

# Caracterização de nascimentos e fluxo das declarações de nascidos vivos no Município de Cascavel, Paraná

## *Characterization of births and flow of declarations of live births in the Municipality of Cascavel, Paraná*

Kamila Caroline Minosso<sup>1</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo do trabalho foi identificar o fluxo das Declarações de Nascidos Vivos e caracterizar os nascimentos vivos em município de médio porte do Sul do Brasil. Realizamos pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, cujos dados foram obtidos junto ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, por meio de instrumento de coleta de dados elaborado. A análise foi estatística descritiva. O tempo para a chegada das declarações até as unidades de atenção básica, via malote, foi variável, predominando de 6 a 10 dias (63,1%). Coerente com o tempo de demora para a chegada da declaração a unidade de saúde, o período que predominou para realizar a visita domiciliar ao recém-nascido foi de 6 a 10 dias (57,8%), com unidades que demoraram mais de 20 dias (5,2%). A visita domiciliar à criança de risco demorou em média até 5 dias em 55,2% dos casos e mais de 5 dias em 31,5%. Em relação aos recém-nascidos, predominou peso de nascimento na faixa de 3.000 a 3.999 gramas (64,09%; n=3.015), sexo masculino (50,46%; n=2.374) e Apgar no primeiro minuto de 8 a 10 (85%; n= 4.014). Observou-se que a assistência à mãe e ao bebê, no município de Cascavel, nos primeiros dias de vida, não está seguindo as orientações da linha guia mãe paranaense, da visita domiciliar até o quinto dia, com agendamento da primeira consulta de puericultura antes dos dez dias de vida do recém-nascido.

**Palavras-chave:** Criança. Declaração de nascimento. Epidemiologia dos serviços de saúde.

### Abstract

Our objective was to identify the flow of the Declarations of Live Births and to characterize the births in a medium size municipality in south of Brazil. Quantitative, descriptive and exploratory research was employed, whose data were obtained from the Information System on Live Births, by a data collection instrument developed. The analysis was descriptive statistics. The time for the declaration arrival to the primary care units by mail was variable, predominating from 6 to 10 days (63.1%). Consistent with the time taken for the declaration arrival to primary care units, the period that predominated to perform the home visit to the newborn was from 6 to 10 days (57.8%), with units that delayed more than 20 days (5.2%). The home visit of the child at risk took an average of up to 5 days in 55.2% of the cases and more than 5 days in 31.5%. About newborn characterization, the birth weight range was among 3,000 to 3,999 grams (64.09%, n = 3,015), male (50.46%, n = 2,374) and Apgar in the first minute of 8 - 10 (85%, n = 4.014). It was observed that the care to the mother and the newborn in the municipality of Cascavel in the first days of life is not following the guidelines from Mãe Paranaense, with the home visit until the fifth day, and a schedule of the first childcare visit before to primary care unit until ten days of the newborn's life.

**Keywords:** Child. Birth certificates. Health services research.

### Introdução

O número de nascimentos em determinado período e local pode constituir informação relevante em diversas áreas de planejamento de programas

regionais, permitindo a elaboração de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, entre outros. Assim, possibilita planejar as ações de saúde, avaliar e elaborar programas de saúde materno-infantil com enfoque na população alvo.<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: kamiminosso@outlook.com

<sup>2</sup> Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

Após o nascimento, são preenchidas nas instituições em que ocorreu o parto, as Declarações de Nascidos Vivos (DNV), documento padronizado pelo Ministério da Saúde (MS) e de uso obrigatório em todo o território nacional para que ocorra o registro civil da criança. Seu objetivo é garantir o acesso da criança recém-nascida a políticas públicas, bem como possibilitar o registro de nascimento no cartório de Registro Civil.<sup>(2)</sup> No município, após o processo de classificação, as declarações são separadas por área de abrangência e encaminhadas às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deverão proceder à localização do recém-nascido (RN) para realização de visita domiciliar (VD).<sup>(3)</sup>

A VD deve se realizar no primeiro momento da assistência à criança, com enfoque no trinômio “mãe-filho-família”, quando são observados e abordados fatores relacionados à puérpera, ao bebê e à família. Nessa ocasião, a mãe deve ser orientada a levar seu filho, na primeira semana de vida, à UBS, para que se inicie o acompanhamento adequado ao RN.<sup>(4)</sup>

A integralidade do cuidado e a estratégia de busca ativa fazem parte das diretrizes políticas da atenção básica à saúde da criança. Contudo, o acompanhamento do RN e de sua família após a alta hospitalar tem acontecido de forma fragmentada e sem adequada articulação entre os níveis de atenção à saúde, o que limita o conhecimento sobre a evolução dessas crianças e as intervenções referentes às suas peculiaridades e às de sua família.<sup>(5)</sup>

Para superar a fragmentação do cuidado à gestante e RN, o estado do Paraná, a partir da constituição da Rede Cegonha em âmbito nacional,<sup>(6)</sup> implantou em 2012, a Rede Mãe Paranaense. Essa preconiza que todas as gestantes tenham a assistência no pré-natal, com qualidade e permitindo que tenham consultas regulares e realização de exames. Estabelece que a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações e para a mudança desses indicadores.<sup>(7)</sup>

Diante da perspectiva de mãe e bebê receberem cuidados integrais na primeira semana de vida, buscase avaliar quanto tempo leva para as DNV chegarem à unidade de saúde para serem realizadas as VD. O processo de avaliação representa um instrumento que pode auxiliar na identificação de problemas relacionados ao fluxo das DNV e serviços em saúde, visando à melhoria da assistência e agilidade da distribuição das mesmas.

Identificar o fluxo das DNV torna-se importante para o planejamento da assistência ao binômio mãe e RN na primeira semana de vida. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar o fluxo das DNV e caracterizar os nascimentos vivos em município de médio porte do Sul do Brasil.

## Material e Método

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, exploratório e descritivo, com identificação dos nascimentos ocorridos no município de Cascavel (PR), baseado em dados secundários no banco de dados do DATASUS, cujas informações utilizadas referem-se ao período de um ano, de janeiro a dezembro de 2015.

O município de Cascavel tem população estimada, em 2017, de 319.608 habitantes,<sup>(8)</sup> sendo que 3.989 são menores de um ano. Possui o total de 40 unidades de saúde (MS/CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) que fazem acompanhamento e assistência desta população. Encontra-se dentre os municípios do Paraná com maior número de nascimentos,<sup>(8)</sup> junto de Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e São José dos Pinhais.

Os formulários da DNV são pré-numerados, com três vias, que devem ser preenchidas para todos os nascidos vivos, quaisquer que sejam as circunstâncias de ocorrência do parto: hospitais, maternidades, serviços de urgência/emergência, domicílio, vias públicas, veículos de transporte, etc. As vias são diferenciadas e encaminhadas distintamente, se apresentam em cores, sendo a primeira branca, destinada a supervisão técnica de saúde de ocorrência do nascimento – secretaria municipal da saúde; a segunda, amarela, é entregue aos pais ou responsável legal, para o registro de nascimento junto ao cartório de registro civil, o qual reterá o documento; e a terceira, rosa, é destinada a unidade de saúde.<sup>(2)</sup>

Os dados a respeito dos nascimentos são coletados por meio das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e consolidados nas Secretarias Municipais de Saúde, que devem encaminhá-los mensalmente às Secretarias Estaduais, em que serão processadas por município, para serem enviadas ao Ministério da Saúde (MS), que as publica por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A coleta de dados foi documental, sobre o número de nascimentos ocorridos durante um ano, baseado no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), cujo acesso, para os dados do município em tela, ocorreu por meio do setor de vigilância epidemiológica da secretaria de saúde do município

de Cascavel, no mês de março de 2016. Esse sistema de informações reúne dados relativos aos nascimentos ocorridos, sendo a fonte dos dados as DNV. Para tanto, a partir de uma matriz de coleta de dados, foram obtidos dados sobre as variáveis: a) maternas – número de gestações, duração da gestação, tipo de gestação, frequência das consultas de pré-natal, tipo de parto, apresentação do RN e trabalho de parto; b) RN: peso ao nascimento, apgar, sexo; c) socioeconômicas – anos de estudo da gestante, faixa etária, estado civil, etnia, ocupação.

A informação sobre o fluxo da DNV no município também foi obtida junto ao setor de vigilância epidemiológica. Após a obtenção das planilhas de informações, os dados foram organizados em tabelas, cuja análise foi estatística descritiva, com apresentação das frequências absoluta e relativa.

Embora tenham sido utilizados dados secundários, o presente estudo integrou a pesquisa de avaliação do programa Rede Mãe Paranaense, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer 544.107/2014, cumprindo com todas as exigências éticas e legais das pesquisas que envolvem seres humanos.

## Resultados

No município do estudo, por meio da DNV, o recém-nascido pode ser classificado em Risco Social ou Biológico. No primeiro caso, o bebê é acompanhado pelo Centro Especializado de Atendimento à Criança (CEACRI), e no segundo, é encaminhado para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O CEACRI sedia um programa conhecido como Ninar, o qual possui duas equipes, constituída de dois técnicos de enfermagem cada, que visitam diariamente as maternidades de Cascavel, sendo estas públicas e/ou privadas. Durante as visitas, a equipe do Programa Ninar aplica as vacinas contra tuberculose (BCG) e hepatite, confere os prontuários, coleta as DNV e orienta as mães em relação a importância da amamentação, os cuidados

com o coto umbilical, higienização do recém-nascido e primeiros cuidados para prevenção de patologias.

A equipe responsável pelo período da manhã realiza as visitas nas quatro maternidades particulares e a equipe responsável pelo período da tarde visita apenas o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), pois este tem uma demanda maior de nascimentos. Tem-se de 25 a 30 nascimentos por dia, totalizando, em média, 500 a 600 nascimentos ao mês.

Quanto ao fluxo das DNV, no ano de 2015, no momento em que a equipe do Ninar visitava o hospital eram recolhidas duas vias, a branca e a rosa. Ao retornar à sede do Projeto Ninar, da via branca era realizada uma cópia e encaminhada até as UBS, via malote, pois esse é o setor responsável, no município, pela captação e distribuição das DNV as UBS do município. Se a DNV fosse considerada de risco, cuja classificação adotada é a recomendada pela linha guia da Rede Mãe Paranaense,<sup>(7)</sup> era encaminhada via e-mail no mesmo dia, assim possibilitando que a UBS realizasse a visita domiciliar na primeira semana de vida do recém-nascido.

No ano de 2017, houve uma alteração com relação ao encaminhamento das DNV. A via rosa, que antes retornava ao Ninar, agora permanece arquivada junto aos prontuários no hospital. A via branca após retornar ao Ninar e ser feito o seguimento até a UBS, a cópia permanece arquivada na sede do próprio programa e a via original é encaminhada à vigilância epidemiológica municipal, para digitalização em um sistema único, o SINASC. As DNV são um arquivo permanente. E, por fim, a via amarela permanece com os pais para realizarem o registro de nascimento junto ao cartório de registro civil. Ao realizar a visita domiciliar, as UBS retornam a via branca ao Ninar, assim possibilitando o controle dos RN que foram visitados ou não.

Na tabela 1, apresentam-se dados em relação ao tempo para a chegada da DNV até as unidades de saúde, para realizar a VD e também para a VD em crianças estratificadas como de alto risco, no município do estudo.

**Tabela 1** - Tempo para a chegada da DNV até a UBS. Cascavel, PR. 2017.

Fluxo da DNV	Período	0 a 5 dias		6 a 10 dias		+ 10 dias	
		n	%	n	%	n	%
Tempo para chegada da DNV na UBS		11	28,9	24	63,1	3	7,8
Tempo para realizar a VD		5	13,1	22	57,8	10	28,8
		Até 3 dias		Até 5 dias		>6 dias	
Tempo para a VD em RN de alto risco		5	13,1	21	55,2	12	31,5

Fonte: Banco de dados do pesquisador.

O tempo para a chegada das DNV até as UBS, é variável, predominando o grupo de 6 a 10 dias (63,1%). Coerente com o tempo de demora para a chegada da DNV à UBS, o período que sobressaiu para realizar a VD ao RN foi de 6 a 10 dias (57,8%). Porém, destacam-se as unidades que demoram, em média, mais de 20 dias para realizar a VD ao RN

(5,2%). Quanto a VD à criança classificada como de risco, esta demora em média até 5 dias em 55,2% dos casos e mais de cinco dias em 31, 5% dos casos.

Os resultados relacionados a caracterização dos nascimentos no município de Cascavel, relativos a gestação, ao pré-natal e parto, estão descritos a seguir, na Tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização dos nascimentos no município de Cascavel, PR, ano 2015, quanto a gestação, pré-natal e parto. Cascavel, PR. 2017.

<b>Características da gestação, pré-natal e parto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gestações anteriores	4.704	100,0
Nenhuma	2.061	43,81
<b>1 a 3</b>	<b>2.457</b>	<b>52,53</b>
4 a 6	171	3,63
7 a 9	13	0,27
10 e mais	2	0,04
Duração da gestação em semanas	4.704	100,0
22 a 27	27	0,57
28 a 31	38	0,80
32 a 36	367	7,80
<b>37 a 41</b>	<b>4.232</b>	<b>89,96</b>
42 e mais	40	0,85
Tipo da Gestação	4.768	100,0
<b>Única</b>	<b>4.647</b>	<b>97,46</b>
Dupla	121	2,53
Frequência de consultas no pré-natais	4.704	100,0
Nenhuma	9	0,19
1 a 3	143	3,03
4 a 6	824	17,51
<b>7 e mais</b>	<b>3.728</b>	<b>79,25</b>
Tipo de Parto	4.704	100,0
Parto vaginal	1.811	38,49
<b>Cesariana antes do início do trabalho de parto</b>	<b>2.425</b>	<b>51,55</b>
Cesariana após o início do trabalho de parto	468	9,94
Apresentação do bebê no trabalho de parto	4.704	100,0
<b>Cefálica</b>	<b>4.517</b>	<b>96,02</b>
Pélvica ou podálica	173	3,67
Transversa	14	0,29
Trabalho de parto induzido	4.704	100,0
Sim	1.174	24,95
<b>Não</b>	<b>3.530</b>	<b>75,04</b>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>

Nota: a divergência entre os números totais corresponde as distintas fontes que alimentam os dados no sistema de informações e foram mantidas, por se tratarem de dados secundários.

Quanto a ocorrência de gestações anteriores, observou-se que o Grupo de 1 a 3 obteve maior prevalência, com 52,23% (n=2.457), seguido de nenhuma gestação anterior, 43,81% (n=2.061). Sobre a duração das gestações, o Grupo de 37 a 41 semanas destacou-se com 89,96% (n=4.232), seguido de 32 a 36 semanas de gestação, com 7,8% (n=367). A gestação do tipo única prevaleceu com 97,46% (n=4.647).

Em relação à quantidade de consultas no pré-natal, observou-se predomínio de 7 ou mais consultas, com 79,25% (n=3.728), seguido de 4 a 6 consultas, com 17,51% (n=824). O tipo de parto que mais ocorreu foi

a cesariana, quase 62% (n=2,893), visto que o parto vaginal ocorreu apenas em 38,49% (n=1,811) dos nascimentos. Ainda, no que diz respeito ao tipo de cesárea ocorrida, percebeu-se que é realizada antes de iniciar o trabalho de parto em 51,55% (n=2.425) dos casos.

Observou-se que quase todos os partos foram cefálicos com 96,02% (n=4.517). Em relação ao parto induzido, percebe-se que mais de 75% dos partos não são induzidos (n= 3.530).

Na Tabela 3, a seguir, apresentam-se os dados relacionados aos recém nascidos.

**Tabela 3** - Registros relacionados aos recém-nascidos coletados na DNV, referente ao ano de 2015. Cascavel, PR. 2017.

<b>Características dos recém-nascidos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Peso de nascimento	6758	100,0
< 1500g	112	1,65
1500g a 2499g	510	7,54
<b>2500 e mais</b>	<b>6133</b>	<b>90,75</b>
Não preenchido	3	0,04
Sexo	4704	100,0
<b>Masculino</b>	<b>2374</b>	<b>50,46</b>
Feminino	2330	49,53
Apgar no primeiro minuto	4704	100,0
Não Informado	12	0,25
0 a 3	86	1,82
4 a 7	592	12,58
<b>8 a 10</b>	<b>4014</b>	<b>85,33</b>
Apgar no quinto minuto	4704	100,0
Não Informado	11	0,23
0 a 3	10	0,21
4 a 7	101	2,14
<b>8 a 10</b>	<b>4.582</b>	<b>97,40</b>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>

Evidenciou-se que a maioria (90,75%) dos RN pesou mais de 2500 gramas. Em relação ao sexo 50,46% (n=2.374) foram do sexo masculino e 49,53% (n=2.330) do sexo feminino. Quanto ao Apgar no 1º minuto, os dados apontam que o grupo de escores de 8 a 10 representam mais de 85% (n= 4.014), seguido do grupo de 4 a 7, tendo quase 13% (n= 592) destes.

Em relação ao Apgar no 5º minuto, tem-se 97,40% (n= 4.582) no grupo de 8 a 10 minutos, seguida do grupo de 4 a 7, com um índice mais reduzido do que no Apgar do 1º minuto, com 2,14% (n= 101), evidenciando a recuperação dos bebês.

Na Tabela 4, a seguir, demonstram-se os dados socioeconômicos obtidos das DNV, para o período e município do estudo.



**Tabela 4** – Dados socioeconômicos das gestantes nas declarações de nascidos vivos para o ano de 2015. Cascavel, PR. 2017.

<b>Dados socioeconômicos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Anos de estudos concluídos	4768	100,0
Nenhum	11	0,23
1 a 3	52	1,09
4 a 7	605	12,68
<b>8 a 11</b>	<b>2.703</b>	<b>56,69</b>
12 e mais	1.397	29,29
Faixa etária da gestante	4.704	100,0
10 a 14	27	0,57
15 a 19	634	13,47
<b>20 a 29</b>	<b>2.424</b>	<b>51,53</b>
30 a 39	1.509	32,07
40 a 49	110	2,33
Estado Civil	4704	100,0
Solteira	632	13,43
Casada	1.955	41,56
Viúva	4	0,08
Separada judicialmente	39	0,82
<b>União estável</b>	<b>2.073</b>	<b>44,06</b>
Etnia/cor	4704	100,0
<b>Branca</b>	<b>4.076</b>	<b>86,64</b>
Preta	97	2,06
Amarela	3	0,06
Parda	527	11,20
Indígena	1	0,02
Ocupação	4.728	100,0
Membros das forças armadas, polícia e bombeiros	6	0,12
Membros superiores do poder público	179	3,78
Profissionais das ciências e artes	634	13,40
Técnicos de nível médio	195	4,12
Trabalhadores de serviços administrativos	657	13,89
Trabalhadores de serviços como vendedores de comércio e lojas	770	16,28
Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca	42	0,88
Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais	286	6,04
<b>Códigos de exclusão*</b> (Dona de casa: 1.747; Estudante 211; Pensionista 1)	<b>1.959</b>	<b>41,43</b>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>

\*Classificação dada pelo código Brasileiro de Ocupações – CBO.

No que diz respeito a escolaridade da mãe, observou-se que o maior índice foi de mulheres que estudaram de 8 a 11 anos (n= 2.663; 56,61%), ou seja, concluíram o ensino médio. Seguida do grupo de 12

anos ou mais, com 29,31% (n= 1.379). Entretanto, há mulheres que não têm nenhum nível de escolaridade 0,23 (n= 11).

Quanto a faixa etária das mães, percebeu-se que a maioria tem entre 20 a 29 anos, correspondendo a 51,53% (n= 2.424). Seguido da idade de 30 a 39 anos representando 32,07% (n= 1.509). O índice de gestações adolescentes foi 14,04% (n= 661) ocorrências. Com relação ao estado civil, tem-se que união estável tem um índice maior 44,06% (n= 2.073), seguido do grupo de casados com 41,56% (n= 1.955) e o grupo de solteiros correspondem a 13,43% (n= 632).

Quanto à etnia da mãe, percebe-se que a branca representou 86,64% (n= 4.076), seguida da parda com 11,20% (n= 527) e preta com 2,06% (n= 97). Sobre a ocupação, 41,43% (n= 1.959) são de código de exclusão, em que se encaixam as profissões como dona de casa, estudante e pensionista. Seguida de ocupações no setor de serviços, como vendedores de comércio e lojas, com 16,28% (n= 770).

## Discussão

Quanto ao perfil que se pode traçar da gestação, encontrou-se que o maior número de mulheres está na faixa de uma a três gestações, cuja duração média é de 37 a 41 semanas, gestação única e realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. A frequência de cesariana antes do início do trabalho de parto foi expressiva, a apresentação cefálica dos bebês foi predominante e em sua maioria o trabalho de parto não foi induzido. Em relação aos recém-nascidos, o peso de nascimento predominou na faixa de 3.000 a 3.999 gramas, o sexo foi majoritariamente masculino e o Apgar no primeiro minuto na faixa de 8 a 10. As características sociodemográficas que definem o período analisado foram os anos de estudo na faixa de 8 a 11 anos, a faixa etária de 20 a 29 anos, embora haja gravidez na adolescência, união estável, etnia branca e a ocupação do lar.

Em relação ao perfil obstétrico revelou-se, que o número mais prevalente de gestações anteriores, no nosso estudo, é de 1 a 3 filhos, corroborando com a literatura existente. Estudo feito em uma maternidade do Espírito Santo identificou maior percentual (72,4%) de uma a duas gestações anteriores.<sup>(10)</sup>

Quanto a duração da gestação, o grupo de 37 a 41 semanas sobressaiu, com quase 90% de frequência. Dados de estudo realizados em Aracaju, com o objetivo de caracterizar as gestações, partos e recém-nascidos, revelaram semelhança quando comparados ao nosso estudo, em que o grupo de 37 a 41 semanas demonstrou mais de 89%.<sup>(11)</sup>

No que se refere ao número de consultas no pré-natal, Costa, Guilhem e Walter,<sup>(12)</sup> realizaram um estudo em mais de 627 municípios, em que demonstrou-se como resultados, que são realizadas mais que seis consultas de pré-natal durante a gestação. Weidle *et al.*<sup>(13)</sup> mencionam que, considerando o número de consultas realizadas, 44% das gestantes realizaram 2 a 4 consultas, 31%, 5 a 7, e 25% já haviam consultado mais de 7 vezes. Em outro estudo percebe-se que pouco mais da metade das mulheres iniciaram a realização das consultas e o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gestação, corroborando com os dados apresentados em nosso trabalho.<sup>(14)</sup>

A gestação do tipo única prevalece com mais de 97% em nosso estudo, bem como, equivale-se ao estudo realizado por Brizot *et al.*,<sup>(15)</sup> no qual a incidência da gestação única foi de 9000, múltiplas foram 169 gestações e dentre essas, 93% foram duplas, 6% triplas e 1% quádruplas.

Sobre o tipo de parto que mais ocorreu, destaca-se que as cesáreas são realizadas com mais frequência em relação ao parto vaginal, bem como em um estudo realizado no município Vale do Taquari, o qual demonstra que as gestantes que preferem parto vaginal somam 75% e as que preferem parto abdominal são 25%.<sup>(13)</sup> No entanto, quando comparadas as preferências das gestantes aos dados do SINASC para o mesmo período, no município estudado pelos autores, mostram uma proporção grande de partos abdominais (67,8%), indicando que a preferência referida pelas gestantes não influenciou no tipo de parto realizado. Ainda, vale ressaltar que temos um número elevado de ocorrência de cesáreas, sendo um percentual muito acima daquele recomendado pela OMS, que é de 15%.<sup>(16)</sup>

Segundo a classificação nutricional do peso ao nascer de recém-nascidos, pouco menos de três quintos nasceram com peso adequado; um quinto com peso insuficiente; e menos de um quinto com baixo peso ao nascer.<sup>(17)</sup> Diante desse achado, nossa pesquisa aponta que a maioria dos recém-nascidos pesou mais de 2500 e nasceu no período gestacional adequado, com mais de 38 semanas de gestação.

No tocante a cesárea ocorrida antes ou após o início do trabalho de parto, revelou-se, dentre as participantes deste estudo que a maioria teve cesárea antes de iniciar o trabalho de parto. Estudo feito em dois hospitais privados do Brasil, descreve que a prevalência de

cesáreas antes do parto foi acentuada em um hospital privado e teve menor índice no outro.<sup>(18)</sup>

Quanto ao parto induzido, apesar de que mais de 75% dos partos não são induzidos, ainda há uma porcentagem considerável daqueles que são, o que também é demonstrado por estudiosos da área, que revelam que a rotura espontânea das membranas ocorreu em quase 70% das mulheres atendidas, as outras necessitaram da ruptura artificial. Quanto ao uso de ocitocina, mais de 30% das mulheres receberam a medicação, destas, quase 30% receberam no pós-parto.<sup>(19)</sup>

O maior percentual do sexo das crianças nascidas nesse período, foi o do sexo masculino (50,46%). Corroborando com o estudo feito em um hospital escola do noroeste do Paraná, também predominando mais da metade dos RN do sexo masculino.<sup>(20)</sup>

No que se refere ao Apgar, é possível observar que, no 1º e no 5º minuto, ambos apontam o grupo de escores de 8 a 10, concordando com outros autores que descreveram o mesmo índice de Apgar.<sup>(21)</sup>

O perfil socioeconômico demonstrou que as mães desse estudo apresentam um alto índice de conclusão do ensino médio, porém, em um estudo realizado em uma cidade de médio porte, demonstrou que nas regiões leste, nordeste e norte da cidade apresentaram altas proporções de mães com menos de oito anos de estudo, e a região central apresentou um conglomerado com baixas proporções de mães com baixa escolaridade, ou seja, quase metade da população alvo da pesquisa teve reduzido acesso à educação.<sup>(22)</sup>

Friche *et al.*<sup>(22)</sup> também descrevem que há um conglomerado de taxas altas de mães menores de vinte anos nas regiões estudadas, outras evidências são os achados de gravidez na adolescência, em grupos sociais desfavorecidos. Nosso estudo apresenta dados em que a idade média das mulheres é de 20 a 29 anos, corroborando com o estudo de Leite *et al.*,<sup>(10)</sup> o qual descreve em seu estudo que mais da metade das mulheres estavam dentro dessa faixa etária. Todavia, vale ressaltar em nosso estudo a porcentagem significativa de puérperas adolescentes.

Estudo mostra que há riscos quando a gravidez ocorre na adolescência, tanto para a mãe quanto para o RN. As mulheres têm mais probabilidade de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica,

partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos, e entre as menores de 15, essa ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo essa uma das principais causas de morte da faixa etária.<sup>(23)</sup>

Quanto à situação conjugal, observa-se a prevalência de mulheres em união estável (44,06%) ou casadas (41,56%), tendo resultado similar ao de estudo, que descreve que 83,6% eram casadas ou viviam com parceiro.<sup>(10)</sup>

Em relação a cor/raça, observa-se maior índice de mulheres de etnia branca (87%), bem como em um estudo realizado na região sudeste do Brasil, o qual descreve que a maioria das mulheres atendidas eram de etnia branca.<sup>(18)</sup>

No que tange à ocupação, 41,43% encaixam-se nas profissões como dona de casa, estudante e pensionista, esse achado é similar ao estudo realizado por Silva, Prates e Campelo,<sup>(14)</sup> no qual a grande maioria das mulheres não trabalhavam fora de casa, tendo como atividade o cuidado com o lar e os filhos. Todavia, foi analisado que as mulheres do lar apresentaram maior quantidade (32%); no entanto, a maioria delas tinha alguma ocupação ou profissão remunerada (62%).<sup>(13)</sup>

Observa-se no estudo sobre o fluxo das DNV realizado no município de Cascavel, que, do hospital para a vigilância epidemiológica, o tempo mediano de fluxo pode ser considerado breve, uma vez que variou (para riscos biológicos) entre 2 a 4 dias, e entre 2 a 3 dias, nos riscos sociais; da vigilância à UBS variou entre 2 a 7 dias, nos riscos biológicos e, entre 2 a 20 dias, nos riscos sociais; do momento em que chega à UBS até a realização da visita domiciliária verifica-se que o tempo mediano amplia-se, nos riscos biológicos, entre 5 a 17 dias e, entre 6 e 18 dias, nos riscos sociais.<sup>(3)</sup>

Quinze anos depois, nosso estudo traz dados semelhantes, observa-se que o tempo que se leva para a vigilância epidemiológica encaminhar a DNV de risco habitual até a UBS, em média, demora de 6 a 10 dias, após a chegada, deve ser realizada a visita domiciliar, a qual também leva um tempo de 6 a 10 dias, dificultando as intervenções e recomendações que deveriam ser feitas ainda nos primeiros dias de vida do RN. Isso nos leva a refletir que, mesmo com



a orientação da linha guia e implantação da Rede Mãe Paranaense a partir de 2012, não houve ainda mudança significativa no que diz respeito a atenção ao RN na primeira semana de vida, a qual perpassa o fluxo da DNV, pois é por meio dela que a UBS toma conhecimento dos nascimentos em sua área de abrangência.

Quando se observa o fluxo das DNV de risco, percebe-se que do hospital para a vigilância epidemiológica demorou, em média, de 3 a 4 dias; de 6 a 8 dias, da vigilância epidemiológica para a UBS; de 15 a 19 dias, da UBS até a realização da visita domiciliária. Tomando a data de nascimento por referência, houve uma demora de 25 a 30 dias, até a realização da visita domiciliária para os RN de risco.<sup>(3)</sup>

## Conclusão

Observou-se que a assistência à mãe e ao RN, no município de Cascavel, nos primeiros dias de vida, não está contemplando as orientações e determinações da linha guia mãe paranaense, no tocante as ações da primeira semana de vida integral, cuja meta é a visita domiciliar até o quinto dia pela equipe de saúde, com agendamento da primeira consulta de puericultura antes dos dez dias de vida do recém-nascido. Embora os dados sejam apenas descritivos, uma limitação do estudo, podem subsidiar a discussão sobre a celeridade no fluxo das DNV com vistas a modificar sua prática e tornar as visitas domiciliares possíveis na primeira semana de vida do RN.

O período entre o nascimento e a realização da visita domiciliar é longo, podendo impactar no nível de morbimortalidade infantil. Assim, podemos concluir que há necessidade de vigilância contínua, especialmente maior atenção ao fluxo das DNV. Sugere-se, portanto, que o município adote fluxogramas bem estabelecidos para seguimento do recém-nascido, a partir da construção de protocolos de cuidado ao RN e família.

## Referências

1 Mishima FC, Scochi CGS, Ferro MAR, Lima RAG, Costa IAR. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999 abr;15(2):387-395.

- 2 Brasil. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei no 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, 2012 jul. 6; Seção 1. p. 109.
- 3 Paiva NST, Anselmi ML, Santos CB. Projeto “Viver em Cascavel”: análise do fluxo de informações. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002 jul-ago;10(4):537-543.
- 4 Rodrigues TMM, Vale LMO, Leitão RAR, Silva RMO, Rocha SS, Pedrosa JI. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Rev Interd NOVAFAP*. 2011 abr-maio-jun;4(2):21-26.
- 5 Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(4):713-721.
- 6 Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, 2011 jun. 27; Seção 1, p. 109.
- 7 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha guia: rede mãe paranaense. Paraná: SESA; 2012.
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades (IBGE). População [citado 2017 set 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/cascavel/panorama>.
- 9 Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Informações epidemiológicas referentes aos nascimentos de Cascavel, PR. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Internet]. [citado 2017 fev. 10]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>
- 10 Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2013 abr-jun;18(2):344-350.
- 11 Gurgel RQ, Nery AMDG, Almeida MLD, Bettiol H, Barbieri MA. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2009 abr-jun;9(2):167-177.
- 12 Costa AM, Guilhem D, Walter IMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2005 out;39(5):768-774.
- 13 Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet*. 2014;22(1):46-53.

- 14 Silva PC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM*. 2014 jan-mar;4(1):1-9.
- 15 Brizot ML, Fujita MM, Reis NSV, Banduki Neto JDB, Schultz R, Miyadahira S, Zugaib M. Malformações fetais em gestação múltipla. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2000 set;22(8).
- 16 Hoffmeister MC, Scapineli JO, Fujita DA, Lunardi DER, Resta MB, Figueiredo RV, Mendes XM, Kluck MM. Perfil dos partos cesáreos em um hospital universitário. *Clin Biomed Res*. 2015;35(1).
- 17 Capelli JCS, Pontes JS, Pereira SEA, Silva AAM, Carmo CN, Boccolini CS, Almeida MFL. Peso ao nascer e fatores associados ao pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014 jul;19(7):2063-2072.
- 18 Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad. Saúde Pública*. 2014 ago;30(1).
- 19 Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA. Reflexão sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev. Bras. Enferm*. 2010 ago;63(4):652-659.
- 20 Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):95-102.
- 21 Santos PQ, Souza ML, Pinheiro CEA, Santos ML, Monticelli M, Diniz CSG. Posição materna no parto e apgar do recém-nascido: estudo transversal. *OBJN*. 2009;8(3):13.
- 22 Friche AAL, Caiaffa WT, Cesar CC, Goulart LMF, Almeida MCM. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2006 set;22(9):1955-1965.
- 23 Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2006 v out-dez;6(4):419-426.

*Recebido em: 18 out. 2017.*

*Aceito em: 14 mar. 2018.*