossomia	19,17%
	PR Inadequado	17,80%
	Prematuridade	16,43%
SETOR 3 Imaruí Prevalência de Parto Vaginal 60%	Gravidez Tardia	25,71%
	Gravidez na Adolescência	20%
	Macrossomia	17,14%
	APGAR 1°	14,28%
SETOR 4 Cabeçudas e Praia Brava Prevalência de Parto Cesáreo 60%	Gravidez Tardia	25%
	Prematuridade	22,50%
	Baixo Peso	20%
	Macrossomia	15%
SETOR 5 Fazenda Prevalência de Parto Cesáreo 58,76%	Gravidez Tardia	36,08%
	Prematuridade	22,68%
	PR Inadequado	11,34%
	Baixo Peso/ Macrossomia	11,34%
SETOR 6 Dom Bosco e Nossa S^a das Graças Prevalência de Parto Vaginal 59,15%	Gravidez Tardia	22,53%
	Prematuridade	18,30%
	Baixo Peso	16,90%
	Gravidez na Adolescência	16,90%



Setor 7 Promorar e Cidade Nova Prevalência de Parto Vaginal 54,62%	Gravidez na Adolescência	20,58%
	PN Inadequado	18,06%
	Prematuridade	18,06%
	Gravidez Tardia	18,06%
Setor 8 São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt Prevalência de Parto Vaginal 54,37%	Gravidez Tardia	23,35%
	PN Inadequado	18,97%
	Prematuridade	18,24%
	Baixo Peso	12,40%
Setor 9 Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante Prevalência de Parto Cesáreo 53,91%	Gravidez Tardia	21,78%
	PN Inadequado	16,20%
	Baixo Peso	16,20%
	Prematuridade	15,92%
Setor 10 São João e Nova Brasília Prevalência de Parto Cesáreo 55,29%	Prematuridade	24,70%
	PN Inadequado	23,52%
	Gravidez Tardia	22,35%
	Baixo Peso	17,64%
Setor 11 Ressacada e Carvalho Prevalência de Parto Cesáreo 60,46%	Gravidez Tardia	37,20%
	PN Inadequado	20,93%
	Macrossomia	13,95%
	Prematuridade	13,95%
Setor 12 Centro Prevalência de Parto Cesáreo 67,27%	Gravidez Tardia	32,72%
	PN Inadequado	21,81%
	Prematuridade	16,36%
	Macrossomia	12,72%





SESSÃO VI

Uma Itajaí que acredita e investe no potencial de toda criança, garantindo os seus direitos e fortalecendo a cultura dos valores da infância,

Visão do CIEP Vovó Biquinha



FORUM DE DISCUSSÃO DA PESQUISA FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (07/11/2018)

Esta pesquisa é umas das ações integrantes do Projeto APPLICando Saberes, desenvolvido pelo CIEP Vovó Biquinha em parceria com a Secretaria Municipal da Criança, do Adolescente e da Juventude (SECAJ).



Participantes do Fórum: profissionais envolvidos com a rede de atendimento à primeira infância nas Políticas de Saúde, Educação e Assistência Social

Em novembro, foi realizada a fase em comum às duas atividades do Projeto, (pesquisa e capacitação), o Fórum de discussão dos resultados da Pesquisa 2017. Com o objetivo de fomentar estratégias para a redução da incidência de situações de risco ao desenvolvimento na primeira infância do município, com os representantes das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social, Secretaria Municipal da Criança, do Adolescente e da Juventude, Instituições de atendimento a criança em Itajaí e os participantes da capacitação.



O Objetivo do APPLICando Saberes é viabilizar dados que contribuam para a construção do diagnóstico municipal sobre recém-nascidos em situação de vulnerabilidade, e capacitar profissionais da Atenção Básica da Rede Pública de Saúde de Itajaí, sobre riscos e vulnerabilidade na primeira infância.



Neste dia, os palestrantes convidados: Eloísa Gularte médica ginecologista e obstetrícia, Rosalie Knoll médica e coordenadora do curso de medicina da UNIVALI, Fernanda Picollo enfermeira e especializada em saúde pública, Cristina Maria Pozzi neuropediatra, Isabel Jaqueline Cajamarca Tello médica pediatra neonatologista, Márcio Fossari médico neonatologista, que faz parte do grupo de gestores da atenção básica da rede pública de Itajaí e, Juliana Kael, diretora do CIEP Vovó Biquinha discutiram sobre os três fatores de risco com maior incidência no município em 2017: gravidez tardia, prematuridade e pré-natal inadequado.

Os profissionais explanaram sobre a qualidade do serviço, desde a atenção primária até a necessidade de pesquisas que ajudem no panorama municipal para nortear políticas públicas na cidade para a primeira infância. Foi bastante abordada a questão da qualidade do pré-natal, de ser um momento que envolva toda a família, principalmente a mãe e o pai, e que esse acompanhamento é também preventivo, diminuindo a possibilidade de futuros fatores de risco, como prematuridade e baixo peso.



Em relação à gravidez tardia, foram abordados aspectos positivos e negativos sobre essa condição. Como positivo, sobre a estabilidade financeira, social e emocional que a mulher e a família alcançam com o passar dos anos. De caráter negativo, foram abordados sobre a saúde do óvulo e do espermatozóide, e o quanto os mesmos envelhecem e aumentam as possibilidades de anomalias genéticas. Neste sentido foi exemplificado a relação da gravidez tardia com a síndromes genéticas como Down, Rett e X Frágil, bem como também o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

Contribuições da Rede Municipal de Atendimento a Primeira Infância

Em relação a sugestões para futuros eventos, os participantes escreveram: “Participação de toda rede municipal de saúde, principalmente os que realizam o pré-natal. Sugestão articular com o serviço de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde” (sic); “Apresentar para demais organizadores gestores, em especial ao prefeito, pensando em gerar políticas públicas para Infância” (sic).



Por fim, fica de positivo a percepção de que o mapeamento por setores das incidências dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil em Itajaí, fortalece o trabalho voltado para prevenção, cuidado e atenção na primeira infância do município, contribuindo também para o aspecto econômico do mesmo, uma vez que a prevenção é muito mais barata e eficaz do que o atendimento especializado, que muitas vezes se encontra com fila de espera devido à alta demanda.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, S.; PEREIRA, M.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. **Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita:** influência dos determinantes da criança. Revista de psiquiatria clínica, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 136- 141, 2012.

ANDRADE, P. C., LINHARES, J. J., MARTINELLI S., ANTONINI, M., LIPPI, U. G., & BARACAT, F. F. (2004). **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos:** Estudo controlado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 26(9), 697-702.

ARAÚJO, M. C; et al. Os primeiros anos: o bem-estar infantil e o papel das políticas públicas. **Washington DC:** Inter – American Development Bank, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006.

COSTA, S. et al. **Parto normal ou cesariana?** Fatores que influenciam na escolha da gestante. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

DE SOUZA MENDES, C. Q; et al. **Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo.** Ver. Soc. Bras. Enferm. Ped. V.15, n.1, p. 7-12, 2015.

DIDONET, V. Desafios legislativos na revisão da LDB: aspectos gerais e a Educação Infantil. In: **Insumos para o debate 2. Emenda Constitucional n.º 59/2009 e a educação infantil:** impactos e perspectivas. São Paulo: Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 2010. p. 22.

FERRAZ, T. R; NEVES, E. T. **Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas:** um estudo transversal. Rev. Gaúcha Enferm; 2011 mar; 32(1):86-92.

GOLDENBERG, P; FIGUEIREDO, M. T. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde pública, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.

GONZÁLES, R. S. O marco jurídico da proteção, promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. In: MACIEL, Ana L. S. FERNANDES, Rosa M. C. (Orgs.). **O direito das crianças e dos adolescentes em análise.** Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2012.

GONÇALVES, Z. R; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Revista Femina, 40(5), 275-279, 2012.

HECKMAN, J. J. Returno n Investment: Cost vs. Benefits. Ten Year Anniversary Heckamn Handout, p. 1-8, 2008.

LEAL, M. C. et. al. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

MELO, W. A. et al. Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007. Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 12, n. 1, p.73-82, 9 abr. 2010. Universidade Federal de Goiás.

MILNER, M. et al. The impact of maternal age on pregnancy and its outcome. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 38, 281-86, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. PORTARIA Nº 426/GM Em 22 de março de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. Acesso em: 05 de setembro 2018.

OLIVEIRA, L. M. N; FERREIRA, N. R. S; SILVA, R. M. Perfil de mulheres submetidas ao parto cesáreo em uma maternidade pública de Teresina-PI. Revista Interdisciplinar, Teresina, v. 10, n. 1, p.37-42, jan. fev. mar. 2017.



REFERÊNCIAS:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.**

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=1B44090AD56E94C819E76F2BDC8EA4FF?sequence=3. Acesso em: 05 de setembro 2018.

PAULA, H. A. A. et al. **Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde;** Birthweight and maternal variables in health promotion. Rev. APS, v.14, n.1, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ. **CRAS N.Sra. das Graças promove palestra para haitianos.** Disponível em:

<https://itajai.sc.gov.br/noticia/9348/cras-nsra-das-gracas-promove-palestra-para-haitianos#.Wh2GKEqnFdg> Acesso em: 5 de novembro de 2018.

ROCHA, L. et al. **Significados nas representações de mulheres que engravidam após os 35 anos de idade.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(1):30-6, jan. 2014

SANTANA, F; A; LAHM, J. V; SANTOS, R. P. **Fatores que influenciam a gestante a escolha do tipo de parto.** Revista da Faculdade de ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, v. 17, n. 3, p.123-127, jun. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.**

SILVESTRIN, S; et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p.339-345, jul. 2013.

SHONKOFF, F. P. Encyclopedia on Early Childhood Development, 2009.

Disponível:<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.1746&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em 17 de Outubro de 2018.

TEIXEIRA, L. A; VASCONCELOS, L.D; RIBEIRO, R. A. F. Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco/Prevalence of Disease and Relationship to Preterm Birth in High- Risk Pregnancy. Revista Ciências Em Saúde, v. 5, n. 4, p. 35-42, 2015.



Integrantes do Projeto APPLICANDO SABERES



Coordenação:

Sara Caroline Cardozo de Arruda

Docentes e Pesquisadores:

Andressa de Oliveira Cesa

Juliana Nunes Kael

Luana Tonial

Mariana Cardoso Oliveira

Rudney Avelino

Sarah Elizabeth de Lira de Mello

Simone de Fátima Cordeiro Siqueira


Equipe CIEP Vovó Biquinha.



“Vovó Biquinha”




CENTRO DE INTERVENÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE VOVÓ BIQUINHA

☎ 3344 0890 / 99987 5465  98497- 9471

@ vovobiquinha@vovobiquinha.org.br

  vovobiquinha

 www.vovobiquinha.org.br

