



RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E DESFECHO MATERNO FETAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM MACAPÁ

ARTIGO ORIGINAL

CORDEIRO, Ângela Cristina da Silva¹

RÊGO, Aljerry²

OLIVEIRA, Vitor Fernando dos Santos³

GOMES, Rayllane Barbosa⁴

CORDEIRO, Ângela Cristina da Silva. Et al. **Relação entre a qualidade do pré-natal e desfecho materno fetal em uma maternidade pública em Macapá**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 07, Vol. 11, pp. 53-66. Julho de 2019. ISSN: 2448-0959

RESUMO

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. O objetivo desse estudo foi analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade em uma capital da região Norte do Brasil. Método: a pesquisa se caracteriza como transversal qualitativo. Os dados foram obtidos através de entrevista e análise da caderneta da gestante de 908 puérperas, atendidas no Hospital da Mulher e Maternidade Mãe Iuzia no período de abril a julho de 2019. Neste estudo foi utilizado o nível de confiança

¹ Médica. Residente de Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Amapá.

² Médico. Mestre em Ginecologia pela USP. Professor do curso de Medicina na Universidade Federal do Amapá.

³ Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

⁴ Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.



usual de 5% (0,05), deste modo para análise dos testes estatísticos consideramos p -valor $< 0,05$, como significativo, deste modo desconsideraremos a hipótese de igualdade (H_0). Resultados: faixa etária predominante foi ≥ 20 anos (79,6%); escolaridade ensino fundamental (38,7%); situação conjugal casada (83,7%); renda familiar < 1 salário mínimo (50%); idade gestacional ≥ 37 semanas (84,1%); registro de resultado de ultrassonografia > 14 semanas (60,7%); realizou os exames preconizados pelo Ministério da Saúde (81,8%), repetiu os exames no terceiro trimestre (33%); realizaram 3 ou mais consultas médicas (32,9%); realizaram 3 ou mais consultas com enfermeiro (51,5%). Concluímos que o desfecho neonatal desfavorável (Apgar Ruim) em parturientes atendidas em uma maternidade pública do Amapá foi estatisticamente significativo nas seguintes situações: a prematuridade, parto cesariano, necessidade de UTI neonatal e baixo peso ao nascer.

Palavras-chaves: assistência pré-natal, prematuridade, saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal é fundamental para que se obtenha um resultado positivo no desfecho de gestação, e a sua qualidade está relacionada com a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, bem como ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo padrões técnico-científicos de qualidade ⁶.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, preconiza que o adequado acompanhamento pré-natal é feito com, no mínimo, seis consultas de acompanhamento, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; e que a primeira consulta seja realizada até o 4º mês de gestação ³.

No Brasil, ainda que haja, uma cobertura significativa da assistência pré-natal, superior a 90%, esta ocorre de maneira inadequada, em que apenas 60% recebem orientações sobre a realização de exames, parto e aleitamento. Problemas pessoais, dificuldades de acesso ou de diagnóstico de gravidez constituem uma barreira para não realização e para o início tardio do pré-natal ¹⁰.



A prematuridade constitui-se em um grande problema de Saúde Pública, por se tratar de um determinante de morbimortalidade neonatal, e a assistência ao pré-natal é elencada entre estes fatores de risco para sua ocorrência. Quando prestada com qualidade à gestante, isto é, quando há infraestrutura adequada (recursos físicos, materiais, humanos e financeiros) com as devidas orientações e condutas poderá se obter melhores resultados na assistência ao parto e ao nascimento ⁴.

O objetivo deste trabalho foi analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade em uma capital da região Norte do Brasil, avaliar o perfil epidemiológico das gestantes internadas em trabalho de parto, a qualidade do pré-natal através da análise da caderneta da gestante e a relação entre a prematuridade e qualidade do pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal qualitativo, realizado através de entrevistas e análise da caderneta da gestante em puérperas internadas no Hospital da Mulher Mãe Luzia localizado na cidade de Macapá, Amapá, no período de abril a julho de 2019, após consentimento informado e autorização das puérperas. Na seleção da amostra, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: partos com idade gestacional acima de 22 semanas. Foram excluídas as puérperas que tiveram partos gemelares, as que não tinham caderneta da gestante, as puérperas com menos de 22 semanas de gestação ou procedentes de outros estados. A amostra final analisada é formada por 908 pacientes.

Para a identificação da idade gestacional de nascimento adotou-se aquela registrada pelo obstetra no prontuário da puérpera, foram definidos como puérperas de recém-nascidos prematuros aquelas com idade gestacional inferior a 37 semanas. Enquanto que o peso, o escore de APGAR e a necessidade de UTI dos recém-nascidos, utilizou-se o registro feito pela pediatria.



A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada com as puérperas em um prazo de até 48 horas após o parto. Os dados foram coletados pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

As variáveis abordadas na entrevista envolveram características socioeconômicas e demográficas: região da residência (zona norte, zona sul da capital, interior do estado), idade (10-14 anos; 15-19 anos; 20-24 anos; 25-24 anos; 35 ou mais anos), raça (branca, preta, parda, amarela ou indígena), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), renda familiar (<1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos ou > 3 salários mínimos), situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro). História reprodutiva e da gestação atual: número de gestações anteriores (1, 2 ou mais que 3), desfechos negativos de gestações anteriores, tipo de parto em gestação anterior, idade gestacional no momento do parto, registro de resultados de ultrassonografia na caderneta da gestante (sem registro, registro com < 14 semanas de gestação ou registro com idade gestacional > 14 semanas), realizou os exames preconizados pelo Ministério da Saúde (hemograma, tipagem sanguínea, sorologia para toxoplasmose, hepatite B e C, sífilis, HIV, glicemia de jejum), e se os exames foram repetidos no terceiro trimestre. Foram avaliados o número de consultas realizados por médicos (nenhuma, 1, 2 , 3 ou mais), número de consultas realizados por enfermeiros (nenhuma, 1, 2 , 3 ou mais), o tipo de parto (vaginal ou cesárea) e o que motivou o parto cesáreo e o desfecho materno (necessidade de UTI ou óbito). Também feito análise do escore de APGAR (no primeiro e quinto minuto após o nascimento), peso do recém-nascido (RN), necessidade de UTI neonatal ou óbito neonatal.

Após a coleta as informações foram inseridas em um banco de dados do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. As tabelas e os gráficos foram construídos com o auxílio do software Microsoft Excel 2016. Foi utilizado o nível de confiança usual de 5% (0,05), deste modo para análise dos testes estatísticos consideramos $p\text{-valor} < 0,05$, como significativo.



Visando cumprir todos os preceitos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (CAAE 13259519.6.0000.0003). Todas as participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além disso, foi requerido permissão de acesso aos dados das pacientes ao gestor da maternidade onde se realizou o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de abril a julho de 2019, foram coletados dados de 908 puérperas no Hospital da Mulher Mãe Luzia, destas 764 (84,1%) com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas de gestação e 144 (15,9%) pacientes com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação (Tabela 1). Enquanto um estudo realizado no estado de Santa Catarina em 2005 mostrou uma prevalência de prematuridade igual a 6,1%². Estudos em diversos países encontraram, entre os fatores de risco para o nascimento prematuro a inadequação do cuidado pré-natal².

O perfil materno foi dividido quanto à localização da moradia: 39,4% residem na zona sul da capital, 35,6% residem na zona norte da capital e 25% no interior do estado.

Com relação à idade, 79,6% adultas e 20,4% pacientes jovens, observamos, que quanto à raça 80,6% são de raça parda, 13,8% raça preta, 4,2% raça branca, 1,0% raça amarela e 0,4% eram indígenas. Em relação a escolaridade, os resultados indicaram que: 32% estudaram até o ensino fundamental incompleto, 31,8% concluíram o ensino médio, 18,2% ensino médio incompleto, 7,0% completaram o ensino superior, 6,7% estudaram até o ensino fundamental completo e 4,2% ensino superior incompleto.

No que se refere a renda familiar 50% das entrevistadas viviam com menos de 1 salário mínimo, 44,6% declararam que a renda familiar variava de 1 a 2 salários mínimos e apenas 5,4% com renda maior ou igual a 3 salários mínimos. Com relação a situação conjugal, encontramos: 83,7% com companheiros fixos e 16,3% sem companheiros fixos.



Um estudo realizado no município de São Luís-MA evidenciou que o uso adequado e intensivo do pré-natal está intimamente relacionado com características socioeconômicas, como a alta escolaridade materna e a renda familiar ³. Em estudo correlacionando ao estado civil da mãe, a mortalidade infantil e aspectos socioeconômicos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é maior para as crianças de mães solteiras².

Barreiras diversas para a não realização do pré-natal ou para o início precoce do acompanhamento foram identificadas, evidenciando as desigualdade sociais que persistem no país, com menor escolaridade, com maior número de gestações, e que residem nas regiões Norte e Nordeste¹⁰.

Levando em consideração a história reprodutiva das pacientes, 29,2% primigestas, 28,2% eram múltiparas com 3 ou mais gestações, 24% já tinham uma gestação anterior e 18,5% com 2 gestações prévias. 48,2% declaram um desfecho negativo um gestação anterior e o tipo de parto que mais prevaleceu na história obstétrica das pacientes foi o parto normal: 48,1%.

Com relação ao acompanhamento no pré-natal: 60,7% realizaram exame ultrassonográfico com idade gestacional superior a 14 semanas de gestação, 27,1% com menos de 14 semanas e 12,2% não realizaram o exame do decorrer da gestação. 81,8% realizaram os exames preconizados pelo Ministério da Saúde no primeiro trimestre e apenas 33% repetiram os exames no terceiro trimestre. Levando em consideração o número de consultas médicas 32,9% realizaram 3 ou mais consultas, 23,7% não realizaram nenhuma consulta, 22,5% realizaram 1 consulta e 20,9% realizaram 2 consultas. Em contrapartida 51,5% realizaram 3 ou mais consultas com o enfermeiro, 24,3% realizaram 2 consultas, 20,8% 1 consulta e apenas 3,3% não realizaram consulta com o enfermeiro. Dados semelhantes demonstrado por Villas et al. ¹⁰, seu estudo mostrou que 80% das puérperas realizou exame do primeiro trimestre, 40% repetiu exames no terceiro trimestre, 12,3% realizaram ultrassonografia obstétrica antes de 14 semanas, e 75,6% das gestantes foram atendidas por um profissional médico.



O principal objetivo dos exames de rotina no pré-natal é a identificação de intercorrências na gravidez com as intervenções oportunas para preservar a saúde da mãe e do feto, sendo a caderneta da gestante um dos principais instrumentos de comunicação entre as equipes de assistência ao pré-natal e ao parto, quanto aos problemas identificados e à condutas adotadas¹⁰.

Quanto ao desfecho materno da gestação 57% tiveram parto vaginal e 43% parto cesáreo. Não ocorrendo nenhum óbito e apenas 0,4% necessitaram de UTI.

Tabela 01- Características epidemiológicas e obstétricas de puérperas atendidas em uma maternidade da região Norte do Brasil. (PI)-2019. N:908

	N	%
Região da residência:		
Zona Norte	323	35,60%
Interior do Estado	227	25,00%
Zona Sul	358	39,40%
Idade (anos)		
≤ 19 anos (Jovem)	185	20,4%
≥20 anos (Adulto)	723	79,6%
Raça		
Branca	38	4,20%
Preta	125	13,80%
Parda	732	80,60%
Amarela	9	1,00%
Indígena	4	0,40%
Escolaridade Materna		
E. Fundamental (Incompleto)	291	32,00%
E. Fundamental (Completo)	61	6,70%
E. Médio (Incompleto)	165	18,20%
E. Médio (Completo)	289	31,80%
E. Superior (Incompleto)	38	4,20%



E. Superior (Completo)	64	7,00%
Renda familiar		
< 1 SM	454	50,00%
1 -2 SM	405	44,60%
≥3SM	49	5,40%
Situação conjugal		
Sem Companheiro	148	16,30%
Com Companheiro	760	83,70%
Nº de gestações anteriores:		
Nenhuma	265	29,20%
1º Gestação	218	24,00%
2º Gestação	168	18,50%
≥3º Gestações	256	28,20%
Desfechos negativos anteriores		
Sim	205	22,60%
Não	438	48,20%
Nãos se aplica	265	29,20%
Tipo de parto em gestação anterior		
Cesáreo	178	19,60%
Normal	437	48,10%
Não se aplica	293	32,30%
Idade gestacional no momento do parto		
< 37 Semanas	144	15,90%
≥ 37 Semanas	764	84,10%
Registro de resultado de ultrassonografia (no cartão)		
Sem Registro	111	12,20%
Com registro < 14 semanas	246	27,10%
Com registro > 14 semanas	551	60,70%
Fez todos os exames preconizados pelo MS?		
Sim	743	81,80%
Não	165	18,20%



Repetiu os exames no terceiro trimestre?		
Sim	300	33,00%
Não	608	67,00%
Número de consultas médicas		
Nenhuma	215	23,70%
1 Consulta	204	22,50%
2 Consultas	190	20,90%
≥3º Consultas	299	32,90%
Número de consultas com enfermeiro		
Nenhuma	30	3,30%
1 Consulta	189	20,80%
2 Consultas	221	24,30%
≥3º Consultas	468	51,50%
Tipo de parto		
Vaginal	518	57,00%
Cesária	390	43,00%
Óbito materno:		
Sim	0	-
Não	908	100%
Necessidade UTI adulto		
Sim	4	0,40%
Não	905	99,60%

Fonte: Autor

Quanto ao desfecho neonatal (Tabela 2), no que se refere ao Apgar, levando em consideração a classificação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que classifica o Apgar entre 8 a 10 ótimo a excelente, 5 a 7 regular e menos que 5 aqueles recém-nascidos que precisa de auxílio médico especializado, no presente estudo, 92,1% foram classificados com o Apgar ótimo/excelente no primeiro minuto e 97,5% Apgar ótimo/excelente no quinto minuto. Com relação ao peso do nascimento 92,6% teve



peso maior que 2.500 g. Os resultados obtidos demonstraram também que 4,7% dos nascidos vivos tiveram a necessidade de UTI neonatal, e 0,9% de óbitos.

Em estudo realizado por Neves (2011), fora evidenciado um apgar ótimo/excelente no quinto minuto em 93,9% recém-nascidos, 80,4% nasceram com um peso igual ou superior a 2.500g e 3,6% dos recém-nascidos foram a óbito.

Tabela 02- Desfecho neonatal de recém-nascidos de puérperas em uma maternidade pública do estado do Amapá-AP. (PI)-2019. N:908

	N	%	Média	Mín	Máx	Dp
Classificação da escala do Apgar(Ao Nascer)			8,6	0,0	9,0	1,4
Ruim	28	3,1%				
Regular	44	4,8%				
Ótimo/Excelente	837	92,1%				
Classificação da escala do Apgar(5 min)			10	0	10	1
Ruim	10	1,1%				
Regular	13	1,4%				
Ótimo/Excelente	886	97,5%				
Peso neonatal						
500 - 1.000 gr	4	0,40%				
1001 - 1.500 gr	17	1,90%				
1501 - 2000 gr	9	1,00%				
2001 - 2500 gr	37	4,10%				
>2501 gr	842	92,60%				
Necessidade de uti neonatal						
Sim	43	4,70%				
Não	866	95,30%				
Óbito neonatal						
Sim	8	0,90%				
Não	901	99,10%				

Fonte: Autor

RC: 34634

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/desfecho-materno>



No que se refere a caracterização do desfecho neonatal em relação às características maternas (Tabela 3), nota-se que à localização da moradia que predominou o trabalho de parto prematuro foram os moradores que residem no interior do estado 15%, seguido por 14,9% moradores da zona Norte da capital, 14,8% residem na zona Sul da capital. Não houve diferença significativa quanto a prematuridade a paciente ser do interior ou da capital. Esses dados são discordantes da maioria dos estudos, que atribui que uma maior taxa de prematuridade em pacientes residente no interior ⁸. De acordo com estudos, estar associado à questão do acesso a aos serviços de saúde, considerando um estrutura de atendimento, localização e qualificação dos serviços, a maioria que reside em zona rural, ou seja, onde o acesso aos bens e serviços é restrito. Os fatores ambientais podem ser determinantes na taxa de mortalidade infantil ⁸.

Em relação a faixa etária o trabalho de parto prematuro foi mais frequente em pacientes adultos 15,8%. Os resultados indicam que a prematuridade prevaleceu nas pacientes que estudaram até ensino médio completo 23,4%, com renda familiar maior que 3 salários mínimos 22,4%. Dados controverso aos encontrados na literatura, consideram que, em geral, a adolescência, a baixa escolaridade e o baixo padrão socioeconômico podem predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência e dificultar o exercício de direitos e cidadania ⁹.

Com relação a história reprodutiva das pacientes o trabalho de parto prematuro se mostrou mais frequente em pacientes não múltiparas 28,1%. Um estudo realizado em Imperatriz-MA, a prematuridade foi mais frequente em primíparas ¹. No que se refere ao número de consultas e exames no pré-natal, o presente estudo demonstrou que a prematuridade foi mais frequente em paciente que não passaram por nenhuma consulta médica 16,3%, que se consultaram somente uma vez com o enfermeiro 22,2% e naquelas que não realizaram os exames preconizados pelo MS 19,4%. Observa-se que 46,3% das pacientes que não realizaram consulta médica ou realizaram no máximo 2 consultas tiveram partos prematuros, enquanto pacientes que realizaram 3 ou mais consultas 13,7% tiveram parto prematuro. Em um estudo



realizado no Paraná mostra que apenas 3% das pacientes não realizaram consultas médicas ⁹.

Tabela 03- Caracterização do desfecho neonatal em relação às características maternas segundo a cobertura da assistência ao pré-natal, início precoce e número de consultas realizadas em uma capital da região Norte do Brasil. (PI)-2019. N:908

	Desfecho neonatal			
	Parto a Termo		Parto Prematuro	
	N	N	N	%
Região da residência:				
Zona Norte	275	85,1%	48	14,9%
Interior do Estado	193	85,0%	34	15,0%
Zona Sul	305	85,2%	53	14,8%
Idade (anos)				
≤ 19 anos (Adolescentes)	164	88,6%	21	11,4%
≥20 anos (Adulto)	609	84,2%	114	15,8%
Escolaridade Materna				
E. Fundamental (Incompleto)	256	88,0%	35	12,0%
E. Fundamental (Completo)	55	90,2%	6	9,8%
E. Médio (Incompleto)	140	84,8%	25	15,2%
E. Médio (Completo)	242	83,7%	47	16,3%
E.Superior (Incompleto)	31	81,6%	7	18,4%
E.Superior (Completo)	49	76,6%	15	23,4%
Renda familiar				
< 1 SM	394	86,8%	60	13,2%
1 -2 SM	341	84,2%	64	15,8%
≥3SM	38	77,6%	11	22,4%
Nº de gestações anteriores:				
Nenhuma	218	82,3%	47	17,7%
1º Gestação	188	86,2%	30	13,8%



2º Gestação	144	85,7%	24	14,3%
≥3º Gestações	222	86,7%	34	13,3%
Fez todos os exames preconizados pelo MS?				
Sim	640	86,1%	103	13,9%
Não	133	80,6%	32	19,4%
Número de consultas médicas				
Nenhuma	180	83,7%	35	16,3%
1 Consulta	175	85,8%	29	14,2%
2 Consultas	160	84,2%	30	15,8%
≥3º Consultas	258	86,3%	41	13,7%
Número de consultas com enfermeiro				
Nenhuma	25	83,3%	5	16,7%
1 Consulta	147	77,8%	42	22,2%
2 Consultas	186	84,2%	35	15,8%
≥3º Consultas	415	88,7%	53	11,3%

Fonte: Autor

No que se refere ao Apgar no primeiro minuto (Tabela 4), constatou-se que recém-nascidos com apgar ruim, 8,4% das puérperas residem na zona norte da capital, eram adultas 8,2%, que 14,7% estudaram até o ensino e 15,4% tinham renda familiar de até 2 salários mínimos. Assim como recém-nascidos de pacientes secundigestas 8,7%, que no momento do parto a idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação, cujo não realizaram todos os exames preconizados pelo Ministério da saúde 10,3%, não passaram por nenhuma consulta médica 9,3%, que realizaram apenas uma consulta com o enfermeiro 10,6% obtiveram um índice de Apgar ruim.

Em nosso estudo que somente a prematuridade e o parto cesariano foram estatisticamente significativo para um apgar ruim.

O índice de Apgar, largamente utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, avalia cinco sintomas objetivos: frequência cardíaca (ausente: 0; < 100/min: 1; > 100/min: 2); respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; forte/choro: 2); tônus muscular



(flácido: 0 ; flexão pernas: e braços: 1; movimento ativo/boa flexão: 2) e cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidade: 1; rosado: 2). Importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal e neonatal a soma do Apgar varia 0 a 10⁷.

Tabela 04- Análise inferencial das características maternas segundo a cobertura da assistência ao pré-natal e a classificação da escala de APGAR, realizadas em uma capital da região Norte do Brasil. (PI)-2019. N:908

	Classificação da escala do Apgar(Ao Nascer)				
	Ruim		Ótimo/Excelente		
	N	%	N	%	P-valor
Região da residência:					0,929
Zona Norte	27	8,4%	296	91,6%	
Interior do Estado	17	7,5%	210	92,5%	
Zona Sul	28	7,8%	330	92,2%	
Idade (anos)					0,611
≤ 19 anos (Adolescente)	13	7,0%	172	93,0%	
≥20 anos (Adulto)	59	8,2%	664	91,8%	
Escolaridade Materna					0,658
E. Fundamental (Incompleto)	19	6,5%	272	93,5%	
E. Fundamental (Completo)	5	8,2%	56	91,8%	
E. Médio (Incompleto)	16	9,7%	149	90,3%	
E. Médio (Completo)	21	7,3%	268	92,7%	
E.Superior (Incompleto)	5	13,2%	33	86,8%	
E.Superior (Completo)	6	9,4%	58	90,6%	
Renda familiar					0,132
< 1 SM	43	9,5%	411	90,5%	
1 -2 SM	24	5,9%	381	94,1%	



≥3SM	5	10,2%	44	89,8%	
Nº de gestações anteriores:					0,885
Nenhuma	21	7,9%	244	92,1%	
1º Gestação	19	8,7%	199	91,3%	
2º Gestação	11	6,5%	157	93,5%	
≥3º Gestações	21	8,2%	235	91,8%	
Idade gestacional no momento do parto					<0,001
< 37 Semanas	34	23,6%	110	76,4%	
≥ 37 Semanas	38	5,0%	726	95,0%	
Fez todos os exames preconizados pelo MS?					0,212
Sim	55	7,4%	688	92,6%	
Não	17	10,3%	148	89,7%	
Número de consultas médicas					0,746
Nenhuma	20	9,3%	195	90,7%	
1 Consulta	17	8,3%	187	91,7%	
2 Consultas	15	7,9%	175	92,1%	
≥3º Consultas	20	6,7%	279	93,3%	
Número de consultas com enfermeiro					0,491
Nenhuma	2	6,7%	28	93,3%	
1 Consulta	20	10,6%	169	89,4%	
2 Consultas	15	6,8%	206	93,2%	
≥3º Consultas	35	7,5%	433	92,5%	
Tipo de parto					0,003
Vaginal	29	5,6%	489	94,4%	
Cesária	43	11,0%	347	89,0%	

P-valor, Teste de associação Qui-quadrado, ao nível de significância de 5%. Fonte: Autor.

Observou-se no estudo que aqui se propõe (Tabela 5) um desfecho neonatal desfavorável no que se refere ao índice de Apgar ruim ao nascer em RN prematuro



24,4%, com peso variando entre 500g a 1.000 g, e aqueles que necessitaram de utero neonatal.

Os resultados obtidos demonstram os RN com apgar ruim tiveram necessidade de atendimento de maior nível de complexidade e maiores chances de complicações, remetendo à disponibilidade de estrutura técnica, equipamentos e recursos humanos capacitados para atendimento de maior complexidade e reversão da situação de risco apresentada ao nascer.

A organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer o recém-nascido com peso ao nascimento menor que 2.500g, o baixo peso ao nascer sempre foi um motivo de preocupação para os profissionais de saúde, por se associar à maior mortalidade neonatal e infantil ⁹.

Tabela 05- Análise Inferencial das características maternas segundo desfecho neonatal e da classificação da escala do APGAR, realizadas em uma capital da região Norte do Brasil. (PI)-2019. N:908.

Classificação do Teste de Apgar(Ao Nascer)					
Ruim			Ótimo/Excelente		
	N	%	N	%	P-valor
Desfecho neonatal					<0,001*
Parto a Termo	39	5,0%	735	95,0%	
Parto Prematuro	33	24,4%	102	75,6%	
Peso neonatal					<0,001**
500 - 1.000 gr	4	100,0%	0	0,0%	
1001 - 1.500 gr	9	52,9%	8	47,1%	
1501 - 2000 gr	6	66,7%	3	33,3%	
2001 - 2500 gr	2	5,4%	35	94,6%	
>2501 gr	51	6,1%	791	93,9%	



Necessidade de uti neonatal					<0,001*
Sim	25	58,1%	18	41,9%	
Não	47	5,4%	819	94,6%	

*P-valor, Teste de associação Qui Quadrado, ao nível de significação de 5%

**P-valor, Teste de associação Exato de Fisher, ao nível de significância de 5%.

Fonte: Autor.

CONCLUSÃO

Concluimos que o desfecho neonatal desfavorável (Apgar Ruim) em parturientes atendidas em uma maternidade pública do Amapá foi estatisticamente significativo nas seguintes situações: a prematuridade, parto cesariano, necessidade de UTI neonatal e baixo peso ao nascer. Fatores como procedência (interior ou capital), idade materna, renda, escolaridade e paridade não influenciaram de forma significativa no desfecho neonatal.

REFERÊNCIA

1. ALMEIDA, A. C. *Fatores de risco Materno para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA*. Revista Gaúcha enfermagem, Porto Alegre, 2012.
2. BITTAR, R. E. *Indicadores de risco para o parto prematuro*. Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia, São Paulo- SP, 27 abr. 2009.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 569/2000 - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6. Disponível em <http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.
4. CASTRO, M.E; MOURA, M.A.V; SILVA, L.M.S. *Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas*. Revista RENE. v. 11. Número especial. p.73-81. 2010



5. COIMBRA, L. C. *Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal*. Revista de Saúde Pública, São Paulo- SP, 1 ago. 2013.
6. GONZAGA, I. C. A. *Atenção pré-natal e fatores de risco associado à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro*. Ciência e saúde coletiva, Teresina-PI, 25 ago. 2015.
7. NEVES, A. F. G. B. *Perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade-escola na Paraíba*. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2011.
8. PEREIRA, S. S. M. *Perfil de gestantes acometidas de parto prematuro em uma maternidade pública*. Revista Online de pesquisa, Rio de Janeiro- RJ, jul. 2018.
9. RAMOS, H. A. C. *Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental*. Escola Anna Nery revista de enfermagem, [S. l.], 6 abr. 2009.
10. VIELLAS, E. F. *Assistência pré-natal no Brasil*. Caderno saúde pública, Rio de Janeiro- RJ, 13 dez. 2013.

Enviado: Julho, 2019.

Aprovado: Julho, 2019.