

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**RAQUEL MATIELLO ALVES  
VALENTINA DÓREA LIMA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÃES E ESTADO CLÍNICO DE  
RECÉM-NASCIDOS VIVOS EM VITÓRIA-ES**

VITÓRIA  
2023

Raquel Matiello Alves

Valentina Dórea Lima

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÃES E ESTADO CLÍNICO DE  
RECÉM-NASCIDOS VIVOS EM VITÓRIA-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Campos Perim

VITÓRIA

2023

**RAQUEL MATIELLO ALVES**

**VALENTINA DÓREA LIMA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÃES E ESTADO CLÍNICO DE  
RECÉM-NASCIDOS VIVOS EM VITÓRIA-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

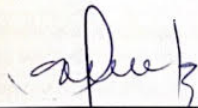
Aprovada em 15 de novembro de 2023

**BANCA EXAMINADORA**



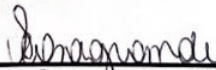
---

M.ª Paula Campos Perim  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientadora



---

M.ª Elaine Guedes Gonçalves de Oliveira  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
(Banca Interna)



---

Dra. Patrícia Casagrande Dias de Alemida  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
(Banca Externa)

Dedicamos aos nossos pais, que além de nos ensinar o caminho que devemos andar, nos apoiaram e incentivaram todos os nossos sonhos. Sem vocês não seríamos nada.

Agradecemos a Deus pela misericórdia eterna e pelas bênçãos incontáveis. Toda honra e toda glória seja dada a Ele.

Aos nossos irmãos pela segurança e força diária. Aos nossos namorados pelo companheirismo, parceria e amor.

E não poderíamos deixar de agradecer à nossa orientadora por todo ensino, paciência e apoio. Agradecemos também à profa. Dra. Janine Pereira da Silva pelo acolhimento e disposição ao nos introduzir na pesquisa.

Um médico não deve ser médico apenas com a ciência, ele deve ser médico com o coração.

Thomas Sydenham

## RESUMO

**Objetivo:** identificar o perfil sociodemográfico de mães e clínico de recém-nascidos vivos em Vitória, ES. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, com dados obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo (DN), em hospitais públicos ou privados, disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), no período de 2014 a 2018. Foram obtidas variáveis sociodemográficas da mãe e clínicas do recém-nascido vivo de Vitória, ES, Brasil. **Resultados:** De 2014 a 2018, Vitória registrou 54.670 partos sendo 25.262 das mães solteiras, 18.416 tinham ensino médio incompleto. 25.835 das gestantes eram primíparas e 44876 não tinham filhos nascidos mortos. 49.585 das gestações foram a termo e 53.490 de feto único. Foram realizadas 38.310 cesáreas. 43373 tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. 11.148 tiveram 10 consultas de pré-natal. Apenas 21.440 começaram o pré-natal no primeiro mês de gestação. 52.540 dos fetos tinham apresentações cefálicas. 43.228 sem indução do trabalho de parto. 24.964 cesarianas após início do trabalho de parto. 54.569 assistidos por médico. 50.915 dos recém-nascidos tiveram peso ao nascer maior ou igual a 2500 gramas. 51.932 tiveram APGAR do primeiro minuto maior ou igual a 7. Em 54307 o APGAR do quinto minuto foi maior ou igual a 7. **Conclusão:** Com o estudo, foi possível identificar os principais desafios enfrentados nas fases de gestação, parto e puerpério, bem como os fatores que podem levar a complicações se realizados de modo irregular. A partir disso, foi possível identificar quais condutas são necessárias incentivar.

**Palavras-Chaves:** Perfil de Saúde. Recém-Nascido. Cuidado Pré-Natal. Serviços de Saúde Materna. Políticas Públicas de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the sociodemographic and clinical profile of mothers and newborns in Vitória, ES, Brazil. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study with data obtained from the Declaration of Live Birth (DN), in public or private hospitals, made available by the State Health Department of Espírito Santo (SESA), from 2014 to 2018. Sociodemographic variables of mothers and clinical data of live newborns in Vitória, ES, Brazil, were collected. **Results:** From 2014 to 2018, Vitória recorded 54,670 births, with 25,262 from single mothers and 18,416 having incomplete high school education. 25,835 pregnant women were primiparous, and 44,876 had no stillborn children. 49,585 pregnancies were full-term, and 53,490 were single fetus pregnancies. There were 38,310 cesarean sections. 43,373 had 7 or more prenatal check-ups, and 11,148 had 10 prenatal check-ups. Only 21,440 started prenatal care in the first month of pregnancy. 52,540 fetuses had cephalic presentations, 43,228 had no labor induction, and 24,964 had cesarean sections after the onset of labor. 54,569 were assisted by a doctor, and 50,915 newborns had a birth weight greater than or equal to 2,500 grams. 51,932 had an APGAR score of greater than or equal to 7 at the first minute, and in 54,307, the APGAR score at the fifth minute was greater than or equal to 7. **Conclusion:** The study identified the main challenges faced during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, as well as factors that may lead to complications if not properly managed. This allowed for the identification of necessary interventions.

**Keywords:** Health Profile. Newborn. Prenatal Care. Maternal Health Services. Public Health Policies.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do recém-nascido conforme a idade gestacional .....	15
Quadro 2 - Classificação do recém-nascido conforme o peso .....	15
Quadro 3 - Índice de APGAR .....	16
Quadro 4 - Estado civil das mulheres entrevistadas .....	17
Quadro 5 - Escolaridade materna .....	18
Quadro 6 - Ocupação das mulheres entrevistadas .....	18
Quadro 7 - Quantidade de filhos vivos anteriores .....	19
Quadro 8 - Quantidade de filhos mortos anteriores .....	19
Quadro 9 - Duração da gestação .....	20
Quadro 10 - Tipo de gestação .....	20
Quadro 11 - Consultas Pré-natal .....	20
Quadro 12 - Via de parto .....	21
Quadro 13 - Sexo .....	21
Quadro 14 – Apresentação .....	21
Quadro 15 - Peso ao nascer.....	22
Quadro 16 - APGAR 1º minuto .....	22
Quadro 17 - APGAR 5º minuto .....	22

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1	OBJETIVO PRIMÁRIO .....	13
2.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	13
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>14</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA .....	14
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	14
3.3	COLETA DE DADOS .....	14
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	16
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	16
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
4.1	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE.....	17
4.2	GESTAÇÕES ANTERIORES .....	18
4.3	GESTAÇÃO ATUAL .....	19
4.4	PARTO .....	20
4.5	RECÉM-NASCIDO .....	22
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>36</b>
	ANEXO A - Certificado de aprovação do CEP.....	36

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria N° 1.130, de 5 de agosto de 2015, se estrutura em eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento infantil, de forma saudável e harmoniosa, além da redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, da prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

O primeiro eixo estratégico do PNAISC perpassa o direito à atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, consistindo na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção.

Em apoio, a Portaria No 569, de 1° de junho de 2000, estabelece os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS, em que consta, dentre outros, que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado e à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas nesta Portaria.

Apesar de quase a totalidade das gestantes brasileiras fazer pelo menos alguma consulta de pré-natal, a proporção que realizou seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 73,0% no ano de 2012, sendo este percentual menor em mulheres de nível econômico mais baixo, nas mais jovens e naquelas menos escolarizadas. Também, o início precoce do acompanhamento pré-natal atinge apenas três quartos das mulheres, sendo menor para as mais jovens, negras e das regiões Norte e Nordeste, apontando de forma consistente as desigualdades socioeconômicas na atenção pré-natal, como foi citado por Tomasi et al.

Segundo Tomasi et al. (2017) e Araújo et al. (2014), ainda há evidências de que a assistência pré-natal adequada possibilita a identificação e o manejo precoce de

condições clínicas, socioeconômicas e de fatores de risco comportamentais na gestação, oportunizando, desta forma, a prevenção de desfechos perinatais desfavoráveis como a redução da morbimortalidade, do risco de prematuridade e de restrição de crescimento intrauterino, dentre outros.

O objetivo do trabalho é identificar o perfil sociodemográfico de mães e clínico de recém-nascidos vivos em Vitória, ES.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Identificar o perfil sociodemográfico de mães e clínico de recém-nascidos vivos em Vitória, ES.

### 2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a. Analisar estatisticamente as complicações no parto das mães em Vitória, ES.
- b. Correlacionar a idade materna com possíveis desfechos desfavoráveis na saúde fetal.
- c. Entender quais são os desafios para o acesso e seguimento no pré-natal.
- d. Verificar a principal via de parto e avaliar com base na literatura quando a sua indicação traz benefícios para a mãe e para o recém-nascido.
- e. Identificar a quantidade de partos prematuros e correlacionar com complicações para o neonato no longo prazo, de acordo com a literatura médica.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO E CASUÍSTICA

Estudo descritivo, transversal, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo (DN) de todos os nascidos vivos do município de Vitória, ES, Brasil, incluindo hospitais públicos ou privados, no período de 2014 a 2018.

Considerando dados disponibilizados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), foram 279.554 nascidos vivos no ES, entre o período de 2014 a 2018 BRASIL (2019); a título desta pesquisa, foram considerados apenas aqueles ocorridos em Vitória, ES.

#### 3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Foram incluídos todos os nascidos vivos em Vitória, ES, no período de 2014 a 2018, com dados completos obtidos a partir da DN e disponibilizados pela SESA.

#### 3.3 COLETA DOS DADOS

Os dados foram disponibilizados pela SESA e continham informações relativas à mãe e ao nascido vivo, todos contidos na DN, a saber:

a) Mãe:

I. Sociodemográficos: município de moradia, idade (em anos), situação conjugal (solteira; casada; viúva; separada judicialmente/divorciada; união estável; ignorada), escolaridade (sem escolaridade; fundamental I; fundamental II; médio; superior incompleto; superior completo; ignorado), raça/cor referida (branca; preta; amarela; parda; indígena).

II. Gestação Atual: tipo de gravidez<sup>1</sup> ( nica; dupla; tripla/mais; ignorado) e idade gestacional pela data da última menstrua o (DUM) (ou número de semanas de gesta o se DUM ignorada), considerado pré-termo – prematuridade – se abaixo de 37 semanas, conforme Quadro 1, segundo a Organiza o Mundial de Saúde.

**Quadro 1 – Classificação do recém-nascido conforme a idade gestacional**

<b>Classificação</b>	<b>Idade gestacional</b>
Pós-termo	> ou igual a 42 semanas
Termo	37 a 41 semanas
Pré-termo	< 37 semanas
Pré-termo tardios	34 a 36 semanas e 6 dias
Pré-termos extremos	< 28 semanas

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2012

III. Parto: apresentação (cefálica; pélvica ou podálica; transversa; ignorado), trabalho de parto induzido (sim; não; ignorado), tipo de parto (vaginal; cesáreo; ignorado), cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar (sim; não; não se aplica; ignorado), nascimento assistido por (médico; enfermeiro/obstetriz; parteira; outros; ignorado).

IV. Local da ocorrência: local da ocorrência (hospital; outros estabelecimentos de saúde; domicílio; outros; ignorado) e estabelecimento.

b) Recém-nascido:

I. Peso ao nascer (em gramas): considerado baixo peso quando menor que 2500g, conforme Quadro 2, segundo a Organização Mundial de Saúde.

**Quadro 2 – Classificação do recém-nascido conforme o peso.**

<b>Classificação</b>	<b>Peso</b>
Extremo baixo peso	< 1.000 g
Muito baixo peso	< 1.500 g
Baixo peso	< 2.500 g

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2012

II. Índice de Apgar (no 1º e no 5º minuto de vida): índice criado para estabelecer possível grau de asfixia ao nascimento. Para isso são avaliadas as condições de vitalidade fetal utilizando como parâmetros a frequência cardíaca, respiração, tônus, irritabilidade reflexa e cor no 1º e 5º minutos de vida, conforme Quadro 3. Sua interpretação é feita pela soma desses parâmetros (cada um variando de 0 a 2), e é esperado que seja maior do que 7 no 1º minuto de vida. Se não o for, espera-se que recupere e fique maior do que 7 no 5º minuto de vida.

**Quadro 3 – Índice de APGAR**

<b>Pontos</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Frequência cardíaca	Ausente	Menor que 100bpm	Maior que 100bpm
Respiração	Ausente	Choro fraco: hipoventilação	Boa: choro forte
Tônus Muscular	Flacidez	Alguma flexão em extremidades	Bem flexionados
Irritabilidade	Ausente	Alguma reação	Choro
Cor	Cianose/palidez	Corpo róseo e extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos

Fonte: Traduzido de APGAR et al., 1958

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no software Microsoft® Office Excel 2010 e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0 (Série 10101141221). As variáveis categóricas (qualitativas) foram apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), sob parecer Nº 3.075.080, datado em 12 de dezembro de 2018, e segue, impreterivelmente, o disposto na Resolução 466/12.



## 4 RESULTADOS

A partir dos dados obtidos pela SESA na declaração de nascidos vivos no município de Vitória e analisados pelo SPSS, tem-se variáveis obtidas acerca da mãe e do bebê. Os anos analisados na base de dados foram de 2014 a 2018. No ano de 2014, o número de nascimentos foi de 12.733, em 2015 a frequência foi de 11.550; em 2016 foi de 10.901; 9835 em 2017 e 9651 em 2018, totalizando 54.670 nascimentos, sendo 2014 o ano com maior quantidade de nascimentos (23,3%) e 2018 o ano com menor quantidade (17,7%), apontando para um padrão decrescente no número de nascimentos por ano.

### 4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE:

O estado de residência de 99,8% (54.542) das mães foi o Espírito Santo, sendo os principais municípios Vitória, com 33,3%, Serra, com 27,8%, Cariacica com 17,1% e Vila Velha, com 13,2%. Das idades registradas, a mãe mais nova teve 12 anos e a mais velha teve 50, sendo a média e a mediana de 28 e o desvio padrão de 7. Quanto ao estado civil, 46,3% (25.262) eram solteiras no momento do nascimento e 47,6% (25.995) eram casadas. 3% (1656) estavam em união estável e 2,5% (1388) eram divorciadas.

**Quadro 4** - Estado civil das mulheres entrevistadas

<b>Estado civil</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Solteiras	46,3%	25.262
Casadas	47,6%	25.995
União estável	2,5%	1.388

A escolaridade das mães foi de 8 a 11 anos em 57,1% (31.204). 30,2% (16.520) estudaram por 12 ou mais anos e 11,5% (6297) estudaram de 4 a 7 anos. 0,1% (33) das mulheres não tinham nenhuma escolaridade. Na escolaridade das mães predominou o ensino médio incompleto ou inespecífico, com 33,7% (18.416).

Enquanto isso, 24% (13.099) tiveram ensino superior completo, 9% (4910) tiveram ensino médio completo e 6,3% (3421) ensino superior incompleto.

**Quadro 5** - Escolaridade materna

<b>Anos de escolaridade</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Nenhuma escolaridade	0,1%	33
4 a 7 anos	11,5%	6.297
8 a 11 anos	57,1%	31.204
12 ou mais	30,2%	16.520

Já em relação à ocupação, 27,5% (15.045) são donas de casa, 17,8% (9708) das mães estavam desempregadas, e 6,4% (3495) eram estudantes. As demais profissões obtidas na DN foram: administradora, pedagoga, técnica de enfermagem, representante comercial autônoma, assistente administrativa, operadora de caixa, recepcionista, cozinheira, vendedora de comércio varejista e outros.

**Quadro 6** - Ocupação das mulheres entrevistadas.

<b>Ocupação</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Dona de casa	27,5%	15.045
Estudante	6,4%	3.495
Desempregada	17,8%	9.708

#### 4.2 GESTAÇÕES ANTERIORES:

A quantidade de filhos vivos registrados variou de zero a quinze, sendo que a frequência foi caindo à medida que a quantidade de filhos aumentava. As mães que não tinham nenhum filho vivo no momento do parto representavam 47,5% (25.835). A quantidade de filhos vivos por mãe era de 1 em 33,4% (18.154), 2 em 12,1% (6557); 3 em 4,2% (2291).

**Quadro 7** - Quantidade de filhos vivos anteriores.

<b>Quantidade de filhos vivos anteriores</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Nenhum	47,5%	25.835
01	33,4%	18.154
02	12,1%	6557
03	4,2%	2291

As mães que não tinham nenhum filho morto representavam 82,8% (44.876). Mulheres com um filho morto estavam em 13,8% (7471), dois filhos em 2,7% (1469), três em 0,5% (277) e quatro em 0,1% (59).

**Quadro 8** - Quantidade de filhos mortos anteriores:

<b>Quantidade de filhos mortos anteriores</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Nenhum	82,8%	44.876
01	13,8%	7471
02	2,7%	1469
03	0,5%	277
04	0,1%	59

#### 4.3 GESTAÇÃO ATUAL:

Trabalho de Parto Prematuro é definido como aquele iniciado antes de completada a 37ª semana gestacional. Dentre as analisadas, 7,9% (4312) das gestações duraram até 36 semanas, sendo que 6,8% (3712) duraram de 32 a 36 semanas. Por outro lado, 90,8% (49.585) das gestações foram de 37 a 41 semanas.

**Quadro 9** - Duração da gestação:

<b>Duração da gestação</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
37 - 41 semanas	90,8%	49.585
32 - 36 semanas	6,8%	3712
Até 36 semanas	7,9%	4312

Quanto ao tipo de gestação, 97,8% (53.490) era gestação única, e 2,1% (1145) era dupla.

**Quadro 10** - Tipo de gestação:

<b>Tipo de gestação</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Única	97,8%	53.490
Dupla	2,1%	1145

Das gestantes analisadas 79,3% (43.373) compareceram a mais de 7 consultas pré-natal, enquanto 16,6% (9085) foram em 4 a 6 consultas, 3,2% (1751) foram em 1 a 3, e 0,5% (289) não fizeram nenhuma consulta pré-natal.

**Quadro 11** - Consultas Pré-natal:

<b>Número de consultas</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Mais de 7 consultas	79,3%	43.373
4-6 consultas	16,6%	9085
1 a 3 consultas	3,2%	1751
Nenhuma consulta	0,5%	289

#### 4.4 PARTO:

No que se refere ao tipo de parto, a cesárea foi a mais frequente ocorrendo em 70,1% (38.310) das gestações, enquanto o parto vaginal ocorreu apenas em 29,9% (16.353) das gestações. 51,2% (27.971) dos bebês que nasceram são do sexo

masculino e 48,8% (26.691) do sexo feminino. Em relação aos profissionais que realizaram o parto, 99,8% (54.569) foram realizados por um médico. O local de nascimento foi, em 99,8% (54.557), no hospital, e em 0,1% (81) no domicílio. O método utilizado para estimar o trabalho de parto foi o exame físico em 90,4% dos registros (35.814). Gestação com bebê pélvico é aquela em que a criança, após as 36 semanas, não modificou a sua posição intrauterina e permanece com a região glútea antes da cabeça, e esteve presente em 2% (1748) das gestações analisadas, e 0,2% (108) tiveram uma apresentação transversa, que é definida como o eixo longitudinal fetal oblíquo ou perpendicular, em vez de paralelo, ao eixo longitudinal materno. Enquanto isso, 96,1% (52.540) dos bebês apresentavam na posição cefálica, que é a mais indicada para parto vaginal.

**Quadro 12 - Via de parto:**

<b>Via de parto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Cesárea	70,1%	38.310
Parto vaginal	29,9%	16.353

**Quadro 13 - Sexo:**

<b>Sexo</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Masculino	51,2%	27.971
Feminino	48,8%	26.691

**Quadro 14 - Apresentação:**

<b>Apresentação</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
Cefálica	96,1%	52.540
Transversa	0,2%	108
Pélvica	2%	1748

#### 4.5 RECÉM-NASCIDO:

O peso ao nascer foi maior ou igual a 2500 gramas em 93,1% (50.915), e menor que 2500 gramas em 6,9% (3755).

**Quadro 15 - Peso ao nascer:**

<b>Peso ao nascer</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
≥ 2500 g	93,1%	50.915
< 2500 g	6,9%	3755

O APGAR no primeiro minuto foi maior ou igual a 7 em 95,2% (51.932) dos neonatos e menor que 7 em 4,8% (2592). O APGAR no quinto minuto foi maior ou igual a 7 em 99,5% (54307) e menor em 0,5% (267).

**Quadro 16 - APGAR 1º minuto:**

<b>APGAR 1º minuto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
≥ 7	95,2%	51.932
< 7	4,8%	2592

**Quadro 17 - APGAR 5º minuto:**

<b>APGAR 5º minuto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>Valor absoluto</b>
≥ 7	99,5%	54307
< 7	0,5%	267

## 5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos na pesquisa foi possível traçar tanto o perfil sociodemográfico das mães quanto o perfil clínico dos recém-nascidos vivos em Vitória, ES entre os anos de 2014 a 2018. Sobre o perfil materno pode-se concluir que a maioria das mães atendidas entre os anos de 2014 a 2018 eram de Vitória, Serra e Cariacica, cidades do estado Espírito Santo. Em relação a idade materna, a mãe mais nova apresentava 12 anos e a mais velha 50 anos, sendo a média de idade 28 anos.

Deve-se entender que a gravidez na adolescência, especialmente na adolescência precoce (menores de 15 anos), requer atenção especial para possíveis consequências prejudiciais à saúde fetal como baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intra-uterino, tendo em vista a maior incidência de fatores de risco como uso inadequado de álcool e outras drogas durante a gestação, exercício de trabalho remunerado ou a baixa adesão ao pré-natal, como proposto pelos estudos de Santos et al. (2022) e Saldanha (2020).

O acompanhamento da mãe é fundamental nas fases de gestação, parto e puerpério. Para garantir a efetividade do cuidado, consultas de pré-natal (PN) têm papel fundamental no direcionamento da conduta de acordo com o risco da gestação, bem como a prevenção e intervenção em possíveis complicações, de modo que tanto o bebê quanto a mãe sejam devidamente assistidos durante todo o processo. Segundo recomendações do Ministério da Saúde (2016), deve-se realizar no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro). Existem, no entanto, situações que reduzem a eficácia do acompanhamento, dentre elas, o início tardio e a falta de seguimento. É indicada como idade gestacional (IG) mínima para início de acompanhamento PN 12 semanas, e a IG de saída ideal a partir de 37 semanas, levando em consideração que, com a captação precoce e o seguimento completo, possíveis complicações e situações peculiares específicas por IG podem ser contempladas.

Uma relação entre a adesão às consultas PN e a condição socioeconômica das mães foi abordada em estudos de Lessa et al. (2022) e por Rezende et al (2022). Nele, é abordada a ideia de que há maior dificuldade de acesso devido à cor da pele, tanto com relação ao pré-natal, quanto com outros serviços de saúde na população brasileira. Mulheres que se autodeclaram negras, de acordo com o

estudo, apresentam menor chance de realizar um pré-natal adequado. Isso ocorre devido a uma sobreposição de fatores, dentre eles a maior paridade - que é inversamente proporcional à probabilidade de se realizar um pré-natal adequado - menor conjugalidade, condições socioeconômicas mais precárias e menor idade. Fatores estes que apontam para as vulnerabilidades que este grupo apresenta.

Ao observar o tipo de parto, a cesárea foi a mais frequente ocorrendo em 70,1% (38.310) das gestações, sendo que o parto vaginal ocorreu apenas em 29,9% (16.353) das gestações. Segundo a OMS (2012) o objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis, considerando epidêmica a elevação das taxas de cesárea.

Já com relação à apresentação pélvica, este cenário muda. Foi apresentado por da Silva et al. (2019) que gestações com apresentação pélvica possuem indicação de cesárea, desde que realizada por profissionais experientes e com o consentimento materno sobre o risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal. Um estudo realizado por Trocado et al. (2019), reforçou a ideia de que a cesárea nas apresentações pélvicas promove menor mortalidade quando comparada ao parto vaginal.

Segundo Aragão et al. (2011), o índice de Bishop modificado, é um preditor, que assim como a ultrassonografia (USG) transvaginal, auxilia na identificação da via de parto, de qual será o momento do parto (se necessária indução) e estima, também, a duração do trabalho de parto. Nele, as variáveis utilizadas são a altura da apresentação do polo fetal, dilatação, posição, consistência e comprimento do colo uterino.

A definição de prematuridade, que foi citada por Rocha et al. (2022), é o nascimento de um feto antes de 37 semanas completas de idade gestacional, ou quantidade de dias inferior a 259 desde a data da última menstruação (DUM). A prematuridade se subdivide em prematuridade extrema, abaixo de 28 semanas, muito prematuro entre 28 e 32 semanas, e a prematuridade moderada a tardia, de 32 a 37 semanas. Dentre as gestações analisadas, 92,1% (50286) foram de 37 semanas ou mais e 7,9% (4312) foram de menos de 37 semanas.

De acordo com Melo et al. (2022), deve-se compreender que a prematuridade é considerada um problema de saúde pública na maioria dos países, conseqüente ao alto custo da assistência dispensada a estas crianças no período neonatal e pela



possibilidade de repercussões a longo prazo para a criança, família e sociedade. Outro fato que deve-se considerar é que a prematuridade promove um grande impacto na sobrevivência e qualidade de vida do recém-nascido. Segundo Maia et al. (2022), bebês prematuros possuem maior risco de desenvolverem consequências graves para saúde, como cegueira, paralisia cerebral, dificuldade de aprendizagem, problemas de desenvolvimento, além de ser responsável por 70% da mortalidade infantil no país .

Um artigo publicado por Maia LT et al. (2020), aborda a prematuridade e o baixo peso ao nascer como uma das principais causas de morbimortalidade em recém-nascidos, devido a complicações por eles apresentadas. O quadro da prematuridade é diretamente proporcional a condições como extremos de idade materna, baixa escolaridade, tabagismo, baixo peso materno, baixa assistência ao pré-natal, entre outros fatores. No Brasil, as taxas de prematuridade se mantiveram constantes em média de 6,6%, variando em até 9%, com tendência ao aumento nas metrópoles. Dos partos registrados em Vitória, 7,8% foram prematuros.

As medidas diagnósticas de trabalho de parto prematuro (TPP), como citado por Oliveira, R dos S et al. (2019), são principalmente clínicas, pela análise da quantidade, frequência e intensidade das contrações, da dilatação cervical e de sangramentos e pela realização de escores de alto risco. Apesar de necessário, o acompanhamento clínico pode cursar com incerteza diagnóstica. Bons preditores que auxiliam na identificação do TPP são a USG transvaginal para medir o comprimento do colo uterino e o teste da fibronectina fetal. Esta predição é importante para que tratamentos e condutas adequadas ao neonato prematuro sejam tomadas, de modo que as complicações que os acometem sejam reduzidas.

Deve-se analisar o que Rocha A. dos S. et al (2022) abordou a respeito de como a prematuridade ocorreu, se por início de trabalho de parto espontâneo, como no caso da ruptura prematura de membrana, ou se a prematuridade foi provocada por um profissional de saúde, motivado por indicações maternas ou fetais de interrupção da gestação, como ocorre no cenário da pré-eclâmpsia.

Outro estudo feito por Teixeira et al. (2017) abordou a importância do planejamento reprodutivo como forma de evitar a prematuridade. Isso porque a presença de fatores estressantes na gravidez pode corroborar para a ocorrência de TPP, e esses tendem a ocorrer mais em gestações não planejadas. Outra questão que evidencia a importância desse planejamento é a adesão às consultas PN, que são maiores

quando ele ocorre. Incentivá-lo pode, portanto, proporcionar gestações mais seguras, com maior qualidade de vida do neonato.

Um recém-nascido de baixo peso ao nascer é aquele que nasce com peso inferior a 2.500 gramas (g), como já comentado. Neste critério estão incluídos tanto os prematuros quanto os RN de termo com restrição do crescimento intra-uterino. Entre os neonatos analisados, o peso ao nascer foi maior ou igual a 2500 g em 93,1% (50.915), e menor que 2500 g em 6,9% (3755). Este parâmetro, de acordo com Oliveira P. et al (2015), é um importante indicador de mortalidade e morbidade perinatal e neonatal, que se dá pela combinação ou pela presença isolada de restrição de crescimento intrauterino e de prematuridade. Também funciona como preditor do padrão de saúde imediato e futuro do RN.

Segundo Silva et al. (2011), durante o primeiro ano de vida, além dos riscos elevados de adoecer e morrer, os efeitos do baixo peso ao nascer se estendem para o domínio do crescimento e desenvolvimento infantis, demandando o uso intensivo de serviços de saúde. O impacto sobre o desenvolvimento cognitivo é percebido após o ingresso na vida escolar e determinará as possibilidades da vida profissional futura.

Mais recentemente têm sido destacadas as consequências do baixo peso sobre a ocorrência de doenças crônicas, como a hipertensão arterial na vida futura, assim como citado por Oliveira et al. (2018). Além disso, a frequência do baixo peso em recém-nascidos relaciona-se com os fatores da saúde materna e com as condições sociais da família de origem. Quanto mais elevada a proporção dos neonatos com baixo peso em uma comunidade, maior é a participação dos determinantes sociais na sua ocorrência.

A avaliação clínica do recém-nascido (RN) foi proposta por Virginia Apgar em 1953 e 1958, tendo sido muito útil no julgamento da necessidade da ressuscitação do mesmo, quando aplicada com 1 minuto de vida e, novamente, com 5 minutos. Sendo que escore de Apgar de 7-10 significa uma criança sadia, com boa vitalidade, enquanto que menor que 7 é sinal de alerta para atenção especial. Foi possível confirmar que o APGAR no primeiro minuto foi maior ou igual a 7 em 95,2% (51.932) dos neonatos analisados e menor que 7 em 4,8% (2592). O APGAR no quinto minuto foi maior ou igual a 7 em 99,5% (54.307) e menor em 0,5% (267).

Entender os fatores que contribuem para um APGAR abaixo de 7 e as implicações desse resultado são importantes para atuação a nível preventivo. Um estudo de

Thomé et al. (2020), aponta para a relação diretamente proporcional entre a realização adequada de PN e resultados acima de 7 no APGAR. Para o autor, apesar de existirem intercorrências como malformações congênitas, imaturidade fisiológica, asfixia intraparto e medicações maternas, a detecção precoce e intervenção diante de complicações, bem como orientações para evitá-las interfere significativamente no estado de saúde do neonato, influenciando, assim, no valor do APGAR.

De acordo com o estudo de Magalhães (2023), o índice de APGAR é uma importante forma de prever desfechos neonatais desfavoráveis, como a asfixia perinatal que leva ao risco de paralisia cerebral. Apesar da baixa sensibilidade, este índice continua sendo um dos mais empregados na prática clínica e um fidedigno parâmetro de investigação prognóstica neonatal. Utilizado amplamente há anos, o estudo em questão avaliou as mudanças na pontuação de APGAR no 5º minuto na população brasileira ao longo de 20 anos, utilizando os anos de 1999 e o biênio 2018-2019 como comparativo. Foi observado aumento em anomalias congênitas, nascimentos prematuros e BPN, porém houve aumento na escolaridade e no acompanhamento pré-natal, sendo que a observação constatada foi uma redução em APGAR menor do que 7 no quinto minuto.

Um olhar sobre o estado de saúde do recém-nascido, com a análise do peso ao nascer e do índice de APGAR, aponta para medidas que são tomadas, ou que deixam de ser tomadas, antes mesmo da concepção. Por isso, entender a relação de todo o ciclo gravídico-puerperal esclarece de modo integrado, como medidas em cada etapa deste ciclo influenciam na saúde materno-infantil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil sociodemográfico de mães e clínico de recém-nascidos possibilita, portanto, a identificação dos principais desafios enfrentados nas fases de gestação, parto e puerpério, bem como os fatores que podem levar a complicações se realizados de modo irregular. Identificar, também, condutas adequadas, a fim de otimizá-las é de suma importância para o bem-estar materno e do neonato.

O incentivo à realização do pré-natal deve ser reforçado, de modo a fomentar o início precoce das consultas, bem como o seguimento, uma vez que, quando é realizado conforme as recomendações, a eficácia na identificação de riscos e no manejo de complicações é significativamente maior. Para tanto, o investimento em uma rede integrada, em conformidade com a estratégia de saúde da família, com referência, contrarreferência e multidisciplinaridade é fundamental.

Para que o pré-natal atenda aos objetivos que propõe, o planejamento reprodutivo deve ser incentivado, desse modo, o preparo pode reduzir o risco de complicações como a prematuridade, a mãe pode ter um melhor preparo nutricional, com suplementação, além disso, os pais que dispõem de uma organização prévia tendem a seguir as consultas de modo mais regular.

Outro objetivo que ganha destaque diante dos resultados é a redução do número de cesáreas. O elevado índice de realização do procedimento, que expõe pacientes ao risco de hemorragias e infecções, pode diminuir com medidas de diagnóstico precoce e acompanhamento efetivo, principalmente de gestantes de alto risco, resolução de complicações e atitudes de promoção à saúde.

O baixo peso neonatal é uma questão de saúde pública com um impacto significativo individual, familiar e social. Os recém-nascidos com esse peso apresentam alterações na conexão materna, diminuição do período do tempo de amamentação, maior risco de desenvolvimento de patologias crônicas durante a sua vida adulta, uma maior facilidade a atrasos de desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem.

A frequência de recém-nascidos com baixo peso reflete as condições sociais, econômicas e ambientais às quais a mulher se encontra durante o período de gestação como prematuridade, a idade materna, gestações de risco (como hipertensão arterial e diabetes), gestações múltiplas, número de filhos nascidos vivos, sexo do feto, acesso às consultas de pré-natal, o peso materno prévio à

gestação, o tabagismo e o consumo de álcool na gestação, além do parto induzido, e da exposição à agrotóxicos.

Segundo dados do Brasil sobre as condições dos nascimentos no município do Rio de Janeiro entre 1994 e 2002, detectou-se que os nascidos com baixo peso representam cerca de 10% dos nascimentos, tanto nos partos cesáreos quanto nos normais. No estudo em foco, a porcentagem de nascimentos de neonatos com baixo peso foi 6,9%. Com isso, medidas como seguimento e adesão ao pré-natal devem ser incentivadas.

Por fim, vale ressaltar a importância de estratégias governamentais, como as iniciativas da Rede Cegonha, que tem como intuito, justamente promover um nascimento seguro, a partir do cuidado das etapas abordadas no presente estudo, desde o planejamento familiar e a atenção humanizada, a gestação, o parto e o pós-parto. Analisar a epidemiologia do processo de nascimento é importante para que mais estudos sejam feitos, e a partir de informações mais difundidas, questões de saúde pública podem ser solucionadas, resultando em uma melhor gestão de gastos hospitalares, em melhora na qualidade de vida e nascimentos mais dignos e seguros.

## REFERÊNCIAS

APGAR, V. et al. Evaluation of the newborn infant-second report. JAMA, Chicago, v. 168, n. 15, p. 1985-8. 1958.

AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de et al. Conduta Obstétrica na Apresentação Pélvica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 519-523, set. 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-7203200000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7203200000800008&lng=en&nrm=iso)>.

ARAGAO, José Richelmy Brazil Frota et al. Ultrassonografia do colo uterino versus índice de Bishop como preditor do parto vaginal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 361-366, nov. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100007&lng=en&nrm=iso)>.

ARAUJO, F.G. et al. Prenatal care in the perception of mothers of premature hospitalized in neonatal unit. Revista Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 8, n. 1, p. 2667-75, ago. 2014.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-254, jun. 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=en&nrm=iso)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1o de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. \*Diário Oficial da União\*, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 21 mai. 2018.

CACOLA, Priscila; BOBBIO, Tatiana Godoy. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. \*Revista Paulista de Pediatria\*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 70-76, Mar. 2010. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822010000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100012&lng=en&nrm=iso)>.

DOS SANTOS OLIVEIRA, Renata; BRITO, Maria Luiza Silva; DA COSTA NETO, Delcídes Bernardes. Uma análise integral do trabalho de parto prematuro. *\*Revista de Patologia do Tocantins\**, v. 6, n. 1, p. 54-57, 2019.

GRAVENA, Angela Andréia França et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *\*Acta Paulista de Enfermagem\**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en&nrm=iso)>. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>>.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer: fenótipos de risco de morte neonatal, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 6, e00231022, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231022>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *\*Revista de Saúde Pública\**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 466-473, jun. 2006. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000300015>>.

LESSA, M. S. de A. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.01282022>.

LIMA, Geânia de Sousa Paz; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *\*Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil\**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, set. 2004. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300005&lng=en&nrm=iso)>. <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000300005>>.

MAGALHÃES, A. L. C. et al. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.11162022>.

MAIA, A. A. A. et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 2, e9711, 24 fev. 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9711>.

MAIA, L. T.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. D. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, e00057519, 2020.

MELO, Thamires Francelino Mendonça de et al. Custos diretos da prematuridade e fatores associados ao nascimento e condições maternas. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 49, 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. \*Diário Oficial da União\*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

\<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 21 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. Brasília, Brasil: Autor, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: [21 mai. 2018].



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC/SUS. 2019. Disponível em: \<<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. \*Manual de Assistência ao Recém-Nascido\*. 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 569, de 1o de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da União, junho de 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt056901062000rep.html>.

OLIVEIRA, A. C. et al. Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2373-2382, 2018.

OLIVEIRA, Rone Peterson Cerqueira. \*Predição da prematuridade em gestantes com suspeita de trabalho de parto prematuro\*. 2018.

OLIVEIRA, R. dos S.; BRITO, M. L. S.; NETO, D. B. da C. Uma análise integral do trabalho de parto prematuro. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 6, n. 1, p. 54-57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n1p54>.

OLIVEIRA PESSOA, Tiara Aida et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 33, n. 3, p. 401-411, setembro de 2015. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002015000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000300008&lng=en&nrm=iso) <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.44425>

OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi de et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. \*Einstein (São Paulo)\*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 22-28, mar. 2012. Disponível em: \<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=pt&nrm=iso)>. <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000100006>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; MARCH OF DIMES; PMNCH; SAVE THE CHILDREN. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds. C. P.

Howson, M. V. Kinney, J. E. Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

Disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/DocCient-NeonatoISBP\\_Prematuridade\\_18112019\\_\\_1\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-NeonatoISBP_Prematuridade_18112019__1_.pdf)..

PINTO, Kelly Cristina de Lima Ramos et al. Avaliação de gestantes admitidas em um hospital público segundo a classificação de Robson. \*Brazilian Journal of Development\*, v. 6, n. 9, p. 67660-67670, 2020.

RESENDE, M. R. et al. Relação entre cobertura pré-natal, características maternas, da gestação e APGAR dos recém-nascidos vivos em Minas Gerais. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e22011124539, jan. 2022

ROCHA, A. dos S. et al. Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 8, p. 3139–3152, ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03232022>.

SALDANHA, B. L. Dificuldades enfrentadas por gestantes adolescentes em aderir ao pré-natal. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 9, e4160, set. 2020.

SANTOS, S. F. M. dos et al. Fatores associados à adequação do ganho de peso gestacional de adolescentes brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 7, p. 2629–2642, 2022.

SILVA, A. P. et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 29, n. 24, e624, jun. 2019.

SILVA, C. A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. Revista Paulista de Pediatria, v. 29, p. 328-335, 2011.

SOARES, Danielle; DEBORTOLI, Camila Cristina; TURMINA, Juliani. Estado Nutricional Pré-Gestacional e Ganho de Peso Gestacional na Influência do Peso de Recém-Nascidos em uma Clínica de Joinville SC. \*Revista Brasileira de Ciências da Saúde\*, p. 115-122, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. \*Avaliação nutricional da criança e do adolescente: manual de orientação\*. São Paulo: SBP, 2009.

\_\_\_\_\_. \*Reanimação do recém-nascido  $\geq 34$  semanas em sala de parto\*. São Paulo: SBP, 2017.

TEIXEIRA, Gracimary Alves et al. Características maternas de partos prematuros. \*Revista Enfermagem Atual In Derme\*, v. 81, n. 19, 2017.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. \*Cadernos de Saúde Pública\*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

THOMÉ, M. T. et al. Análise do pré-natal e do Apgar no 1º minuto de nascidos vivos em 2018. \*Brazilian Journal of Development\*, v. 6, n. 8, p. 54384-92, ago. 2020.

TROCADO, Vera et al. Breech presentation - Predictive model of the delivery mode. \*Acta Obstet Ginecol Port\*, Coimbra, v. 13, n. 4, p. 218-223, dez. 2019. Disponível em:

\<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-58302019000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302019000400003&lng=pt&nrm=iso)>.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLACO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. \*Revista Brasileira de Enfermagem\*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-289, abr. 2014. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso)>. <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>>.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. \*Cadernos de Saúde Pública\*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em:

\<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso)>. <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>.

## ANEXOS

### ANEXO A - Certificado de aprovação do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESFECHO FETAL: UMA ANÁLISE DA VIA DE PARTO E DO NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

**Pesquisador:** JANINE PEREIRA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03975318.3.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.075.080

##### Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, analítico, retrospectivo e transversal, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil, obtidos a partir da DN de todos os nascidos vivos do estado, incluindo hospitais públicos ou privados, nos últimos cinco anos. Os autores pretendem investigar o desfecho neonatal em função das condições de pré-natal e via de parto, em todos os nascidos vivos dos últimos 5 anos no ES exceto aqueles em que os dados eletrônicos estiverem incompletos. Serão utilizados dados disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) onde há registros de 273.802 partos no ES, entre o período de 2012 a 2016 (últimos cinco anos registrados no DATASUS), sendo este o número estimado da amostra para o estudo. A pesquisa servirá de tema para dissertação de mestrado.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no Espírito Santo, ES, Brasil.

**Objetivo Secundário:**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mães e recém-nascidos no ES.
- b) Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e desfechos perinatais

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 3.075.080

desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

c) Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa implica em risco mínimo que será atenuado pela manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, atendendo, impreterivelmente, ao disposto na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

**Benefícios:** Não são previstos benefícios individuais relacionados ao presente estudo. Contudo, em termos coletivos, e em uma perspectiva futura, pode repercutir na melhora da assistência pré-natal e ao parto, além de um impacto importante dos resultados no planejamento da saúde materno infantil no estado ES.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exequível do ponto de vista metodológico, de interesse para a comunidade científica e de grande relevância no âmbito das políticas públicas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: solicita dispensa

Justificativa: Os autores solicitam dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido ao desenho do estudo, ao tamanho estimado da amostra (n=273.802) e, principalmente, pela impossibilidade de contato com os participantes da pesquisa. Ratifica-se, ainda, a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos

FOLHA DE ROSTO assinada por Dr. Flavio Takemi Kataoca

CARTA DE ANUÊNCIA assinada por Ingrid Frederico Barreto – SESA – ES

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.elica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.075.080

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

vide recomendações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262678.pdf	03/12/2018 20:46:28		Aceito
Folha de Rosto	folharostopaulaluaracorreta.pdf	03/12/2018 20:32:22	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuenciapaulaluarara.pdf	29/11/2018 16:01:58	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadopaulaluarara.pdf	29/11/2018 16:01:06	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 3.075.080

VITÓRIA, 12 de Dezembro de 2018

---

Assinado por:  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br