



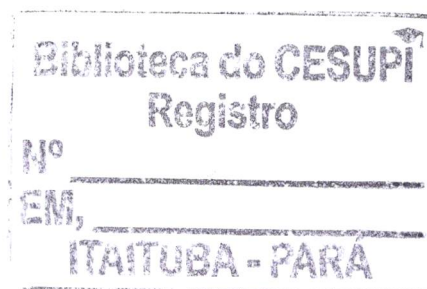
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA - FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CLAÍSA FERNANDA SILVA TRINDADE

**FATORES MATERNO E NEONATAIS ASSOCIADOS A BAIXA
ESCALA DE APGAR DOS RECÉM-NASCIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**



Itaituba - PA

2022

CLÁISA FERNANDA SILVA TRINDADE

**FATORES MATERNO E NEONATAIS ASSOCIADOS A BAIXA
ESCALA DE APGAR DOS RECÉM-NASCIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Dr. Jossehan Galúcio de Frota.

Itaituba - PA

2022

CLAÍSA FERNANDA SILVA TRINDADE

**FATORES MATERNO E NEONATAIS ASSOCIADOS A BAIXA
ESCALA DE APGAR DOS RECÉM-NASCIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Dr. Jossehan Galúcio de Frota.

BANCA EXAMINADORA

Presidente _____ Nota: _____

Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Avaliador _____ Nota: _____

Prof. Maria Bernadete dos Santos Coelho

Avaliador _____ Nota: _____

Ma. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Resultado: _____ Média: _____

Data: 13 de Abril de 2022

*A minha família, em especial a minha mãe
Gleiza Cristina, por todo apoio, amor carinho e
ajuda. Dedico-lhe de coração esse trabalho
como gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este projeto após muito esforço e dedicação, dias e dias cansativos, é necessário dizer que sem algumas pessoas, essa trajetória não estaria completa e eu não estaria agora defendendo tal projeto, agradeço primeiramente a Deus por me guiar até essa conquista.

Agradeço a toda minha família que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, me incentivando e me encorajando a sempre ir mais longe, ao meu pai, **Claudemir Trindade**, pelo suporte que me deu durante esses 5 anos de curso, a minha mãe **Gleiza Cristina** por toda sua ajuda, sem você, isso não seria possível, aos meus irmãos **Clara Trindade** e **Junior Trindade** pela companhia nos dias difíceis.

Agradeço a **Michael Nunes**, por todas as horas ao meu lado, me incentivando, me motivando nessa jornada difícil, obrigada por estar comigo nos momentos difíceis.

A **Juliana Teles** por me ajudar com o tema desse projeto, por todo companheirismo em sala de aula e fora dela em todos esses anos, e todas as etapas da faculdade.

Agradeço a **Sâmea Janielle, Danielle da Conceição** e **Juliana Teles** pela amizade que construímos em todos esses anos, sem vocês nada disso seria possível, amo cada minuto que passamos juntas, foi um prazer dividir uma sala de aula com vocês.

Agradeço ao meu Orientador Doutor **Jossehan Galúcio da Frota**, pela paciência, incentivo e por se manter presente, obrigada pelas dicas e por todo o ensinamento repassado.

Isso é apenas o começo de uma longa história!

Michael Jackson

RESUMO

O parto é uma experiência única e marcante na vida de uma mulher, caracterizado por um conjunto de práticas obstétricas que promovem um trabalho mais seguro e saudável, tanto para mãe quanto para criança. O avanço da obstetrícia possibilitou melhoras nos índices de mortalidade perinatal, e uma das formas de se mensurar esses óbitos é através da Escala de Apgar. Estudos acerca do tema são bastante escassos, e o Município de Itaituba necessita de pesquisas mais aprofundadas. O presente estudo tem como objetivo descrever os fatores maternos (faixa etária, escolaridade, o número de consultas do pré-natal, a idade gestacional e o tipo de parto) e neonatais (gênero e peso) que diminuem a vitalidade dos recém-nascidos no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Essa pesquisa é do tipo exploratória, de levantamento, de cunho teórico-empírico, com dados quantitativos. Foram analisados os prontuários de mulheres do setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2020. Ao todo, obteve-se 205 prontuários neonatais com apgar classificado ≤ 7 , onde a faixa etária materna predominou entre 19 a 23 anos, representando 35,1% ($n = 71$), com ao grau de escolaridade fundamental incompleto (38%; $n=78$). Quanto a quantidade de consultas de pré-natal, cerca de 45,9% ($n = 94$) tinham realizado menos de 6 consultas de pré-natal. A realização inadequada do pré-natal está intimamente ligada a baixa escolaridade. Cerca de 82,0% ($n = 168$) das puérperas se encontravam entre a 36 a 42 semanas de gestação quando pariram, sendo que a maioria dos partos ocorreu pela forma vaginal (60,0%; $n= 123$). Fato que pode dificultar a resolução de diversas complicações, como: iteratividade do útero, desproporção cefálica, posição fetal, nó verdadeiro de cordão umbilical e as vezes a circular de cordão umbilical ou até mesmo a retirada do feto tardiamente. Dentre os neonatos, 61,4% ($n = 126$) são do sexo feminino, com a massa predominando de 3.000 a 3.999 gramas (60,5%; $n = 122$). Conclui-se, então que o baixo apgar está correlacionado à diversos fatores que podem ser combatidos, como principalmente, o número de consultas do pré-natal, assistência ao tipo de parto e a escolaridade materna. Também é preciso que os profissionais de enfermagem estejam capacitados, para que haja melhorias na cobertura de pré-natal e uma busca ativa mais eficaz dessa assistência.

Palavras-chave: Gestação. Maternidade. Parto. Enfermagem. Pré-natal.

ABSTRACT

Childbirth is a unique and remarkable experience in a woman's life, characterized by a set of obstetric practices that promote safer and healthier work, both for mother and child. The advancement of obstetrics has enabled improvements in perinatal mortality rates, and one of the ways to measure these deaths is through the Apgar Scale. Studies on the subject are quite scarce, and the Municipality of Itaituba needs further research. The present study aims to describe maternal (age group, schooling, number of prenatal consultations, gestational age and type of delivery) and neonatal (gender and weight) factors that reduce the vitality of newborns in the Itaituba Municipal Hospital, State of Pará. This research is exploratory, of a survey, of a theoretical-empirical nature, with quantitative data. The medical records of women in the Gynecology and Obstetrics sector of the Municipal Hospital of Itaituba in 2020 were analyzed. In all, 205 neonatal records were obtained with an Apgar score ≤ 7 , where the maternal age group predominated between 19 and 23 years, representing 35.1% ($n = 71$), with incomplete primary education (38%; $n = 78$). As for the number of prenatal consultations, about 45.9% ($n = 94$) had performed less than 6 prenatal consultations. Inadequate prenatal care is closely linked to low education. About 82.0% ($n = 168$) of puerperal women were between 36 and 42 weeks of gestation when they gave birth, and most deliveries occurred vaginally (60.0%; $n = 123$). This fact can make it difficult to resolve several complications, such as: uterus iteration, cephalic disproportion, fetal position, true umbilical cord knot and sometimes the umbilical cord circle or even the late withdrawal of the fetus. Among the neonates, 61.4% ($n = 126$) are female, with the mass predominating from 3,000 to 3,999 grams (60.5%; $n = 122$). It is concluded, then, that the low Apgar is correlated to several factors that can be fought, such as, mainly, the number of prenatal consultations, assistance to the type of delivery and maternal education. It is also necessary for nursing professionals to be trained, so that there are improvements in prenatal coverage and a more effective active search for this assistance.

Keywords: Gestation. Maternity. childbirth. Nursing. Prenatal.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 -	A faixa etária das mães que tiveram filhos que nasceram entre 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, e que tiveram baixo índice de apgar no primeiro minuto. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).....	32
Gráfico 2 -	Grau de escolaridade das puérperas relacionadas ao baixo índice de apgar em nascidos vivos que nasceram no ano de 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	33
Gráfico 3 -	Quantidade de consultas de pré-natal realizadas por mães que tiveram bebês que nasceram no ano de 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, e tiveram apgar igual ou abaixo de 7 no primeiro minuto. Coluna azul – menos que seis consultas de pré-natal. Coluna laranja – entre sete e dez consultas de pré-natal e coluna roxa- mais de 11 consultas de pré-natal. Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	35
Gráfico 4 -	Idade gestacional das puérperas que tiveram recém-nascidos com baixo índice na escala de apgar no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, no ano de 2020. Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	36
Gráfico 5 -	Caracterização do tipo de parto entre os recém-nascidos que tiveram baixo índice de apgar e nasceram no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, entre os anos de 2017 a 2021.Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	38
Gráfico 6 -	Gênero dos recém-nascidos vivos que nasceram no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2020 e foram associados ao baixo índice de apgar.Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	39
Gráfico 7 -	A massa corporal e o número de recém-nascidos que nasceram no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, no ano de 2020 e obtiveram apgar igual ou abaixo de 7 no primeiro minuto. Fonte: Elaborado por Trindade (2022)	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN	Recém-nascido
DNV	Declaração de Nascido-Vivo
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	NASCIMENTO.....	14
2.2	MORTALIDADE INFANTIL.....	15
2.3	APGAR.....	17
2.4	FATORES ASSOCIADOS A UMA ESCALA DE APGAR BAIXO.....	19
2.5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	20
2.6	ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS A ESCALA DE APGAR.....	23
2.7	NASCIMENTO E A ENFERMAGEM.....	25
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.3	COLETA DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	30
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
3.5	ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	31
5	CONCLUSÃO.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência única e marcante na vida de uma mulher, caracterizado por um conjunto de práticas obstétricas que promovem um trabalho de parto mais seguro e saudável tanto para mãe quanto para criança. O avanço da obstetrícia nos possibilitou melhoras nos índices de morbidade e mortalidade perinatal, considerando o parto não como uma doença, mas como um processo mais amplo e particular que vai além do parir e nascer. Por tais motivos é de suma importância o acompanhamento perinatal, onde deverá ser criada a relação profissional de saúde e gestante com o objetivo de esclarecer e avaliar possíveis riscos e complicações no nascimento, além de preparar as melhores condições para o parto (BRASIL, 2017).

O período perinatal é entendido pelo tempo entre a 28 semana de gestação e os 7 dias de vida do recém-nascido, neste período é coletado os primeiros dados relevantes para a vitalidade do RN, para que possam ser implementadas ações de saúde e conseqüentemente reduzir as taxas de mortalidade infantil, que ainda são altas no Brasil (BRASIL, 2011b).

Com o objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno- infantil, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, em parceria com o estado e municípios, afim de garantir as mulheres o direito a uma atenção humanizada ao planejamento à gestação, um parto e pós-parto seguro, assim como para as crianças no período neonatal até os 2 anos de idade (SOUZA, 2017).

Em países subdesenvolvidos, onde nem todos tem acesso a exames laboratoriais, a utilização da escala de Apgar, por ser um método de baixo custo, se tornou indispensável para avaliar a vitalidade do RN no 1 e 5 minutos de vida. Seu baixo score nos permite ter uma atenção extra ao recém-nascido para assegurar sua sobrevivência e bem-estar (CUNHA *et al.*, 2004).

A escala de Apgar é um método criado pela anestesista Virginia Apgar, proposto no ano de 1953, com a finalidade de analisar as condições do neonato nos primeiros minutos de vida; a avaliação consiste em uma escala de 0 a 10, onde será julgado 5 sinais objetivos: frequência cardíaca, esforço respiratório, irritabilidade reflexa, tônus muscular e coloração da pele; cada sinal é avaliado de 0 a 2, onde a soma totaliza 10 pontos. Recém-nascidos avaliados com notas acima de 8 indicam boas condições de nascimento, e os com nota abaixo de 7 referem uma atenção redobrada (APGAR, 1953).

No que diz respeito a baixa escala de Apgar, é evidenciado uma direta relação com fatores maternos sociodemográficos, obstétricos e neonatais. Sendo assim, o estudo de tais causas é fundamental para a implementação de práticas de saúde para a população que apresenta essas condições afim de que possivelmente essa ocorrência possa ser reduzida (PRADO; FONTES; SCHMIDT, 2015).

No Brasil, a mortalidade neonatal representa 70% dos óbitos, e 25% acontecem no primeiro dia de vida, caracterizado pela morte neonatal precoce (LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013). Essas porcentagens estão ligadas com o proceder do parto e do nascimento (LANSKY *et al.*, 2014). Evidenciando assim a escala de Apgar como o principal indiciador para mortalidade neonatal (KILSZTAJN *et al.*, 2007).

Mediante a informação, a presente pesquisa tem alguns questionamentos, como: Quais os principais fatores maternos e neonatais que influenciam o baixo índice da escala de Apgar?

Descrever o perfil social e os fatores maternos (faixa etária, escolaridade, o número de consultas do pré-natal, a idade gestacional e o tipo de parto) e neonatais (gênero, peso e Apgar) que diminuem a vitalidade dos recém-nascidos no Hospital Municipal de Itaituba e assim, geraram uma Escala de Apgar baixo no ano de 2020.

A escala de Apgar revela as condições de saúde materno-infantil, e está relacionada a morte neonatal e fetal, no entanto pode ser influência de fatores socioeconômicos e também de uma assistência integrada (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

É de relevância o reconhecimento do perfil materno e do neonato, assim como de todos os fatores envolventes afim de ser planejado cuidados e prevenções para os causadores dos índices de Apgar baixo e óbitos. Estudos mostram a necessidade de mais pesquisas que corroborem essa relação (MUNIZ *et al.*, 2016).

Um estudo minucioso sobre as variáveis envolventes da condição neonatal pode melhorar a assistência e a segurança no nascimento (SANTOS *et al.*, 2019). O Apgar é um indicador de riscos em potencial para a criança e para o seu desenvolvimento, por tal motivo é essencial a identificação precoce das variáveis para implementar cuidados que diminuam esses riscos (ERMEL; GRAVE, 2011).

O presente estudo em Itaituba é o pioneiro em relação à pesquisa sobre o nascimento de crianças com Apgar baixo. Pesquisadores afirmam (ver SARAIVA *et al.*, 2018) que devido à escassez de estudos sobre o tema, é necessária uma maior

atenção sobre as crianças nascidas com Apgar baixo e fatores que podem ser influenciadores desse problema.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 NASCIMENTO

A gravidez é definida por um período único e marcante na vida de uma mulher, acompanhado por um conjunto de ações de saúde que buscam beneficiar da melhor forma esse momento juntamente da gestante, que em sua grande maioria procura as melhores condições para o seu bem-estar e o do feto. Desta forma, a humanização no atendimento de saúde se torna uma oportunidade de inteirar a mãe dos processos gestacionais, através do repasse de informações e esclarecimentos de dúvidas, afim de se ter uma gestação segura e um desfecho favorável (NASCIMENTO, 2003).

Gerar uma criança saudável, de forma natural ou não, é uma experiência gratificante na vida de uma mulher. Momento resultante de uma assistência de qualidade prestada durante todo o período neonatal, que inicia na 22ª semana de gestação até o 28º dia de nascimento. Por meio de um atendimento humanizado, a boa vivencia gera laços entre profissional de saúde- cliente que fundamenta uma assistência de qualidade marcada por ética e respeito (BRASIL, 2013).

Através da assistência a gestante é possível prever riscos em potencial que podem intervir diretamente no resultado parto assim como na saúde do recém-nascido (LEAL *et al.*, 2013).

O profissional de saúde obstétrica deve atuar regularmente no período que envolve o pré-natal, parto, pós-parto e puerpério, assim como na atenção ao recém-nascido, para aprimorar a assistência e formular uma sistematização de enfermagem que previna e identifique possíveis riscos e problemas potenciais a saúde das vidas envolvidas; desenvolvendo habilidades que facilitem o diagnóstico e resolução destes problemas (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Na hora do nascimento, a passagem do feto do meio intrauterino para o meio extrauterino, envolve incontáveis mecanismos que ajudam o corpo do RN a se adequar a vida externa, seus sistemas em conjunto sofrem adaptações para que seja dado início a vida, tendo como principal interventor, o sistema endócrino, que auxilia na implementação do respirar e oxigenar autônomo do corpo. Consequente esse procedimento, a autonomia biológica e fisiológica do recém-nascido é estabelecida, não sendo mais dependente da sua mãe. Uma mudança radical e importante como essa, nunca mais será vivenciada pelo ser humano durante toda sua existência (CHAVES, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto de forma humanizada nada mais é do que uma estratégia de assistência que visa procedimento, e tem como finalidade promover o nascimento saudável, respeitando o desempenho natural, onde foge de medidas que ponham a vida da mãe e do filho em risco (SANTOS, 2012).

2.2 MORTALIDADE INFANTIL

O objetivo do parto é a saída do feto de forma saudável com os menores riscos e sequelas possíveis, nem sempre capazes devido complicações imprevisíveis que podem surgir durante esse processo (CUNHA *et al.*, 2004). No Brasil, a estimativa de óbitos em menores de um ano de idade, é de que a cada duas mortes, uma acontece na primeira semana de vida (SARAIVA *et al.*, 2012).

O risco da mortalidade infantil no nascimento pode ser mensurado nas seguintes fases: Alto, Médio e Baixo risco. O Alto risco se evidencia e é medido pelos seguintes métodos: a idade gestacional ser abaixo das 32 semanas, o Apgar no 5º minuto ser menor que 7, o peso do RN ser menos que 1500g, se o RN tiver desnutrição grave, com desenvolvimento e crescimento considerado ineficaz, ao existir doenças transmitidas de mãe para filho durante gestação, como toxoplasmose, sífilis e HIV, ou malformações ocorridas no período gestacional, é considerado RN de alto risco, também, aqueles que internados por 72 horas em UTI/UCI neonatal/pediátrica, durante os 27 dias do período neonatal.

O Médio risco pode ser medido pelos seguintes fatores: Quando ao nascer, o neonato tem Idade Gestacional de 32 semanas, sem necessidade de internações em UTI/CTI neonatal/pediátrica, neonatos com peso entre 1501g a 2500g, gestações em mulheres menores de 15 anos e maiores de 40 anos, com baixa escolaridade ou nenhuma escolaridade, múltiparas com filhos vivos ou quando o filho veio a óbito antes de atingir 1 ano de vida, gestantes de etnia indígena e negras.

Já os neonatos de baixo risco são todos aqueles que não se classificam nos altos e médios riscos, todo neonato com Idade gestacional completa, com índice de Apgar considerados bons no 1º e 5º minuto. O neonato deve ter sua classificação de risco confirmada na saída hospitalar, para que assim, possa ser prestado atendimento correto (BRASIL, 2020a)

Um importante indicador de saúde materno-infantil é a mortalidade perinatal, que abrange óbitos fetais e neonatais prematuros, repercutindo a condição de saúde, a vitalidade e mortalidade neonatal (SILVA *et al.*, 2019). Nos dias atuais, o cuidado apropriado ao RN vem sendo a principal dificuldade quando se trata de reduzir a mortalidade infantil no país, o índice aponta 70% de óbitos no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011c).

As mudanças econômicas correlacionadas com a condição de vidas dos cidadãos assim como as ações implantadas pelas políticas públicas de saúde, reduzem os índices de mortalidade infantil (MI) que é fruto de diversos fatores biológicos, culturais sociais e das falhas do sistema de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Um problema ainda freqüente no Brasil é o difícil acesso aos serviços de saúde em tempo vantajoso, para que se houver necessidade, as intervenções de saúde possam ter resultados eficientes. Em casos gestacionais, há uma dificuldade para conseguir vagas e até mesmo internações em tempo oportuno, cada minuto é determinante para o desfecho do parto e para a saúde do neonato. É primordial para a redução de mortalidade no Brasil o investimento de programas voltados para atenção a gestante e ao recém-nascido, durante longos anos a assistência ao pré-natal vem sido referência para uma melhoria nesse problema, desconsiderando a relevância que se tem um atendimento humanizado e contínuo até o momento do parto e na qualidade da assistência hospitalar (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

A mortalidade infantil é correlacionada com o desenvolvimento econômico do país, seus níveis predominantes e estáveis evidenciam a relevância dos fatores gestacionais e puerperais no aumento de óbitos no primeiro mês de vida. Assim, o país vem continuamente se reestruturando na fortificação da rede de atenção básica ao neonato, com cuidados constantes desde início do pré-natal (FRANÇA *et al.*, 2017).

O meio científico é conhecedor dos fatores influentes na mortalidade infantil, sendo eles: maternos e neonatais (idade gestacional e da mãe, número de consultas pré-natais, número de partos, tipo de parto, peso ao nascer, sexo, entre outros), fatores socioepidemiológicos (que abrange condições ambientais: saneamento básico, poluição, serviços de saúde) e também fatores socioeconômicos (moradia, renda, escolaridade, trabalho, entre outros) (SHARDOSIM; RODRIGUES; RATTNER, 2018).

O baixo peso do neonato ao nascer, principal causador da asfixia perinatal, que leva a mortalidade neonatal, está diretamente ligado à fatores epidemiológicos, é necessário frisar a importância acerca do conhecimento da história natural da gravidez e parto, para que dessa forma, se constatada gestação de alto risco, encaminhar a gestante para atenção terciária, para que assim, todos os serviços sejam ofertados da melhor forma, visando a redução da mortalidade, seja ela materna ou do neonato(SINASC, 2009).

No ano de 2004 o Brasil tomou medidas para que os índices de mortalidade infantil, neonatal e materna caíssem, firmando assim, o Pacto pela Redução da Mortalidade materna e Neonatal, firmando medidas internas e externas para que esse plano seja bem sucedido, fixando-se na mortalidade neonatal nas áreas mais desiguais economicamente o mapa, a Amazônia legal e no nordeste do Brasil, no ano de 2009 o ministério da saúde buscou reduzir em 5% das taxas de mortalidade nessas regiões (BRASIL, 2011a).

2.3 APGAR

Com o objetivo de avaliar a vitalidade do recém-nascido na passagem para a vida extra uterina foi criada um método denominado escala de Apgar, criado pela pioneira da neonatologia Virgínia Apgar, no ano de 1953. Inicialmente visava a prevenção de óbitos por asfixia perinatal, mas logo depois se tornou um método indispensável, principalmente em países subdesenvolvidos onde nem todos tem acesso a exames laboratoriais de qualidade (APGAR, 1953).

Com o desenvolvimento de normas e técnicas obstétricas, o score de Apgar passou a ser quase que exclusivamente utilizado na avaliação de repostas rápidas as manobras realizadas nos recém-nascidos, se tornando um símbolo na história da neonatologia, desde 1953 não foi elaborado nenhum outro método tão fácil e eficaz de ser utilizado. Atualmente o score de Apgar é mundialmente utilizado em praticamente todas as crianças nascidas em hospitais (SHARDOSIM; RODRIGUES; RATTNER, 2018).

A escala de Apgar é composta dos principais sinais diretamente ligados a condição do bebe na hora do nascimento, para que possam ser identificados de forma clara sem interferências. A avaliação a partir do primeiro minuto foi considerada um tempo inicial justo para examinar as condições de nascimento. A

pontuação totaliza um resultado de 0 a 10, cada sinal é pontuado de 0 a 2, sendo 0 uma resposta ausente e 2 uma resposta presente. Uma pontuação somada em 10 indica um bebê sadio.(APGAR, 1953).

O tempo preciso de aplicação do score de Apgar era um ponto importante para Virginia, pois é determinante para uma avaliação correta, dessa forma foi estabelecido uma pontuação do primeiro e no quinto minuto de vida (BRASIL, 2011c).

Os sinais avaliados são: Frequência cardíaca (100 a 140bpm são parâmetros normais, considerados o sinal mais importante), esforço respiratório (respiração espontânea), irritabilidade reflexa (atividade inicial), tônus muscular (analisar os movimentos do RN é o sinal mais perceptível), coloração (considerado um sinal de mais difícil avaliação que depende da frequência cardíaca e esforço respiratório, devido a presença de cianose em quase todos os bebês no primeiro minuto). A análise desse último sinal pode ser interferida caso o feto tenha pigmentação escura de pele, alguma deformidade congênita ou nasça com a presença de mecônio (APGAR, 1953).

O Tempo determinado nos permite diagnosticar no primeiro minuto uma avaliação presente e mutável, e no quinto minuto um fator de prognóstico na saúde do neonato. Quer dizer que, o primeiro minuto não é tão relevante desde que haja intervenção de saúde para que no 5 minuto o resultado seja maior que sete (ERMEL; GRAVE, 2011).

Estudo realizado no Brasil, medindo a escala de Apgar em neonatos em partos domiciliares e hospitalares, abordou 24.300 nascidos em casa e 2.955.748 nascidos em hospital, o estudo mostrou que 62,7% dos partos não tiveram o Apgar do 1º minuto registrado, e apenas 2,1% dos hospitais não registraram o Apgar no 1º minuto. Dentre os partos domiciliares em escala de 1.000, alguns fatores foram observados, na região norte ocorrem 35 partos domiciliares, esse número aumenta para etnia indígena, que a cada 1000 partos, 201 são domiciliares (BESSA; BONATTO, 2019)

Dados de Escore de Apgar do 1º ao 5º minuto realizado em recém nascidos durante os anos de 2011 e 2015, mostram que os bebês nascidos em casa recebem as piores pontuações, já bebês nascidos em hospital recebem pontuação mais aceitável, desses bebês nascidos em casa, 63% não apresentam registro de Apgar nem no primeiro e nem no quinto minuto. Bebês nascidos com Apgar em <6 até o

quinto minuto tem maior chance de óbito neonatal, acerca da recuperação desses bebês, dos nascidos em lares, apenas 29% tem possível recuperação, já 89,3% dos bebês nascidos em hospitais se recuperaram, pois o hospital faz uso de equipamento adequado para realização de manobras primordiais para a vida do neonato (como cânula de aspiração, oxigênio, máscaras de ventilação, materiais de entubação e adrenalina). Partos realizados em casa ignoram a importância da medida do Escore de Apgar para a boa evolução dos primeiros minutos de vida do neonato. (BESSA; BONATTO, 2019).

Através de estudos é possível afirmar que o escore <7 da medição de Apgar no 5º minuto é considerado como indicador de asfixia, o número de óbitos por malformações é diretamente ligado ao percentual baixo do escore, outras causas de óbito neonatal são prematuridade, sofrimento fetal, portanto se mostra necessário a importância da mensuração da avaliação do Apgar ao nascimento, como forma de controle de evolução desse RN. (OLIVEIRA *et al.* 2012)

2.4 FATORES ASSOCIADOS A UMA ESCALA DE APGAR BAIXO

Segundo as alterações fisiopatológicas, os níveis de Apgar são variáveis, além de ser influenciada de acordo com a idade gestacional do conceito. Fatores maternos também podem ser influentes neste escore, como o uso de medicações, assim como os próprios fatores neonatais, como más formações que interferem nos sinais. Um conjunto de fatores propícios estão associados a sobrevivência do feto como a idade gestacional, peso, que combinadas procedem em uma boa condição de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A aplicação de uma assistência equilibrada, com intervenções apenas quando necessárias e que não interfira na evolução fisiológica é imprescindível para garantir um parto seguro. Segundo estatísticas, a idade gestacional é um dos principais fatores que reduzem o índice de Apgar, bebês com menos de 37 semanas são seis vezes mais propícios a uma escala de Apgar baixa, do que aquelas nascidas entre 37 e 40 semanas gestacionais. Subsequente, um parto com interferências desnecessárias também favorece a diminuição da vitalidade do feto. Também são destacados fatores influentes como a ausência de um acompanhante e patologias no período gravídico (SANTOS *et al.*, 2019).

Diversas causas podem estar relacionadas a escala de Apgar, como a formação do feto, problemas uterinos, placentários, posição, patologias congênitas.

Todas essas causas englobam a idade da mãe, número de partos, tipo de parto, idade gestacional, posição fetal, sexo e quantidade de consultas de pré-natal, que se faz necessário pelo menos 6, que quando não realizada com frequência, altera os índices de Apgar na hora do parir. A inspeção de enfermagem no conhecimento desde fatores, permite um manejo de cuidados preventivos e evitáveis, afim de prestar um parto sem intercorrências (DONDÉ; SONCINI; NUNES, 2020).

3 milhões de nascimentos de crianças são registrados no Brasil, desses nascimentos, 98% são realizados em hospitais, dados mostram que de cada 10 recém-nascidos, 1 necessita de procedimentos específicos, como ventilação, necessário para efetivar movimentos respiratórios, de 100 neonatos, 1 necessita de intubação ou massagem cardíaca, entre outras assistências que podem ser ofertadas por profissionais de saúde e ambiente adequado, sendo eles: intubação, massagem, medicações, portanto, é de extrema importância que o nascimento ocorra em ambiente qualificado para receber e prestar a assistência necessária que uma nova vida precisa (BRASIL, 2020b).

A Declaração de Nascido-Vivo (DNV) é um documento crucial para identificar esses fatores, nela está presente todos os dados socioeconômicos e socioepidemiológicos, as características maternas e fetais, e o histórico do período gravídico (PRADO FONTES; SCHMIDT, 2015).

Parturientes com idade avançada, que tenham doenças crônicas ou adquiridas com a idade, geralmente desenvolvem problemas médicos durante a gestação e o parto (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O sexo também é um fator relevante, recém-nascido de sexo masculino são a maioria nos números de óbitos em comparação com o sexo feminino. Esse dado pode estar associado com a lenta maturidade do sistema respiratório, prevalente em bebês de sexo masculino (GAÍVA *et al.*, 2020).

A melhor forma de enfrentar essa dificuldade é prevenir. Dados científicos apontam a importância do estudo de caso e identificação precoce dos problemas através do pré-natal, se feito de forma regular, para que com uma assistência planejada, os desfechos sejam positivos, resultando na diminuição de ocorrência de partos prematuros (QUEIROZ; GOMES; MOREIRA, 2018).

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Dados mostram que as mulheres são as maiores usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), e são com 50,77%, a maior parte da população brasileira, buscando assistência em saúde não apenas individual, mas como acompanhante direta de toda família e comunidade: crianças, pessoas com alguma deficiência ou idosos, amigos e até mesmo vizinhos.

Saúde de um ser humano envolve muito mais do que saúde corporal, também corrobora inúmeras condições da vida: relações sociais, alimentação, descanso e lazer, moradia, trabalho e remuneração digna. Todos esses fatores estão diretamente ligados ao ser saudável. Muitas mulheres enfrentam frustrações no dia-a-dia, seja por trabalhos indignos e salários abaixo do mercado, tanto quanto a desvalorização por parte da família, a sobrecarga em trabalhos domésticos, situação de pobreza são alguns dos motivos da desigualdade enfrentada por mulheres, tais desigualdades tornam a mulher mais vulnerável a doenças do que problemas biológicos, o cansaço mental, corporal as faz alvo de doenças, mulheres vivem mais que homens, e também adoecem mais.(BRASIL, 2004)

Quanto a saúde da mulher no Brasil, as políticas nacionais de saúde voltadas para a mulher foram incorporadas apenas nas décadas iniciais do século XX, e mesmo assim focando apenas na gravidez e no parto, reforçando a ideia passada de que o corpo da mulher servia apenas para gestar. Afirmando isso, programas maternos-infantis dos anos 30 a 70, mantinham a mulher com papel doméstico e reprodutor, fixando-a apenas como mãe e cuidadora, apresentando apenas a capacidade biológica. Tais mulheres recebiam a assistência desses programas por serem consideradas grupos de riscos, vulneráveis à sociedade, porém tais programas não eram versáteis e seguiam em linha fechada, não sendo integrados a outros programas, atingindo de forma direta no impacto acerca da saúde da mulher(COSTA, 1999).

As políticas Públicas direcionadas a área da saúde e mortalidade infantil são existentes no Brasil a alguns anos, elas se definem por um conjunto de ações propostos pelo governo que visam produzir efeitos em uma dada realidade. Para essas ações atingirem os objetivos esperados, são implementados diversos programas e projetos (MOREIRA *et al.*, 2012).

As políticas públicas espelham diversos contextos atuais para intervenção, como o sanitário, social, político e econômico. Diante disto, as atualizações precisam ser constantes, para que possa acompanhar a evolução da sociedade no decorrer

dos anos. É evidente o aperfeiçoamento que vem ocorrendo nos projetos relacionados a saúde da criança no Brasil durante décadas, com tudo, apesar dos avanços, muitos obstáculos ainda devem ser ultrapassados para atingir um índice satisfatório de redução da mortalidade infantil (MOREIRA *et al.*, 2012).

Essas políticas foram criadas com o intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil, que mesmo ao longo os anos ainda se mantinham elevadas. E mesmo com os problemas econômicos sofridos no país, foi possível reduzir essa taxa. Em 2016 ocorreu uma alteração significativa que marcou as falhas que ainda se mantinham presentes no atendimento materno infantil, levando em consideração o início dos cuidados infantis durante a gestação (JUSTINO *et al.*, 2019).

No Brasil, a população do país se tornou mais velha, ocorrendo uma queda no número de jovens, em 1970 a expectativa de vida das pessoas era de 54 anos, passando para 68 anos nos anos 90, ainda na década de 70, o Brasil tinha a taxa de 5,8 filhos por mulher, já nos anos 2000 caiu para 2,3, fazendo com que a taxa de crescimento da população fixasse em 1,4% ao ano. (IBGE, 2002)

É notório a instalação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi implantado no início do século vinte, tendo como missão primordial melhorar ao acesso à saúde e estender a atenção básica a todas as pessoas. Subseqüente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para melhorar a relação da equipe de saúde com a comunidade, e através de um acompanhamento mais ativo, proporcionar uma atenção maior a mulher e a criança, através de recursos mais amplos e tecnológicos. A partir daí observou-se a diminuição da mortalidade infantil ao longo dos anos, decorrente de uma melhora na condição de vida da sociedade, resultado da implementação das políticas públicas (PIZZO *et al.*, 2014).

A estratégia Mãe-Canguru, iniciado no Brasil a partir de 1922, tem por finalidade a promoção de um atendimento humanizado ao recém-nascido com menos de 2.500 g. Logo depois, em 1976 foi dado origem ao Teste do Pezinho que teve um avanço maior a partir dos anos 2000 por conta da fundação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, através do Ministério da saúde essa fundação estipulou novas metas para a melhoria da assistência, como um extensão de cuidados, tendo em vista o acompanhamento do paciente desde a triagem até o diagnóstico e tratamento. No ano de 2011, foi estabelecido uma nova estratégia, conhecida como Rede Cegonha, atuante em todo o território nacional, seu objetivo é

garantir um acompanhamento integral a mulher durante o período gestacional até o nascimento e garantia de um bebê saudável (MOREIRA *et al.*, 2012).

No decorrer da história da Política Pública de Saúde, foram salientados inúmeros pontos positivos e negativos no processo de assistência, devido isto foram atualizadas normas que vão de encontro com uma assistência de qualidade. Essas políticas tem facilitado a redução dos índices de mortalidade infantil, por propor diretrizes que asseguraram um atendimento integral em um ambiente propício (JUSTINO *et al.*, 2019).

Em 2011, através da portaria de nº de 1.459 de 24 de junho, o ministério da saúde visando a melhoria na assistência à saúde materna, lançou o programa Rede Cegonha, que buscou implementar um novo modelo de atenção, focando primordialmente no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, buscando garantia de acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2011b).

Visando a melhoria da saúde da mulher, foi criado planos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tinha como objetivos a promoção na atenção seja ela obstétrica ou neonatal, de forma humanizada, contribuindo para a assistência segura no período de abortamento, outros objetivos incluem a qualificação na assistência seja em estados e municípios, construindo uma rede segura e de apoio, ofertando serviços de alta complexidade (BRASIL, 2004).

Sendo foco dos serviços de atenção em saúde pública, foram implantadas inúmeras políticas de saúde para a saúde materno-infantil, visando a redução no número de taxas de morbimortalidade, que é um dos grandes problemas enfrentados pela saúde pública.

Tais políticas públicas e sistemas de serviços voltados para saúde materno-infantil que consolidadas atualmente foram criadas através de movimentos sociais realizados durante a década de 1980, esses movimentos pavimentaram programas importantes que visaram a melhora nos índices de mortalidade neonatal, fazendo com que mais mulheres buscassem por assistência de pré-natal entre os anos 90 e 2000 (SANTOS *et al.* 2008).

2.6 ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS A ESCALA DE APGAR

A inspeção de enfermagem aponta que os fatores socioeconômicos e epidemiológicos são essenciais para avaliar condições que favorecem uma gestação saudável (RODRIGUES *et al.*, 2013). A percepção de todos os elementos são resultantes do entendimento do profissional sob os antecedentes agravadores da gravidez e do parto (GESSER *et al.*, 2019).

Conhecer e ter controle desses fatores é a principal forma de prevenção para diminuir o baixo índice de Apgar e as elevadas taxas de mortalidade. O atendimento de qualidade no processo do nascimento, principal marco de todo o ciclo, considera todos as condições de saúde das duas vidas: o nível de conhecimento da parturiente, situação vacinal, acesso aos serviços de saúde, moradia, entre outros. Da mesma forma com os fatores maternos e neonatais: idade materna e gestacional, doenças e infecções maternas, número de partos, escolaridade (considerado fator de risco em função da dificuldade de se adquirir informações de saúde e conhecimento dos seus direitos como cidadã, e também limitar a capacidade ao auto cuidado) (RAMOS; CUMÂM, 2009).

Um estudo realizado no Centro de Saúde da Família do bairro de Dom Expedito Lopes, situado no Município de Sobral/ CE, com dados coletados de 64 prontuários nos anos de 2016 e 2017, observou-se que 56% das gestantes com faixa etária entre 21- 30 anos apresentavam Apgar satisfatório. 82% das gestantes com escala acima de 7 realizou pelo menos 7 consultas de pré-natal. Quanto a idade gestacional, 100% dos recém-nascidos de 37- 41 semanas obtiveram pontuação entre 7- 10. V 15,2% dos valores de Apgar baixo foram mais associados a RN que nasceram com peso inferior a 2.500g. Não foi notado nenhuma diferença significativa quanto ao tipo de parto (SILVA *et al.*, 2020).

O estudo de Pinto (2008) contraria o achado descrito acima, em sua pesquisa o parto cesáreo registrou uma significativa associação com Apgar baixo. Pinto realizou sua pesquisa no Hospital Geral César Cals, no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Neonatologia, Ginecologia, Obstetrícia e Cirurgia Geral, e observou que de 4.063 recém-nascidos, 62,5% eram filhos de mulheres na faixa etária de 20-34 anos (variando de 13 a 47 anos), na sua maioria solteiras/sem companheiros (69,7%) e exercendo atividade não remunerada (74,9%). Foi destacado o expressivo percentual de mães com menos de 8 anos de estudo (41,4%). As mães primíparas representaram 59,1% dos casos de bebês com baixo índice de Apgar, com um discreto predomínio do sexo masculino. Com relação aos recém-nascidos, 3

apresentaram baixo peso, 4 foram de parto cesáreo, e todos obtiveram um índice de Apgar baixo.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Gesser *et al.* (2019), que ao observar 253 recém-nascidos, evidenciou um leve predomínio de baixo escore de Apgar no sexo masculino (52,4%) em relação ao sexo feminino (47,6%).

Estudos mostram que a mortalidade infantil e materna está diretamente ligada ao perfil epidemiológico, em uma comparação acerca de etnias/cor/raça mostra que mulheres negras sofrem com a desigualdade, 60% das mortes por causa infecciosa e parasitária é maior em crianças pretas do que em crianças brancas, por desnutrição o número chega a exorbitantes 90% mais graves em crianças negras. Relacionado a saúde e assistência de mulheres negras/pardas, o estudo mostra que entre os anos de 2000 a 2003 a maior parte dos óbitos eram dessas mulheres, sendo de 41,5% para mulheres pardas, a temia gravídica é mais constante em mulheres negras, a taxa de mortalidade por aborto apresentou uma taxa de 2,9 maior em mulheres negras (BRASIL, 2005).

5.7 NASCIMENTO E A ENFERMAGEM

Para toda família envolvida, o nascimento de uma criança é um período especial, que requer conhecimento acerca de todo processo, seja ele durante a gestação, pré-parto e pós parto e puerpério, portanto, é coerente que os envolvidos necessitem de uma assistência especializada. Para que todo o processo ocorra de forma saudável e sem intercorrências, esse profissional de saúde necessita entender e praticar o parto humanizado em toda sua complexibilidade, pois, através do procedimento é possível estabelecer um padrão de conexão entre mãe e filho, um vínculo emocional (PALINSKI *et al.* 2012).

As práticas no processo do nascimento evoluíram de formas exorbitantes durante os anos, atualmente, a mulher deve ser a protagonista, o parto humanizado deve respeitar de forma universal os direitos da mulher, portanto, a presença de um acompanhante é indispensável, contribuindo de forma positiva para que o momento seja benéfico para ambas as partes e tudo ocorra conforme planejado.(PALINSKI *et al.* 2012)

Um dos maiores fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres durante o trabalho de parto é a deficiência de informações sobre como se decorre todo o processo, essas informações precisam ser informadas durante consultas de

pré-natal, sejam elas sobre consultas, como ocorre cada detalhe do trabalho de parto, o direito de conhecer a maternidade/hospital onde ocorrerá o parto, e o direito de um acompanhante, entre outras práticas. Em estudo realizado com parturientes acerca do conhecimento sobre a assistência prestada no parto e seu papel durante o procedimento, ficou explícito que tais mulheres desconhecem seus direitos, fazendo com que, mesmo de forma inconsciente elas contribuam passivamente para a prorrogação do modelo intervencionista em que essas mulheres são o plano de fundo no procedimento, sem conhecimento e sensíveis ao momento pelo estresse e dor, mulheres acatam condutas impostas por profissionais mesmo que sejam desconfortáveis, um reflexo da sociedade e cultura, tornando-as figurantes em seu trabalho de parto (GUILHEM, D.; GRIBOSKI², A.; 2006).

Durante o nascimento, mãe e filho devem ser os protagonistas do procedimento, mulheres são condicionadas desde as consultas de pré-natal a não questionarem ou buscarem conhecimento, seja por medo ou desconforto com o modo como se dá a consulta, firmando-a como subordinada no processo, ignorante aos seus direitos, a mulher no momento do parto se encontra em situação vulnerável, submetida a decisões da equipe de saúde, por não compreender ou saber que tem direitos. (GUILHEM, D.; GRIBOSKI², A.; 2006)

Por séculos a enfermagem vem exercendo a função primordial no cuidado ao paciente, não somente pelo atendimento humanizado, que abrange o respeito, dignidade, liberdade e relação social com o homem, mas também representa o conhecer anatômico e científico. A atuação do profissional envolve a prestação de cuidados, prevenções de doenças, auxílios aos incapacitados e recuperação aos enfermos (DIAS *et al.*, 2016).

O trabalho de enfermagem é baseado em regras e normas burocráticas para melhor atender a necessidade do paciente, a atuação em cima das normas deve ser exercida de maneira humanizada e não formalizada, para facilitar a interação com o cliente. Sobrecarga de trabalho e falta de capacitação ou de conhecimento são um dos principais motivos na falha ao atendimento (CARVALHO; PELLENZ, 2019).

A humanização da assistência obstétrica tem início no atendimento ao pré-natal. É função do profissional de enfermagem a requisição de exames, aplicações de vacinas e orientação, essas orientações incluem o esclarecimento do período gestacional e como lidar com todos os aspectos conseqüentes, para esse período seja vivenciado de maneira mais leve. A partir de análises de cada caso, o

enfermeiro pode fazer encaminhamentos, se necessário, para outros profissionais de saúde. Todo o acompanhamento deve estar registrado no prontuário da gestante, com informações do exame físico e obstétrico, sistematização de enfermagem objetivando uma assistência particular de cada paciente (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Estudos mostram que é no ambiente hospitalar que o modelo hierárquico entre parturientes e profissionais de saúde é reproduzido com mais afinco, transformando-as em objeto de comando, tais profissionais se mostram solícitos quando a mulher é "positiva" em relação as decisões tomadas pela equipe, quando elas se mostram colaborativas, facilitando o trabalho do profissional, colocando assim, o profissional como peça chave para o trabalho de parto, ao invés da mulher, reafirmando a desigualdade nas relações, tornando a parturiente apenas uma peça do trabalho (GUILHEM, D.; GRIBOSKI2, A. 2006)

Para que o trabalho de parto ocorra de forma correta e da melhor forma para o bem-estar físico e emocional da mulher, faz-se necessário um ambiente saudável e sem complicações, com uma equipe de saúde treinada e apta a respeitar os direitos da mulher, transformando-a e incentivando-a a atuar com autonomia e liberdade durante todo o processo, não a desrespeitando ou privando-a de suas escolhas e independência (MELO *et al.* 2018)

Laços criados com o enfermeiro durante o acompanhamento de todo processo, permite que a paciente se sinta acolhida e confortável com a participação do mesmo na hora do parir. Tornando o enfermeiro um elemento importante no parto, por ser a pessoa mais conhecedor de cada caso e próximo da parturiente (NASCIMENTO; SILVA; VIANA, 2018).

As mudanças ocorridas durante a gestação podem provocar diversos sentimentos de insegurança, angustia, dúvidas e medo nas mães, assim como a incompreensão do que está acontecendo dentro do seu corpo. Mediante isso, está implícito o atendimento de saúde para atuar a partir de cada necessidade e também dos fatores socioambientais, não somente dos biológicos. Apoiado nisto, a educação em saúde deve dar início, visando o ouvir e esclarecer dúvidas durante esse período. (FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019).

O enfermeiro é o profissional primordial responsável por prestar os primeiros cuidados ao RN e estabelecer o primeiro vínculo mãe- bebê, além de vencer

barreiras, ele atua ativamente nos cuidados, promove treinamentos, gerencia uma equipe e planeja métodos eficazes (CARVALHO; PELLEZ, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de levantamento, de cunho teórico-empírico, com dados quantitativos e qualitativos.

A pesquisa exploratória é caracterizada por visar dar mais evidência ao assunto tratado, permitindo, assim, o surgimento de novas hipóteses e estudos sobre o tema. Esse tipo de pesquisa tem como principal finalidade ocasionar o aprimoramento de pensamentos acerca do assunto, a descoberta de novas ideias e maior familiaridade com o problema. Portanto, o desenrolamento de uma pesquisa do tipo exploratória é bastante versátil e adaptável aos desejos do autor, possibilitando que haja um reconhecimento dos vários aspectos que envolvem o assunto (SELLTIZ, 1967).

Um estudo de levantamento tem como característica marcante e principal a interrogação direta das pessoas associadas ao assunto estudado. É utilizado um grupo com uma população amostra considerável que esteja obrigatoriamente envolvido com o tema estudado. As principais vantagens dessa metodologia de pesquisa são: o conhecimento direto da situação; a economia e rapidez da obtenção dos dados, principalmente quando são coletados por meio de um questionário; e a facilidade na quantificação dos resultados colhidos, que podem ser agrupados em tabelas (GIL, 2002).

O estudo teórico-empírico é aquele que visa reconstituir conceitos, teorias, idéias, ideologias ou aprimorar fundamentos teóricos, produzindo e analisando dados, operando através de um controle empírico e fático do resultado (DEMO, 2000).

A pesquisa qualitativa é uma das mais freqüentes metodologia utilizada para o estudo de um fenômeno que rodeia a vida humana. Essa forma de pesquisar é voltada principalmente para uma análise minuciosa do fenômeno no contexto do seu acontecimento. Por isso, o pesquisador que faz uso dessa metodologia vai a campo com o propósito de estudar tal fenômeno a partir das perspectivas das pessoas que estão intimamente ligadas a ele. Essa forma de pesquisa se dá através da pesquisa documental, estudo de caso ou etnográfico (GODOY, 1995).

Nas pesquisas quantitativas, há a elaboração das categorias desejadas no período antecedente à pesquisa, o que facilita a obtenção dos resultados.

Geralmente os dados finais de um estudo quantitativos são organizados em tabelas (GIL, 2002).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará, localizada a uma latitude de 04°16'34 e longitude de 55°59'01, à margem esquerda do rio Tapajós, com acesso por via aérea, por meio do Aeroporto de Itaituba, pela transamazônica (BR 230) e a Rodovia BR 163 (Rodovia Cuiabá- Santarém), além do Rio Tapajós. Sua população é de aproximadamente 101.395 habitantes (IBGE, 2020).

3.3 COLETA DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados os prontuários de mulheres do setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2020. Foram coletados dados socioepidemiológicos maternos (idade da mãe, escolaridade, tipo de partos, idade gestacional e número de consultas de pré- natal) e dados neonatais (gênero, peso e apgar).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos todos os prontuários neonatais com Apgar igual ou menor que 7 que nasceram no Hospital Municipal de Itaitubano ano de 2020. Foi excluído da amostra prontuários que apresentarem dados ilegíveis ou incompletos e todos os nascidos com mal formação congênita ou mortos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas em total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram analisados 205 prontuários de nascidos vivos no Hospital Municipal de Itaituba que tiveram apgar menor que 7 e nasceram em 2020. O levantamento de dados acerca da faixa etária das mães (Gráfico 1) aponta que a maior parte das puérperas entrevistadas tinham entre 19 a 23 anos, representando 35,1% (n=71), seguida, de 14 a 18 anos com as que possuíam entre 24 a 28 anos, contabilizado 21,9% (n=45) da totalidade.

Segundo Ximenes e Oliveira (2004), que analisaram um total de 39.285 nascidos no município de Fortaleza ano de 2002, 72% (n= 28.285) eram nascidos de jovens adultas (20- 30) anos, dentre eles 37,1% (n=10.493) apresentavam apgar ≤ 7 .

Zorzi *et al.* (2012) observaram 25 recém-nascidos que nasceram entre 1998 a 2008 com apgar menor que sete no quinto minuto no Hospital Geral de Caxias do Sul (RS) e 96,0% (n = 24) das puérperas tinham entre 15 a 37 anos.

Gravena *et al.* (2013) no Município de Maringá (PR) correlacionaram a idade materna com os resultados perinatais de 18.009 mil registros de recém-nascidos no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, e constataram que recém-nascidos de mães adolescentes (10- 19 anos) representando 12,0% (n= 2.161), apresentaram mais chances de risco de ter um índice de apgar menor que 7 no quinto minuto.

Muniz *et al.* (2016) analisaram dados sobre o apgar que estavam registrados em um Sistema de Informação em um hospital do interior do Ceará e verificaram que a maioria das mães de recém-nascidos vivos que tiveram apgar abaixo de 7 estavam na faixa etária de 20-29 anos de idade.

O presente estudo se assemelha principalmente ao trabalho de Ximenes e Oliveira (2004) em relação a idade das puérperas. Essa relação de faixa etária das jovens adultas quanto ao apgar pode ser devido a uma procura tardia por assistência médica, muitas vezes por falta de informações ou temor da reação da família quanto a descoberta da gravidez, a imaturidade física, baixo perfil socioeconômico e até estilo de vida inadequado durante a gestação (XIMENES;OLIVEIRA, 2004)

A segunda maior escala mais abundante foi entre 14 e 18 anos. Este resultado está diretamente ligado à gravidez precoce em adolescentes, visto que mulheres jovens apresentam um útero imaturo, e conseqüentemente um alto risco de infecção e produção de prostaglandina, além do déficit de nutrientes.Estes

fatores resultam em um parto prematuro e comprometem a vitalidade do RN (GRAVENA *et al.*, 2013).

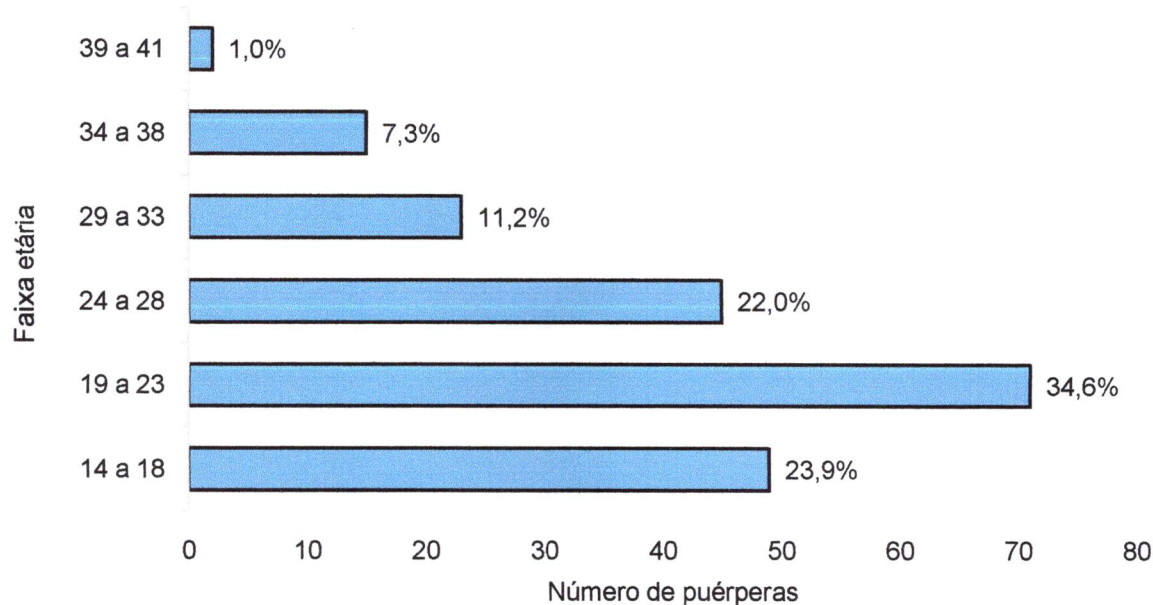


Gráfico 1 – A faixa etária das mães que tiveram filhos que nasceram entre 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, e que tiveram baixo índice de apgar no primeiro minuto. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

Quanto aos dados referentes ao grau de escolaridade, 38% (n=78) relataram ter o fundamental incompleto, 28,3% (n=56) completaram o ensino médio e apenas 2,4% (n=5) possuíam o ensino superior completo (Gráfico 2).

Em um estudo realizado por Santos *et al.* (2019) com objetivo de determinar quais os fatores associados ao baixo Apgar de recém-nascidos que nasceram em uma maternidade de Belo Horizonte entre 2001 e 2012, foi analisado dados de 9.135 pacientes, e observado que 31,3% das mães relataram ter tido 8 a 10 anos de instrução, seguidas daquelas que tiveram 11 anos ou mais de estudo (30, 7%). De forma geral, apresentam o ensino fundamental incompleto.

Na pesquisa de Dondé; Soncini e Nunes (2020), após analisarem os fatores associados ao baixo índice de apgar no quinto minuto de vida, encontraram 210 mães de recém-nascidos de uma maternidade pública em Florianópolis (SC) notaram que 47,1% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo.

Observa-se semelhanças dos resultados obtidos com os estudos de Santos *et al.* (2019) e Dondé; Soncini e Nunes (2020) em relação a pouca escolaridade das mães.

O baixo índice de escolaridade entre grávidas se dá, principalmente, em decorrência da gestação, além da necessidade de trabalhar, a falta de escolas perto de suas casas ou por opção individual (FALOPPA *et al.*, 1994). A baixa escolaridade, além do baixo índice de condições de vida tem relação com a realização inadequada do pré-natal (GAMA *et al.*, 2004).

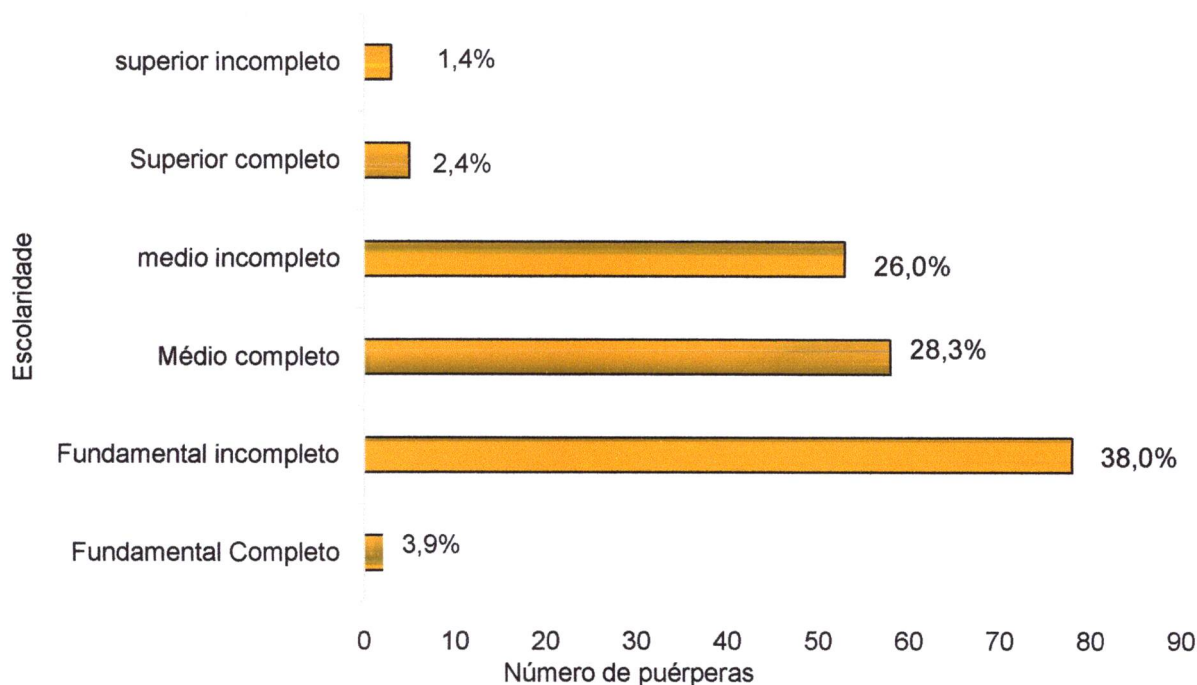


Gráfico 2 – Grau de escolaridade das puérperas relacionadas ao baixo índice de apgar em nascidos vivos que nasceram no ano de 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

Quanto a quantidade de consultas de pré-natal, cerca de 45,9% (n=94) tinham realizado menos de 6 consultas de pré-natal, e 54,1% (n=111) tiveram mais de 7 consultas. (Gráfico 3).

Thomé *et al.* (2020) realizaram uma pesquisa associando o nível de cobertura de pré-natal e o índice de Apgar de nascidos vivos no Brasil em 2018 e observaram que a taxa de consultas no pré-natal é proporcional ao nível de apgar no primeiro minuto de vida.

Resende *et al.* (2022) estudaram a relação entre a cobertura de pré-natal e apgar dos recém-nascidos que nasceram em Minas Gerais entre 2015 e 2019 e mostraram que, quanto maior a quantidade de consultas de pré-natal, maior o índice de apgar.

O resultado obtido nesse estudo é similar ao de Thomé *et al.* (2020) e Resende *et al.* (2022) a respeitoda relação proporcional entre a quantidade de consultas de pré-natal e a pontuação no índice de apgar.

Acredita-se que exista uma forte influência da pontuação da escala do apgar com o número de consultas do pré-natal. Informação essa, corroborada por Coutinho *et al.* (2003), os quais relatam que a cobertura de pré-natal é uma ferramenta utilizada com o intuito de diminuir ou excluir os riscos que a mãe ou feto podem ter, auxiliando diretamente na diminuição da mortalidade neonatal.

A realização inadequada do pré-natal está intimamente ligada a baixa escolaridade (GAMA *et al.*, 2004), pois quanto menor for o grau de instrução, mais tardia será a procura pra dar início ao programa de pré-natal, acarretando em menos consultas e consequentemente tornando o feto suscetível a possíveis complicações, que poderiam ser descobertas e prevenidas durante a gestação.

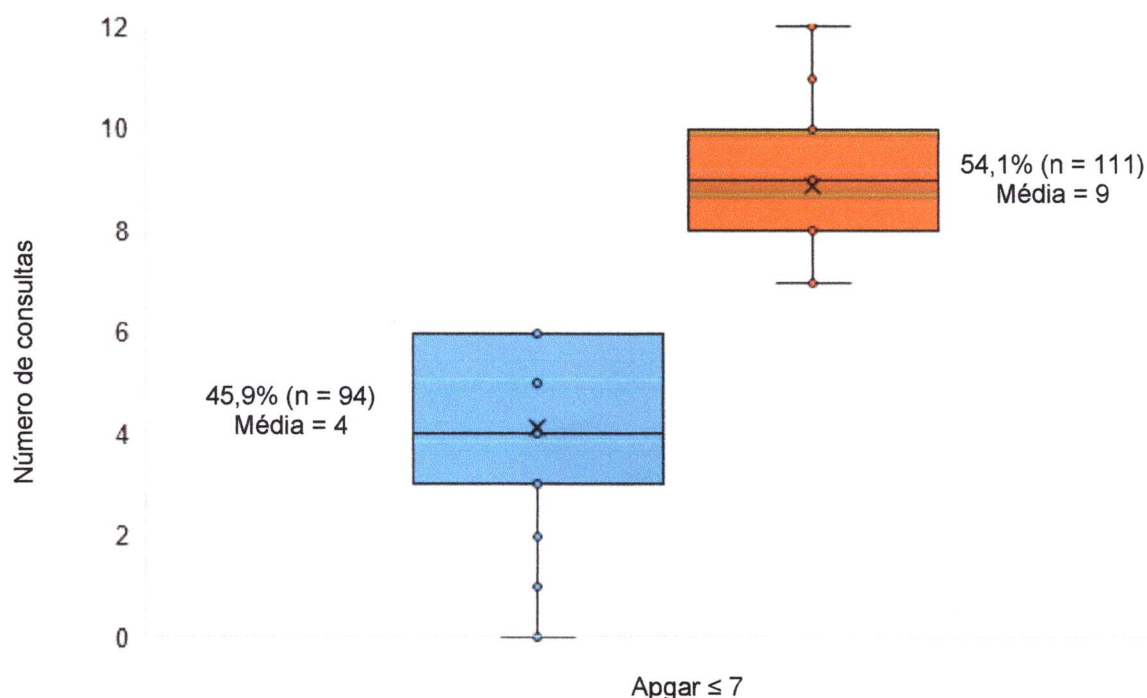


Gráfico 3 – Quantidade de consultas de pré-natal realizadas por mães que tiveram bebês que nasceram no ano de 2020 no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, e tiveram apgar igual ou abaixo de 7 no primeiro minuto. Coluna azul – consultas ≤ 6 . Coluna laranja – consultas ≥ 7 . Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

Quanto à idade gestacional das puérperas, 82% (n=168) se encontravam entre a 36 a 42 semanas de gestação quando pariram, seguido de 31 a 35 semanas equivalente a 7,3% (n=15), 3,9% (n=8) pariram até a 25 semana, 3,4% (n=7) entre a 26 a 30 semana, igualmente a porcentagem de puérperas acima de 43 semanas gestacionais. (Gráfico 4).

Kilsztajn *et al.* (2007) estudaram a vitalidade de 610.630 nascidos vivos em São Paulo, e observaram 3.916 registros com menos de 7 pontos de apgar. Destes, 81,1% (n = 3.177) nasceram entre a 37-41 semanas de gestação e 18,9% (n = 739) nasceram entre 32 a 36 semana.

No interior do Estado do Ceará, Muniz *et al.* (2016) analisaram 34 recém-nascidos vivos de 2011 a 2015 com apgar 7 ou menor, e notaram que 67,6% (n = 23) nasceram entre a 37 a 41 semana de gestação.

O presente estudo é similar aos de Kilsztajn *et al.* (2007) e Muniz *et al.* (2016) em relação à idade gestacional de recém-nascidos com baixo índice de apgar. Algumas complicações em recém-nascidos aparecem mais comumente a partir da 35 semana de gestação, é o caso a síndrome de aspiração de mecônio pode ocorrer durante esse período, além de que nesse estágio final da gestação o feto necessita de um maior suporte de oxigênio. Diante dessa dependência, a falta de oxigênio

deixa a célula mais nociva, especialmente a cerebral, podendo gerar seqüelas permanentes, comprometendo a vitalidade do recém-nascidos(OLIVEIRA *et al.* 2012).

Cordeiro e Salbatino (2002) realizaram um estudo no Hospital Santa Maria na Cidade de Lagoinhas (PE) quanto o diagnóstico para um parto cirúrgico. Eles observaram que a litratividade do útero (62,0%) e desproporção cefálica (23,0%) são que mais influenciam. Fatores estes também registrados por Marques (2019). Nota-se que vários fatores estão relacionados com um baixo apgar, como: posição fetal, circular de cordão umbilical, expulsão do feto e até mesmo não execução correta da força para expulsão do feto.

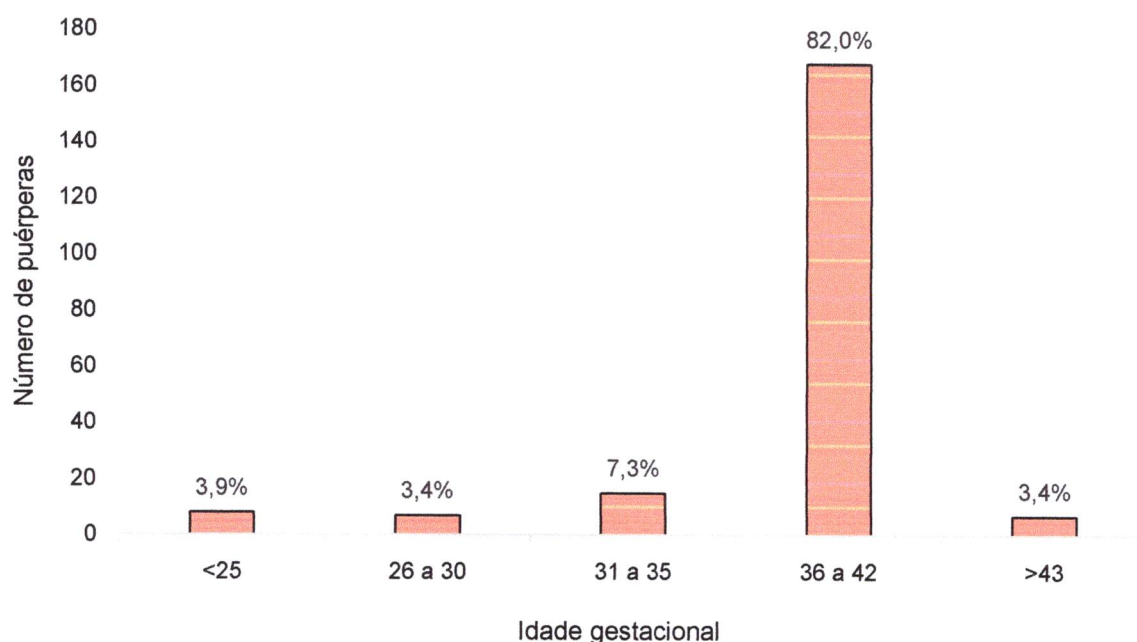


Gráfico 4 – Idade gestacional das puérperas que tiveram recém-nascidos com baixo índice na escala de apgar no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, no ano de 2020. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

Quanto ao tipo de parto em que os recém-nascidos foram submetidos, 60,0% (n=123) foram decorrentes de parto normal e 40,0% (n=83) de parto cesariana(Gráfico 5).

Loth; Vitti e Nunes (2001) pesquisaram as diferenças de índice de apgar entre 644 crianças que nasceram de parto normal e parto cesariana na Maternidade

Municipal de Umuarama no ano de 2001 e concluíram que: no primeiro minuto de vida, 6,45% daquelas que nasceram de parto normal pontuaram entre 0 e 3 na escala de apgar e 13,70% das que nasceram de parto cesariana tiveram apgar entre 4 a 7. No quinto minuto, 5,28% dos recém-nascidos que nasceram de parto fisiológico tiveram apgar entre 0 e 3 e 3,46% dos que nasceram de cesárea obtiveram entre 4 a 7 na escala.

Franceschini e Cunha (2007) estudaram a vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto, onde foram analisados dados de 150 recém-nascidos, sendo 75 nascidos de parto normal e 75 de cesárea. Dos 75 que nasceram de parto normal, apenas 3 tiveram escore de apgar menor que 7. Enquanto isso, dos 75 decorrentes de parto cesariano, 11 pontuaram menos que 7 na escala de apgar.

Os resultados desse estudo diferem da pesquisa de Loth; Vitti e Nunes (2001) e Franceschini e Cunha (2007), onde a maioria de recém-nascidos com apgar baixo nasceram de parto cesariana.

É importante ressaltar que a grande maioria das cesáreas é realizada para solucionar complicações geradas no parto por via vaginal, concluindo assim que a baixa vitalidade do recém-nascido pode não ser resultado da cesárea e sim do prognóstico que motivou o procedimento (KILSZTAJN *et al.*, 2007).

Esse baixo valor de apgar do recém-nascido decorrente de um parto normal pode estar vinculado a diversas complicações já mencionadas anteriormente, como: lteratividade do útero, desproporção cefálica, posição fetal, circular de cordão umbilical ou até mesmo a identificação desses fatores e retirada do feto tardiamente.

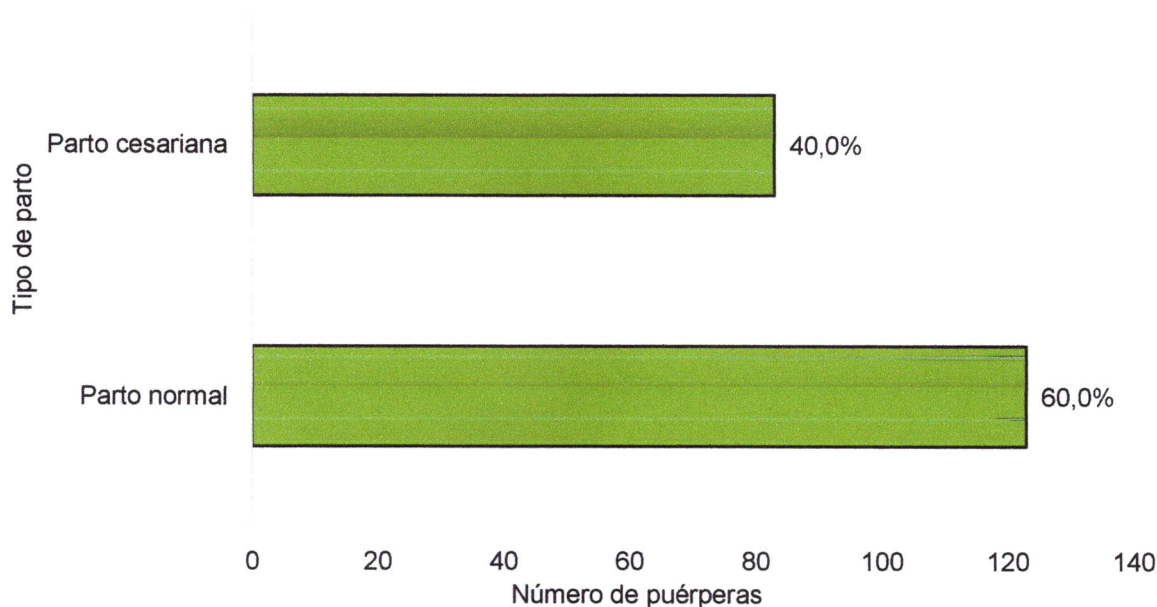


Gráfico 5 – Caracterização do tipo de parto entre os recém-nascidos que tiveram baixo índice de apgar e nasceram no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, entre os anos de 2017 a 2021. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

Foram registrados 205 recém-nascidos com apgar variando em torno de 7 ou menos no HMI no ano de 2020. Dentre eles, 61,4% ($n = 126$) são do sexo feminino e 38,6% ($n = 79$) são do sexo masculino (Gráfico 07).

Prado; Fontes e Schmidt (2015), em seu artigo sobre os fatores associados à vitalidade, analisaram 1.519 Declarações de Nascidos Vivos em 2011 no município de Cianorte, Paraná. De todos analisados, apenas 35 registraram apgar abaixo de sete no primeiro minuto de vida. Desses 35, a maioria ($n=25$) eram do sexo masculino.

Em sua pesquisa que observou a associação entre os fatores maternos e neonatais e o baixo índice de Apgar, Saraiva *et al.* (2018), que trabalharam com 134 recém-nascidos, cerca de 56% eram do sexo masculino.

Essa pesquisa apresentou que a maioria dos recém-nascidos que tiveram baixo apgar eram do sexo feminino e, em decorrência disso, difere das pesquisas de Prado; Fontes e Schmidt (2015) e Saraiva *et al.* (2018) que apresentaram taxas maiores do sexo masculino correlacionados ao baixo índice de apgar.

Nascimento *et al.* (2012) ressalta que recém-nascidos do sexo masculino apresentam uma chance 4 vezes maior de mortalidade do que os do sexo feminino e assinala que isso, provavelmente, está correlacionado ao fato de que o

amadurecimento dos pulmões de meninos ocorre de maneira mais lentamente do que em meninas. Além disso, esse resultado pode ter relação com o maior número de recém-nascidos do sexo femininos.

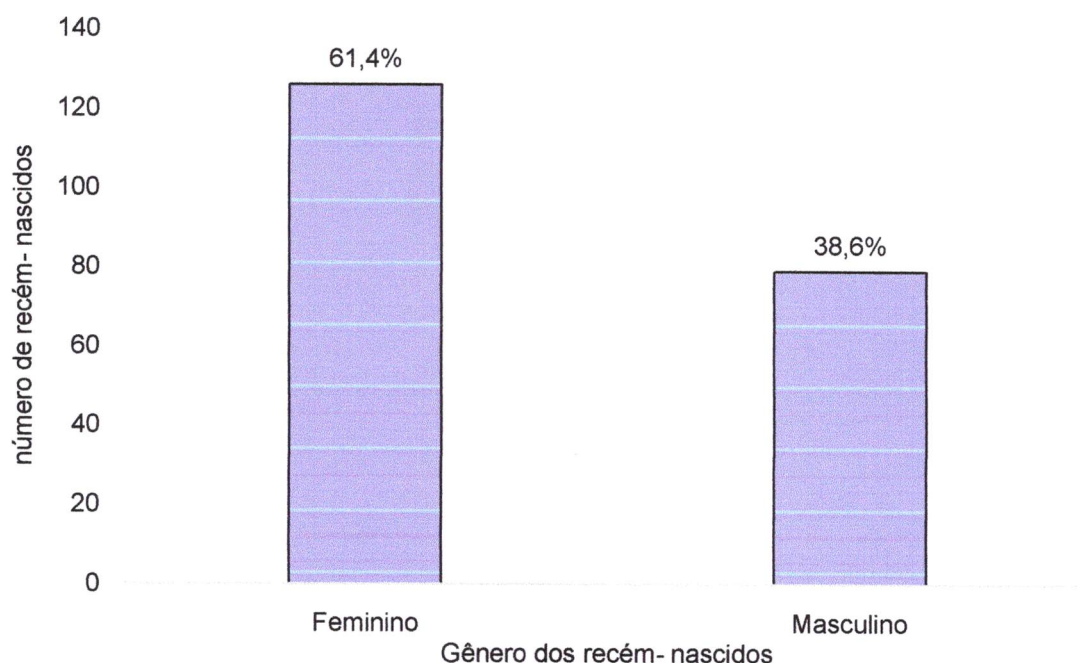


Gráfico 6 – Gênero dos recém-nascidos vivos que nasceram no Hospital Municipal de Itaitubano ano de 2020 e foram associados ao baixo índice de apgar. Fonte: Elaborado por Trindade (2022).

A massa dos recém-nascidos variou de 670 a 5.000 g, com 60,5% ($n = 122$) com massa entre 3.000 e 3.999 g, seguido de 29,3% ($n = 61$) com 2.000 e 2.999g. Os outros apresentaram porcentagem menor. Analisando por sexo, na escala entre 3.000 e 3.999 g o sexo feminino foi predominante (61,1%; $n = 77$) em relação ao masculino (57,0%, $n = 45$) (Gráfico 08).

Em seu estudo com 1519 nascidos vivos no ano de 2011 de Cianorte Paraná, Prado; Fontes e Schmidt (2015) observaram que 2,3% ($n=35$) registraram apgar baixo ao nascer. 31,4% deles ($n=11$) pesaram menos 2.500 g e 68,5% ($n=24$) pesaram igual ou mais que 2.500 g.

Kilsztajn *et al.* (2007) analisou dados de 610.630 nascidos vivos que nasceram em São Paulo em 2003. Dentre esses, 3.916 apresentaram apgar menor que 7 no quinto minuto. 79,1% ($n=3.099$) registraram entre 2.500 e 3.999 g ao nascer. 20,8% pesaram entre 1.500 a 2.499 gramas.

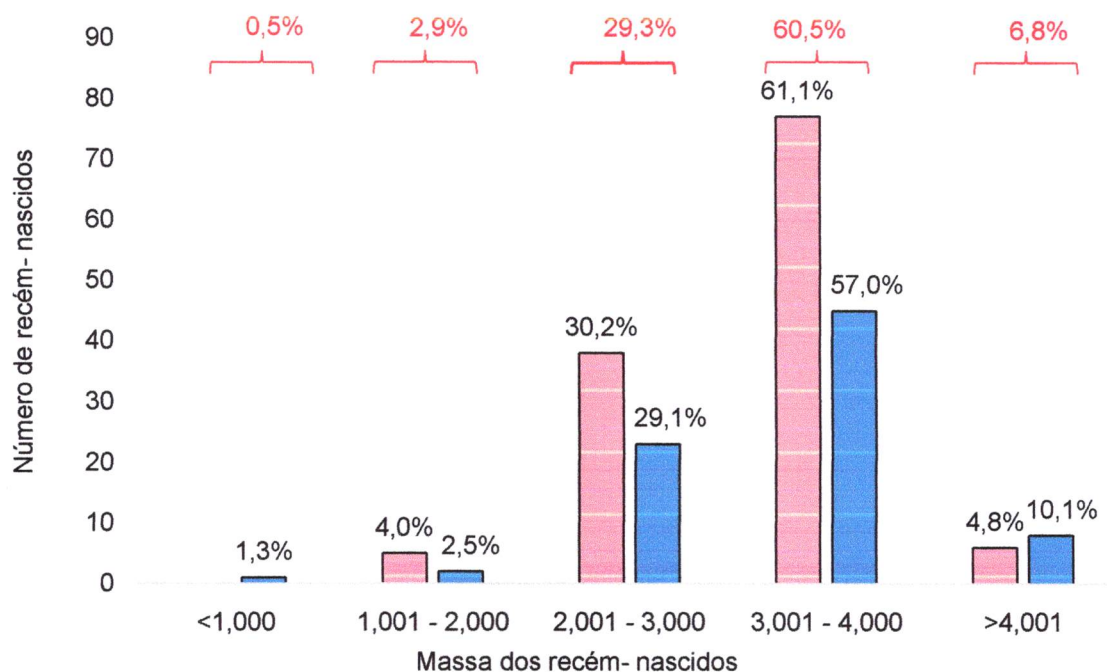


Gráfico 7 – A massa corporal e o número de recém-nascidos que nasceram no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, no ano de 2020 e obtiveram apgar igual ou abaixo de 7 no primeiro minuto. Coluna rosa: sexo feminino. Coluna azul: sexo masculino.

Oliveira *et al.* (2012) estudou a correlação entre o score de apgar e a mortalidade neonatal em um hospital do município de São Paulo entre os anos de 2005 a 2009. Entre os 7.094 nascimentos, 1.175 tiveram apgar menor ou igual a 7. 33% (n=388) dos nativos nasceram com a massa variando entre 500g a 2.499g. 49,7 (n=585) dos nascidos pesaram entre 2.500g a 3.499g. 17% (n=202) pesaram igual ou mais que 3.500g.

Os resultados do presente estudo foram semelhantes ao de Prado; Fontes e Schmidt (2015), Kilsztajn *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* (2012) e não encontrou evidências de que o baixo peso está associado ao baixo apgar, mas há indícios de que o baixo peso ao nascer é um fator de risco para baixa pontuação no apgar (SALVO *et al.*, 2007).

Apesar o peso está em um bom parâmetro, outros fatores podem ter corroborado para um apgar baixo. Em concordância com Kilsztajn *et al.* (2007), este resultado pode ser justificado devido as variadas complicações decorrentes do parto normal que comprometem a vitalidade do feto, como foi apresentado nesse estudo.

5 CONCLUSÃO

Do total de 205 prontuários de nascidos vivos no Hospital Municipal de Itaituba que tiveram apgar menor que 7 e nasceram em 2020, a maioria das mães apresentou idade entre 19 a 23 anos, seguido de 14 a 18 anos. Essa ocorrência pode ser explicada pelo fato de que mulheres jovens apresentam uma procura tardia por assistência médica, muitas vezes por falta de informações ou temor da reação da família quanto a descoberta da gravidez, além da imaturidade física, baixo perfil socioeconômico ou até estilo de vida inadequado durante a gestação. Em sequência, essa menor faixa etária geralmente apresentam um útero imaturo, e conseqüentemente um alto risco de infecção e produção de prostaglandina, além do déficit de nutrientes; estes fatores resultam em um parto prematuro e comprometem a vitalidade do RN.

Em relação à escolaridade, das 205 mães estudadas, a maioria tinha o ensino fundamental incompleto. Assim como outros estudos semelhantes, é possível constatar e correlacionar à baixa escolaridade com partos de recém-nascidos com baixa apgar. Esse acontecimento se dá, principalmente, porque muitas das mães acabam se evadindo ao ambiente escolar ao ter conhecimento da gestação ou porque precisam trabalhar.

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, quase metade das puérperas tinham feito menos de 6 consultas. A baixa nesse índice é diretamente relacionada com as qualidades de vida e de estudo da mãe.

A maioria dos recém-nascidos que tiveram apgar baixo nasceram de parto normal, diferindo dos outros estudos em que o parto cesariano obteve prevalência. Essa discordância ocorre porque a vitalidade do recém-nascido não varia somente de acordo com o tipo de parto, mas também em decorrência de outras características obstétricas; a maior parte das cesáreas são decorrentes de complicações de parto normal.

Em relação ao gênero do recém-nascido, o sexo feminino foi predominante, em discordância dos outros estudos. Apesar do fato de que recém-nascidos do sexo masculino apresentam 4 vezes mais chances de complicações do que o sexo feminino, devido ao amadurecimento mais tardio dos pulmões. É válido ressaltar que na maioria dos prontuários estudados que tiveram baixo apgar, prevaleceu o sexo feminino.

A massa dos recém-nascidos variou entre 3.001g a 4.000g. Embora existam indícios que comprovem o baixo peso com o baixo apgar, a maioria dos nascidos-vivos tinham massa adequada, assim como os resultados de outras pesquisas semelhantes.

O índice de apgar é a ferramenta mais adequada para mensurar a vitalidade do recém-nascido ao nascer e o seu uso é em massa. Ele contribui ativamente para monitorar, manter o controle e informar acerca da saúde do nascido. Estudos como este, permitem associar quais os fatores estão mais presentes e correlacionados ao baixo índice no score de apgar. E, assim, buscar formas de frear ou combater essas condições. Por isso, é de suma importância que estejam sempre disponíveis em salas de parto aparelhos pelo meio de qual se obtém informações antropométricas.

Conclui-se então que o baixo apgar está correlacionado à diversos fatores como: o baixo índice de consultas de pré-natal, a assistência de acordo com o tipo de parto e a escolaridade das puérperas, que foram predominantes nesse estudo e que podem ser combatidos.

É evidente o aperfeiçoamento que vem ocorrendo nos projetos relacionados a saúde materno-infantil, com tudo, apesar dos avanços, muitos obstáculos ainda devem ser ultrapassados para que a promoção na assistência, seja ela obstétrica ou neonatal, aconteça de forma humanizada e segura, afim de atingir um índice satisfatório de redução da mortalidade infantil e baixo apgar.

É preciso que os profissionais de enfermagem estejam capacitados acerca do assunto, para que haja melhorias na cobertura de pré-natal e uma busca ativa mais eficaz dessa assistência, para que a evasão das gestantes seja freada, além da elevação na qualidade do pré-natal. Os dados acerca do apgar devem ser constantemente atualizados, para que os problemas obstétricos do município sejam amenizados. Para isso, busca-se um aumento de eventos de educação em saúde e estímulos à elaboração de pesquisas científicas

REFERÊNCIAS

APGAR, V. M. D. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. **Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**, New York, v. 32, ed.4, p 260-267, 1953.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BESSA, J. F.; BONATTO, N. Apgar Scoring System in Brazil's Live Births Records: Differences between Home and Hospital Births. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.41, n.1, p.76-83, 2019.

BRASIL, Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 192 p.2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde Brasília**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede cegonha: Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 19p. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. S. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 1. ed. Brasília: Ministério da saúde, 51 p. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Atenção à Saúde da Criança Recém-nascidode Risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2020a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-Nascido de Risco**. 1.ed. Brasília, 2020b.

CARVALHO, G. E.; PELLENZ, D. C. Assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto. **Revista Saberes da UNIJIPA**. JI- Paraná, v. 13, n. 2, p 35-54, 2019.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 14-16, 2014.

CORDEIRO, N. R.; SALBATINO M. B. C. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Luís, v. 25, n. 7, p. 26, 2002.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.**, Juiz de Fora, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

CUNHA, A. A.; FERNANDES, D. S.; MELO, P. F.; GUEDES, M. H. Fatores associados à asfixia perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.26, n. 10, p. 799-805, 2004.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, E. G.; MONÇÃO, P. R.; CERQUEIRA, N. C.; SOUZA, M. A. S. Assistência de enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. **Revista Interdisciplinar**, Espinosa, v. 9, n. 2, p 38-48, 2016.

DONDÉ, J. P.; SONCINI, T. C. B.; NUNES, R. D. Fatores associados ao baixo índice de apgar no quinto minuto de vida em recém- nascidos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 49, n.3, p 69- 80, 2020.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p 1511- 1528, 2007

ERMEL, A. C.; GRAVE, M. T. Q. O índice de apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do vale de Piranhana. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 3, n. 3, p 7- 12, 2011.

FALOPPA, C.C.; SATO, D. K.; SOUZA, E. C.; VALMÓRBIDA, G. A.; PETRELLI, G. S.; INOUE, H. Y.; GONÇALVES, K. R.; ABE, K.; FIRMINO, K.; CATANHO, M. M. J.; OLIVEIRA, R. C.; SANTILLI, S. M. A.; DESSUNTI, E. M.; PAULI, D. S. Gravidez na adolescência: estudos de 50 casos atendidos na Maternidade Municipal de Londrina-PR. **Revista Semina**, Londrina, v. 15, p. 30-35, 1994.

FELDMAN, H. S. Assistência ao parto e nascimento: Celebrando a vida e o amor. 2. ed. Belo Horizonte: **Guia de práticas Assistenciais**, 2009. 68 p.

FONSECA, M. R. C. C.; VISNARDI, P.; TRALDI, M. C. Perfil sociodemográficos e acesso à assistência pré- natal das puérperas de um hospital público. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, São Paulo, v. 7, n. 1, p 6- 15, 2019.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S.; MALTA, D. C.; FRANÇA, J. S.; TEIXEIRA, R.; PORTO, D.; ALMEIDA, F. M.; SZWARCOWALD, C. L.; MOONEY, M.; NAGHAVIL, M.; VASCONCELOS, A. N M. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativa do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 30, n. 1, p 46-60, 2017.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Minas Gerais, 2008. Disponível em <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763>. Acesso em: 10 dez 2020

FRANCESCHINI, D.T.B.; CUNHA, M.L.C. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n. 28, v. 3, p. 324-330, 2007.

GAÍVA, M. A. M.; LOPES, F. S. P.; MUFATO, L. F.; FERREIRA, S. M. B. Fatores associados à mortalidade neonatal e recém- nascidos de baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Mato Grosso, v. 12, n. 11, p 1- 9, 2020.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; BRANCO, V. C.; LEAL, M. C. Fatores associados à assistência pré- natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública** 2004, v. 20, n. 1, P 101- 111, 2004.

GESSER, A. G. P.; VARGASA, D.; ARCOVERDE, T. L.; SAORIM, A.; STEINGRABERB, F. M.; STINGHENB, G. Y.; GIACOMINIB, G.; HOELLER, A. A. Perfil epidemiológico de recém- nascidos atendidos em uma maternidade de alto risco no sul do Brasil. **Vittale- Revista de Ciências da Saúde**, Santa Catarina, v. 31, n. 2, p. 25- 31, 2019.

GRAVENA, A. A. F.; PAULA, M. G., MARCON, S. S.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M.; Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enfermagem**, Maringá, v.26, n.2, p.130-135, 2013.

GUILHEM, D.; GRIBOSKI2, A. Mulheres e Profissionais de Saúde: O Imaginário Cultural na Humanização ao Parto e Nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 1, p. 107-14, 2006.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35,n.3, p.20-29, 1995.

GRAVENA, A. A. F.; PAULA, M. G.; MARCON, S. S.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M.; Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enfermagem**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013.

IBGE. **Fundo de População das Nações Unidas: situação da população brasileira**, Brasília, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Cidades e Estados. Município de Itaituba, 2020. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>>. Acesso em: 2 jan 2021.

JUSTINO, D. C. P.; LOPES, M. S.; SANTOS, C. D. P.; ANDRADE, F. P. Avaliação históricas das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 5, n. 1, p 71- 88, 2019.

KILSZTAJN, S. et al., Vitalidade do recém- nascido por tipo de parto no estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p 1886-1892, ago. 2007.

LANSKY, S.; FRANÇA, F.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p 759-772, 2002.

LANSKY, S.; LOPES, E. S.; CARMO, M. S. N.; REYES, A. M. A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém- nascido. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p 192-207, 2014.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. A. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 17-32, 2013.

LOTH, E. A.; VITTI, C. R.; NUNES, H. I. S. A diferença das notas do teste apgar entre crianças nascidas de parti normal e parto cesariana. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 5, n. 3, 2001.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G. S.; LUPPI, C. G. Mortalidade infantil neonatal: estudos das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n. 4, p 697-706, 2013.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p 439-447, 2006.

MARQUES, T. S. S. S. **Principais intercorrências que forçaram as mulheres a terem partos cesáreos no hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará, Brasil**. 2019. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Itaituba. 2019.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L.; SILVA, J. P. G.; NASCIMENTO, N. M. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, João Pessoa, v. 37, n. 3, p. 1- 9, 2016.

MELO, A.; SILVA, A.; PEIXOTO, M.; MANSANO, N.; BARBOSA, J. Atuação do Enfermeiro no Parto Humanizado Melo. **Revista Científica Eletrônica De Enfermagem Da Faef**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2018.

MOREIRA, L. M. C.; ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, S. A.; BUENO, M. C. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.22, n. 7, p 48-55, 2012.

MUNIZ, E. B.; VASCONCELOS, B. B.; PEREIRA, N. A.; FROTA, R. G.; MORAES, C. E. B.; OLIVEIRA, M. A. S. Análise do boletim de apgar em dados do sistema de informação sobre nascidos vivos registrado em um hospital do interior do Ceará, Brasil. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 5, n. 2, p 182- 191, 2016.

NASCIMENTO, M. J. Preparar o nascimento. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 47- 51, 2003

NASCIMENTO, R. M.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S; ALMEIDA, P. C.; SILVA, C. F. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012.

NASCIMENTO, F. C. V.; SILVA, M. P.; VIANA, M. R. P. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Piauí, v. 4, n. 1, p 1-10, 2018.

OLIVEIRA, T. G.; FREIRE, P. V.; MOREIRA, F. T.; MORAES, J. S. B.; ARRELARO, R. C.; ROSSI, S.; RICARDI, V. A.; JULIANO, Y.; NOVO, N. F.; BERTAGNON, J. R. D. Escore de apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado no sul do município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 1, p 22-28, 2012.

OLIVEIRA, L. L.; GONÇALVES, A. C.; COSTA, J. S. D.; BONILHA A. L. L. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016.

PALINSKI, J.R.; SOUZA, S.R.R.K.; SILVEIRA, J.T.P.; SALIM, N.R.; GUALDA, D.M.R. Women's perception of the process of labor coaching: a descriptive. **Online Braz J Nurs [online]**. v. 11, n. 2, p. 274-88, 2012.

PINTO, M. S. A. P. **Avaliação dos recém-nascidos a termo com índice de apgar baixo de um hospital geral terciário, público e de ensino no Ceará, em 2005.** 2008.55f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, 2008.

PIZZO, L. G. P.; ANDRADE S. M.; SILVA, A. M. R.; MELCHIOR, R.; GONZÁLES, A. D. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafio atuais em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 23, p 908-918, 2014.

PRADO, V.; FONTES, K. B.; SCHMDIT, K. T., Fatores associados a vitalidade ao nascer. **Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 39-40, 2015.

QUEIROZ, M. N.; GOMES, T. G. A. C. B.; MOREIRA, A. C. G. Idade gestacional, índice de apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p 236- 242, 2019.

RAMOS, H. A. C., CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p 297- 304, 2009.

RESENDE, M. R.; MELO, A. H.; RABELO, A. F.; ARAÚJO, C. Q. L. de; AMARAL, F. dos R.; CAETANO, G. P.; GONÇALVES, J. L. L.; FREITAS, M. L. A.; SILVA, E. E. A.; NASCIMENTO-JÚNIOR, V. P. Relationship between prenatal coverage, maternal, pregnancy and APGAR characteristics of live newborn in Minas Gerais. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 11, n. 1, p 1-8, 2022.

RODRIGUES, R. B.; COSTA, D. A. R. S.; SILVA, R. A. R.; DAVIM, R. M. B.; TORQUATO J. A.; OLIVEIRA, L. F. M. Mortalidade neonatal: estudo epidemiológico em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n 10, p 6968- 6975, 2013.

SALVO, F.; HUGO et al. Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 78, n. 3, p. 253-260, 2007.

SANTOS, I. S.; OKAZAKI, E. de L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, v. 1, n. 13, p. 64-68, 2012.

SANTOS, N. C. P.; VOGT, S. E.; DUARTE, E. D.; PIMENTA, A. M.; MADEIRA, L. M.; ABREU, M. N. S. Fatores associados ao baixo apgar em recém-nascidos em centro de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.72, n. 3, p 297- 304, 2019.

SANTOS-NETO, E.; ALVES, K.; ZORZAL, M.; LIMA, R. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SARAIVA, J. P.; VOGT, S. E. ROCHA, J. S.; DUARTE, E. D.; SIMÃO, A. S. Associação entre fatores maternos e neonatais e o Apgar em recém- nascidos de risco habitual. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p 1-7, 2018.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SHARDOSIM, J. M.; RODRIGUES, N. L. A.; RATTNER, D. Parâmetros utilizados na avaliação do bem- estar do bebê no nascimento. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 2, p 197- 208, 2018.

SILVA, A. C.; MIGOTO, M. T.; SOUZA, S. J. P.; TOMIN, L. L. Indicadores de mortalidade perinatal, infantil e materna regional de saúde do estado do Paraná. **Revista Gestão e Saúde**, Paraná, v. 21, n. 1, p 1-13, 2019.

SILVA, L. S. R.; CAVALCANTE, A, N.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Índice de apgar correlacionados a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/ CE. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos- RCFMC**, Sobral, v. 15, n. 1, p 25-29, 2020.

SINASC - **Sistema de informação de nascidos vivos** [Online]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>. Acesso em: 20 de ago. 2021. São Paulo; 2009.

SOUZA, S. **Fatores associados ao baixo escore de apgar no 1 minuto e à mortalidade neonatal em Foz do Iguaçu- PR de 2012 a 2016**. 2017. 60f. (Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Integração Latino- Americana, Foz do Iguaçu, 2017.

THOMÉ, M. T.; AMARAL, G. R.; MIRANDA, C. C.; AMARAL, L. M.; MIRANDA, S. S.; RAMOS, R. S. Análise do pré-natal e do Apgar no 1º minuto de nascidos vivos em 2018. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 54384- 54392, 2020.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 56- 60 2004.

ZORZI, P. M.; MADI, J. M.; ROMBALDI, R. L.; ARAÚJO, B. F.; ZATTI, H.; MADI, S. R. C.; BARAZZETTI, D. O. Fatores perinatais associados a recém-nascidos de termo com pH < 7, 1 na artéria umbilical e índice de Apgar < 7,0 no 5º minuto. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.**, Caxias do Sul, v. 34, n. 8, p. 381-385, 2012.