

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL/MG

MICHELLY ESTEVES RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DA IDADE MATERNA NA OCASIÃO DO PARTO DA REGIÃO
MACROSUL DE MINAS GERAIS**

Alfenas/ MG

2016

MICHELLY ESTEVES RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DA IDADE MATERNA NA OCASIÃO DO PARTO DA REGIÃO
MACROSUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clícia Valim Côrtes Gradim

Co-orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

Alfenas/MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Ribeiro, Michelly Esteves.

Avaliação da idade materna na ocasião do parto da região macrosul de Minas Gerais / Michelly Esteves Ribeiro. -- Alfenas/MG, 2016.
97 f.

Orientadora: Clícia Valim Côrtes Gradim.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.

Bibliografia.

1. Sistema de informação em Saúde. 2. Idade Materna. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Saúde Materno-Infantil. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Michelly Esteves Ribeiro

“Avaliação da idade materna na ocasião do parto da região macrosul de Minas Gerais”.

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 17/02/2016

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Clícia Valim Côrtes Gradim*

Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Eliana Peres Rocha Carvalho Leite*

Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos
Monteiro
Instituição: EERP - USP

Assinatura: *Juliana C. dos Santos Monteiro*

Este trabalho é dedicado:

À **Deus**, por ter transformado minha história e por sempre me proporcionar mais do que ousou desejar.

À minha mãe **Eugênia**, pelo apoio e incentivo incondicional, pois, mesmo antes de eu nascer, você já torcia por mim.

À **Meuri**, amiga de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ter me proporcionado esta conquista! Seu fôlego de vida em mim me sustentou e me encorajou para seguir sua vontade. A Ele, toda honra e glória.

À **Universidade Federal de Alfenas-MG**, pela oportunidade oferecida.

À **coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo apoio e incentivo à produção científica.

Ao **Programa Institucional de Bolsa da Pós-Graduação**, pelo apoio financeiro.

À Professora Dra. **Clícia Valim Côrtes Gradim**, minha orientadora, quero expressar o meu reconhecimento e admiração por sua competência profissional e minha gratidão por sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana com que conduziu minha orientação.

À Professora **Dra. Maria Angélica Mendes**, grande professora que eu tive na vida, pela sensibilidade que a diferencia como educadora e pela presença marcante em minha vida, a quem eu agradeço pelas lições de humildade, pelo amor ao próximo e pelas lições de vida. Minha eterna gratidão por tanto carinho, atenção e dedicação.

Ao Professor Dr. **Denismar Alves Nogueira**, pelos ensinamentos estatísticos.

Às Professoras Doutoras **Eliana Peres Rocha Carvalho Leite** e **Juliana Cristina dos Santos Monteiro**, pelas valiosas contribuições na realização deste trabalho. Aos discentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela convivência harmoniosa, pelas trocas de conhecimento e de experiências que foram tão importantes na minha vida acadêmica/pessoal e contribuíram para o meu novo olhar profissional.

À **secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo apoio administrativo.

Aos **bibliotecários**, pelo suporte durante a elaboração da dissertação.

Aos **colegas do mestrado**, pela amizade, pelo companheirismo e pelo exemplo de persistência e de garra.

Meras palavras não são suficientes para descrever a sensação desta etapa que hoje concretizo. A todos que me incentivaram e acreditaram na realização deste trabalho, tornando esse momento muito mais especial, meu muito obrigado!

“Confia teus negócios ao Senhor e teus planos terão bom êxito.”

Provérbios, 16:3

RESUMO

No Brasil, assim como no mundo, a idade da mulher na ocasião do parto vem aumentando, visto que essa mudança reflete um declínio da fecundidade de cinco filhos nos anos 1980 para 1,8 na década de 2010. Acredita-se que o uso de contraceptivos, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a aspiração acadêmica, a busca pelo parceiro ideal e o avanço das técnicas de reprodução assistida tenham sido as mudanças maiores que influenciaram no declínio da fertilidade. Frente a esse contexto, o estudo teve como objetivo analisar a idade das mulheres primíparas por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Trata-se de um estudo descritivo, comparativo-analítico e transversal, fundamentado em dados secundários. As informações foram extraídas de documentos oficiais governamentais, referentes à macrorregião do Sul de Minas Gerais, composta por 154 municípios, no período de 2000 a 2013. Os dados foram organizados contendo as informações dos registros da DNV como características sociodemográficas (idade; estado civil; escolaridade), informações obstétricas (duração da gestação; número de consultas de pré-natal; tipo de parto e tipo de gestação) e neonatais (peso ao nascer; índice do APGAR no 1º e 5º minuto após o nascimento e má-formação). As análises foram realizadas, usando-se o teste de qui-quadrado, coeficiente de correlação de Spearman, Kruskal Wallis e regressão logística (*Odds Ratio*), por meio dos programas estatísticos *SPSS* e *R*. Os resultados obtidos ratificam o *status* da macrorregião do Sul de Minas Gerais como região desenvolvida, quanto às características demográficas, sociais, obstétricas e neonatais: queda da fecundidade; aumento da idade materna ao engravidar; escolaridade elevada; relacionamento estável; números de consultas de pré-natal conforme o preconizado; baixa prematuridade, e aumento indesejável de parto cesariano. No entanto, ao contrário de outras regiões com essas características, o peso ao nascer e a prematuridade não foram variáveis afetadas. Os resultados permitiram traçar o perfil social e clínico das gestantes e do recém-nascido, disponibilizando dados para servirem como subsídio pelos profissionais de saúde por meio do SINASC, possibilitando a organização e o planejamento de ações específicas para o perfil da população usuária dos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Sistemas de informação em saúde. Idade Materna. Cuidado Pré-natal. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

In Brazil, as in the world, the woman's age at birth time is increasing, since this change reflects a decline in fertility of five children in the 1980s to 1.8 in the decade of 2010. It is believed that the use of contraceptives, women's entry into the labor market, academic aspiration, the search for the ideal partner and the advancement of assisted reproduction techniques have been the biggest changes that influenced the decline in fertility. Facing this context, the study aimed to analyze the age of primiparous women through the Live Birth Declaration (DNV) and Live Birth Information System (SINASC). This is a descriptive, comparative-analytical and cross-sectional study, based on secondary data. The information was extracted from official government documents relating to the macro-region of southern Minas Gerais, made up of 154 municipalities in the period from 2000 to 2013. The data were organized containing information from DNV records as sociodemographic characteristics (age, marital status; education), obstetrical information (duration of pregnancy, number of prenatal visits, type of delivery and type of pregnancy) and neonatal (birth weight, Apgar index at 1 and 5 minutes after birth and malformation). Analyses were performed using the chi-square test, Spearman correlation coefficient, Kruskal Wallis and logistic regression (*Odds Ratio*), by means of statistical programs SPSS and R. The obtained results confirm the status of the macro-region of South of Minas General and developed region, for the demographic and social characteristics obstetric and neonatal: the fertility decline; increasing maternal age when pregnant; higher education; stable relationship; numbers of prenatal consultations as recommended; low premature and undesirable increase in caesarean section. However, unlike other regions with these characteristics, birth weight and prematurity were not results affected. The variables allowed tracing the social and clinical profile of pregnant women and newborns, providing data to serve as the health professional allowance through SINASC, enabling the organization and planning of specific actions for the profile of the user population of health services.

Keywords: Information systems. Maternal age. Prenatal Care. Maternal and child health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Frequência do número de nascimentos por primíparas por microrregião do sul de Minas Gerais no período de 2000 a 2013.....	36
Tabela 2-	Frequência do número de nascimentos por primíparas por ano na macrorregião do Sul de Minas Gerais no período de 2000 a 2013..	37
Tabela 3-	Distribuição dos nascimentos de acordo com a faixa etária das primíparas durante os anos de 2000 a 2013, na macrorregião do Sul de Minas Gerais.....	38
Tabela 4-	Número de partos por ano, de acordo com a faixa etária das primíparas, na macrorregião do Sul de Minas Gerais, durante os anos de 2000 e 2013.....	39
Tabela 5-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a faixa etária das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	44
Tabela 6-	Relação do número de nascimentos de mães primíparas entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o ano, entre os anos de 2000 e 2013.....	45
Tabela 7-	Relação da faixa etária das primíparas com o estado civil, na macrorregião do Sul de Minas Gerais, durante os anos de 2000 e 2013.....	46
Tabela 8-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o estado civil das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	48
Tabela 9-	Relação da faixa etária das primíparas com o nível de escolaridade na macrorregião do Sul de Minas Gerais, entre os anos de 2000 e 2013.....	49
Tabela 10-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o nível de escolaridade das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	50
Tabela 11-	Relação da raça/cor com as faixas etárias das primíparas na macrorregião do Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013.....	51

Tabela 12-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a raça/cor das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	52
Tabela 13-	Relação faixa etária das primíparas com o número de consultas de pré-natal realizadas entre 2000 e 2013, na macrorregião do Sul de Minas Gerais.....	53
Tabela 14-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com número de consultas de pré-natal das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	57
Tabela 15-	Relação do tipo de parto com o número de consultas de pré-natal das primíparas na macrorregião do Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013.....	57
Tabela 16-	Cruzamento da faixa etária das primíparas com a duração da gestação, em semanas, na macrorregião do Sul de Minas Gerais, do ano de 2000 a 2013.....	58
Tabela 17-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a duração da gestação das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	60
Tabela 18-	Relação entre o tipo de gravidez com as faixas etárias das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013, na macrorregião do Sul de Minas Gerais.....	61
Tabela 19-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o tipo de gravidez das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	62
Tabela 20-	Tipo de parto entre as faixas etárias das primíparas, de 2000 a 2013, na macrorregião do Sul de Minas Gerais.....	62
Tabela 21-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o tipo de parto das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	65
Tabela 22-	Relação da presença de má-formação com as faixas etárias das primíparas na macrorregião do Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013.....	67
Tabela 23-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a presença de anomalias congênitas das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	68
Tabela 24-	Média do número APGAR 1' e 5' e peso do recém-nascido relacionado com as faixas etárias das primigestas na	

	macrorregião do Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013.....	72
Tabela 25-	Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a média dos índices APGAR 1 e 5 minutos e o peso do recém-nascido das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.....	72
Tabela 26-	Regressão Logística das características maternas sociodemográficas relacionadas com a idade materna na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre 2000 a 2013.....	73
Tabela 27-	Regressão Logística das características obstétricas e neonatais relacionadas com a idade materna na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre 2000 a 2013.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB-SUS –	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde
CTA –	Comitê Técnico Assessor
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV –	Declaração de Nascidos Vivos
DO –	Declaração de Óbito
DST –	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA -	Fundação Nacional de Saúde
GRS –	Gerência Regional de Saúde
HIV/AIDS –	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS –	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB –	Normas Operacionais Básicas
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PAISM -	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN –	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM –	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS –	Plano Nacional de Demografia e Saúde
PNS –	Plano Nacional de Saúde
SIA –	Sistema de Informação Ambulatorial
SIM-	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC –	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL –	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SPSS-	<i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>
SUS –	Sistema Único de Saúde
UNIFAL-MG –	Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA RELACIONADA À MULHER.....	20
2.2	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	24
3	JUSTIFICATIVA	30
4	OBJETIVO GERAL	31
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
5	METODOLOGIA	32
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
5.2	COLETA DE DADOS.....	33
5.3	VARIÁVEIS SELECIONADAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	33
5.4	ANÁLISE DE DADOS.....	34
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6.1	ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PRIMÍPARAS.....	46
6.2	ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	52
6.3	ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS NEONATAIS.....	66
6.4	ANÁLISE DA RAZÃO DE CHANCES ENTRE AS VARIÁVEIS.....	73
7	CONCLUSÕES	79
	REFERÊNCIAS	82
	ANEXO	94

APRESENTAÇÃO

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que acompanha e que cuida de pacientes prestando todo tipo de assistência, para garantir a aplicação correta do tratamento, atuando na prevenção, na promoção e da recuperação de sua saúde. Ao ingressar no curso de graduação em Enfermagem, além de ser capacitada para o cuidado, fui estimulada, em minha formação, a um olhar mais amplo para novas ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, assim como de prevenção de doenças e reabilitação, abrangendo assim, a função social do enfermeiro. Dessa forma, a saúde da mulher ganhou um brilho especial para mim durante toda a graduação, principalmente enquanto no ciclo gravídico-puerperal.

Quando formada, meu primeiro emprego não me ofereceu a oportunidade de atender diretamente a mulher nem trabalhar especificamente na área materna, pois atendia em um hospital municipal, na ala de Pronto Atendimento, cujo atendimento era amplo, complexo de urgência e de emergência. Posteriormente, atuando na ala da clínica médica e obstétrica, meu contato com as mulheres aumentou, pois tive maior participação em partos e em cuidados puerperais.

Essa experiência me levou a verificar que tínhamos um grupo jovem ou de mulheres mais maduras que tinham o primeiro filho. As mulheres mais maduras relatavam que postergaram a maternidade por vários motivos como o ingresso no mercado de trabalho, o uso de contraceptivos, a formação acadêmica e a busca pelo parceiro ideal.

Dessa forma, ingressando no curso de pós-graduação, na linha de pesquisa saúde materno-infantil, me interessei pela temática de verificar em qual faixa etária as mulheres estão parindo. Observa-se uma transição demográfica no país, em que há a inversão da pirâmide etária da população brasileira cujo número de idosos vem crescendo e o de jovens vem decrescendo, fato resultante da diminuição no número de filhos por mulher (IBGE, 2010).

Assim, ao propor este estudo, acredito que conheceremos a realidade da macrorregião de Minas Gerais quanto à faixa etária das primigestas e se esta é uma realidade de nossa região, com mulheres maduras tendo o primeiro filho, visto ser uma região com alto índice de escolaridade.

1 INTRODUÇÃO

A faixa etária da mulher gestante tornou-se um fator de discussão na atualidade, visto que, com o passar dos anos, o corpo envelhece e há queda progressiva da fecundidade. A acentuada mudança na qualidade dos oócitos, a frequência e a eficiência da ovulação, a função sexual, a saúde uterina e o risco de complicações gestacionais são fatores mais relacionados ao aumento da morbimortalidade (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Esses fatores podem ser responsáveis pela gestação de alto risco os quais podem estar presentes antes da gestação ou surgir durante o ciclo gravídico e puerperal (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011; GOMES et al., 2008).

A literatura pondera uma idade ideal para ter filhos, abrangendo as idades entre 20 a 29 anos, e considera ainda que os extremos da vida reprodutiva estão sempre ligados a complicações perinatais (MELO et al., 2008; SCHUPP, 2008).

Existem algumas definições sobre a idade da gestante: a gravidez após a idade de 34 anos é denominada gravidez tardia, sendo fator de risco para a morbidade materna e fetal (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Com a postergação da maternidade dos dias atuais, se considera mulheres com idade superior a 45 anos de gestação tardia ou com idade materna muito avançada (TAKAGI et al., 2010). Dessa forma, a idade materna no momento do parto que a pesquisa considerou foi a mulher maior de 35 anos, que estivesse sendo mãe pela primeira vez.

Todavia, a gestação em mulheres com mais de 35 anos torna-se mais evidente e reiterada em decorrência do rigoroso controle da natalidade, do aumento no nível de educação das mulheres, de melhorias na atenção à saúde, do progresso da tecnologia de reprodução assistida, do casamento tardio, do aumento das taxas de divórcios e das novas uniões, fatores que influenciam a maternidade tardia (SANTOS et al., 2009).

Em 2010, de acordo com pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, as gestantes com idade superior a 35 anos corresponderam a 11,2% dos nascidos vivos em relação a 18,4% das mulheres com menos de 20 anos e 70,4%, entre 20 e 34 anos. Em dez anos, a gestação tardia subiu de 8,9 para 11,2%, enquanto nas idades mais jovens, entre as adolescentes e as mulheres com até 24 anos, esta taxa decresceu cerca de 10% (IBGE, 2010).

Ao se avaliar a fecundidade feminina, há cerca de 30 anos, 90% das mulheres tinham pelo menos um filho até os 44 anos; já em 2002, o número de mulheres sem filhos quase tinha duplicado. Hoje, as mulheres que têm filhos, os têm em menor quantidade quando comparadas com trinta anos atrás.

Quando confrontado o número de filhos entre as mulheres, observa-se que em 2002 menos de 30% das mulheres tinham três ou mais filhos e que na década de 1970, 60% das mulheres tinham três ou mais filhos (ORSHAN, 2010).

Nas últimas décadas, o Brasil passou por importantes transformações na estrutura e na dinâmica da população, como a diminuição progressiva da mortalidade de um modo geral e a queda abrupta da taxa de fecundidade. Essa diminuição tem sido progressiva, visto que em 1970, era de 5,8 filhos por mulher, caiu para 2,3 filhos em 2000 (IBGE, 2001) e em 2010, é de 1,81 filhos por mulher (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE (2010), a queda da fecundidade ocorreu em todas as faixas etárias. Porém houve uma mudança na tendência de concentração da fecundidade entre jovens de 15 a 24 anos, que de acordo com os censos de 1991 e 2000 era uma alta taxa de filhos por mulher, para um declínio da taxa de fecundidade em 2010.

As mulheres, de acordo com dados de 2010, estão tendo filhos com idades mais avançadas em função da mudança no comportamento reprodutivo, principalmente das residentes em áreas urbanas (IBGE, 2010). Isso se deve ao fato de que as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho ou as que almejam adentrar neste, valorizam a formação acadêmica e o constante aperfeiçoamento é uma exigência, o que posterga a maternidade. O custo de ter filhos atualmente é considerado maior e a acentuação do antagonismo entre trabalho e família é exacerbada. Dessa forma, pode-se esperar um adiamento e uma limitação da fecundidade (DIAS JÚNIOR, 2010).

A necessidade de a mulher desempenhar papéis simultâneos como mãe/dona de casa/trabalhadora, traz à tona o conflito base para entender sua entrada no mercado de trabalho, associada à diminuição da taxa de fecundidade. Pode-se entender, numa proporção inversa, que, quanto maior a participação da mulher no mercado de trabalho, menor a taxa de fecundidade (DIAS JÚNIOR, 2010).

Logo, pode-se dizer que os motivos básicos para a queda de fecundidade foram provocados por fatores sociais e econômicos, apoiados na migração rural/urbana. A mulher passou a assumir novos papéis, além de ter aumentado a sua participação no mercado de trabalho, assim como a escolaridade e o acesso à informação (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Nesse entendimento, observa-se que a população de pessoas idosas aumentou e a de jovens diminuiu, verificando-se também a expectativa de vida ao nascer que, em trinta anos, saltou de 54 para 68 anos (IBGE, 2001) e atualmente a taxa é de 74,6 anos (IBGE, 2010).

Em 2001, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população feminina brasileira foi estimada em 89.800.471 mulheres, compondo o equivalente a 50,77% da população, incluindo as idades entre 10 a 50 anos ou mais (IBGE, 2001) e, hoje, tal população está representada por 100,5 milhões de mulheres, cerca de 51,5% (IBGE, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) considera a população feminina acima de 10 anos, que hoje está calculada em aproximadamente 100 milhões de mulheres e que são distribuídas de acordo com a faixa etária: 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 anos ou mais, com maior destaque para o terceiro e último grupo (BRASIL, 2011). No entanto, neste estudo, daremos ênfase à mulher primípara em período fértil, ou seja, a mulher entre 10 a 49 anos.

Ao analisar a taxa de fecundidade entre mulheres de 30 a 34 anos, com ocupações de nível superior, cerca de 30% destas não têm filhos, contra 4,2% de trabalhadoras rurais nesta situação; e que este, ao mesmo tempo, o último grupo, 35% das mulheres têm quatro filhos contra 2,2% das mulheres com nível superior (DIAS JÚNIOR, 2010).

De acordo com o estudo do IBGE (2010), percebeu-se que as mulheres aumentaram sua presença no mercado de trabalho brasileiro e estão com melhores condições de trabalho, mas ainda em condições de desigualdade em relação aos homens no que refere à formalização do emprego e do rendimento (IBGE, 2010).

Entre 2000 e 2010, as mulheres aumentaram sua participação no mercado de trabalho em 4,5% contra o decréscimo dos homens de 4%. A valorização do salário mínimo e o aumento da proteção social contribuíram para que o rendimento médio das mulheres fosse maior no período, todavia pouco mudou na desigualdade de rendimento entre mulheres e homens no período: enquanto os homens recebiam em média R\$ 1.587, as mulheres ganhavam R\$ 1.074, em média. Além disso, a distribuição geográfica do país também é um fator que interfere, visto que o salário das mulheres da Região Nordeste chega a ser 47% inferior ao das residentes da Região Sudeste (IBGE, 2010).

Dessa maneira, o índice de fecundidade da mulher hoje pelo Brasil pode estar associado a seu comportamento reprodutivo. A postergação da maternidade certamente está relacionada às exigências do mercado de trabalho, à ausência de assistência social eficiente à mãe trabalhadora e à dificuldade de se dividirem equitativamente os trabalhos domésticos com o parceiro. Esses são fatores que podem responder por boa parte da fecundidade abaixo do nível de reposição da população no Brasil (DIAS JÚNIOR, 2010).

Sabe-se que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e à morbidade e mortalidade materna. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos (GRAVENA et al., 2013).

No entanto, verificam-se pontos favoráveis para a gravidez com idade superior a 35 anos, tais como maiores taxas de amamentação, maior estabilidade emocional e financeira e experiência de vida (TAKAGI et al., 2010).

A gravidez tardia exige dos profissionais de saúde maior atenção, dada a possibilidade de complicações para a mulher, para o feto e, posteriormente, para o recém-nascido. A equipe de saúde, ao atender a gestante, deve verificar a existência de fatores de risco para a gravidez de modo a detectá-los precocemente e a diminuir os riscos da morbimortalidade materna.

A literatura determina vários fatores de risco, dentre eles, os ligados à mãe, que abrangem doença materna; antecedentes obstétricos; origem étnica; história familiar de patologias e consanguinidade (GOMES et al., 2008; TAKAGI et al., 2010).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Serão apresentados em cada seção deste capítulo a revisão de literatura de acordo com cada temática abordada.

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA RELACIONADA À MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, propostos nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e em seu papel social de mãe e de doméstica. Tais programas preconizavam proteção aos grupos de risco e em situações menos favoráveis, como nos casos de gestantes (FREITAS et al., 2009; GARCIA, 2011; LIMA et al., 2014).

Com base na situação descrita, em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando a ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (BRASIL, 2011; FREITAS et al., 2009).

Essas mudanças foram reivindicadas pelas próprias mulheres devido às desigualdades nas relações sociais entre o sexo masculino e feminino. Observava-se que os problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina não recebiam atendimento, sendo o acesso à saúde somente no ciclo gravídico-puerperal, ficando as mulheres sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2011).

De tal forma, o PAISM incluía ações preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação e assistência à mulher no que se refere à clínica ginecológica, ao pré-natal, ao parto e puerpério, ao climatério, ao planejamento familiar, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao câncer de colo de útero e de mama, dentre outras (BRASIL, 2011, GARCIA, 2011).

Quando se faz uma reflexão sobre o contexto geral da história do PAISM, pode-se observar que ele, mesmo internacionalmente, foi o precursor, ao direcionar atendimento especializado à saúde integral da mulher, excluindo ações isoladas e incluindo a saúde sexual e reprodutiva (GARCIA, 2011).

As diretrizes e os princípios do PAISM propunham ações de descentralização, de hierarquização e de regionalização dos serviços, bem como a equidade e a integralidade da atenção, corroborando, dessa forma, a filosofia que formularia o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

O SUS tem na Constituição Federal o suporte para sua construção:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Art. 196).

A partir da criação do SUS e da nova percepção direcionada para a saúde integral da mulher, sua abordagem foi implementada, invalidando, dessa forma, a abordagem demográfica e controlista. Propostas que estavam no PAISM e que não haviam sido implantadas, como os rastreamentos de câncer de mama e de colo de útero passam a ser uma diretriz para o atendimento à mulher, reafirmando o novo conceito de atenção à saúde. Esse novo olhar vê as mulheres não mais como objetos reprodutivos das ações de saúde materno-infantil ou de sua exclusão, e sim como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não um dever ou determinismo biológico (BRASIL, 2013; LIMA et al., 2014).

Com a criação do SUS, a implantação do PAISM sofreu um reforço e ampliou a suas ações devido à municipalização da assistência. O SUS foi implantado com base nos princípios e nas diretrizes da legislação básica: a Constituição de 1988, a Lei nº 8.080 e 8.142, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o processo de implantação do PAISM foi influenciado, a partir da conjectura do SUS, pela Norma Operacional Básica (NOB/96) que consolidou o processo de municipalização dos serviços de saúde e, principalmente, pela reorganização da atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família, que passou a ser porta de entrada dos usuários do sistema (BRASIL, 2011; LIMA et al., 2014).

Nesse mesmo sentido, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de

pré-natal e puerpério, de planejamento familiar e de prevenção do câncer de colo de útero. E, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização de territórios estaduais (BRASIL, 2011).

Fundamentado nesses avanços, o PAISM se transformou em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, tendo como finalidade a concretização dos avanços no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos. Propõe-se, assim, um atendimento de qualidade para a atenção e para as intercorrências obstétricas, para o acesso ao planejamento familiar e para a violência doméstica e sexual, no sentido de reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis.

A prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS, o câncer de mama e de colo de útero e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis passaram a receber ações de promoção e de prevenção, além do tratamento (GARCIA, 2011; OMS, 2014).

Considerando que as mulheres são as principais usuárias do SUS, para seu próprio atendimento, e, especialmente, para acompanhamento de outras pessoas, como filhos, pais, cônjuge, entre outros, é de importância que os serviços tenham o atendimento proposto pelo PAISM. Isso ocorre visto que formam um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam forte impacto em suas condições de saúde (BRASIL, 2013).

Todavia, sabe-se que a mulher ainda é vista apenas nos aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino. Nestes, o corpo da mulher é visto apenas com função reprodutiva, tendo como principal função a maternidade (BRASIL, 2011; GARCIA 2011; SBROGGIO et al., 2005;).

Com o tempo, as ações de saúde à mulher foram ampliadas de modo a incluir grupos antes excluídos ou pouco percebidos nas políticas públicas, como as mulheres em situações de cárcere; as quilombolas; as lésbicas; as bissexuais; as que se encontram no climatério; as que vivem na zona rural; as indígenas; as negras; as que vivenciam a transexualidade; as deficientes; as que são moradoras de rua e as ciganas. As ações consideram as especificidades e as necessidades de saúde, respeitando os aspectos culturais e sociais desse grupo (BRASIL, 2013).

Paralelamente ao SUS, outros movimentos auxiliaram nessas definições das políticas de saúde. Um deles foi a Conferência Internacional de População e

Desenvolvimento (Cairo, 1994), cujo documento foi o primeiro texto de adoção universal a acolher e a explicitar a expressão “direitos reprodutivos”, contemplando o direito à liberdade de escolha do número de filhos e seu espaçamento. Essa Conferência também definiu a saúde reprodutiva da mulher como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de quantas vezes fazê-lo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Em relação à saúde da mulher, a década de 1990 trouxe esse novo conceito de saúde em todas as etapas da vida feminina. A definição canadense oferece um conceito amplo e integral:

A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico, e é determinada pelo contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como o biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde. Cada mulher deveria ter a oportunidade de manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial (CANADIAN MEDICINAL ASSOCIATION JOURNAL, 1995).

Definem também o conceito de maternidade segura, que irá ser uma das propostas para a redução de sua mortalidade no milênio:

A maternidade segura tende a atingir um nível ótimo de saúde materna e neonatal. Implica a redução da mortalidade e morbidade materna e a melhoria da saúde dos recém-nascidos através do acesso equitativo ao atendimento primário de saúde, o que compreende planejamento familiar, cuidados pré-natais, do parto e pós-parto para a mãe e o recém-nascido, e acesso ao atendimento obstétrico e neonatal essencial” (CLAP/SMR, 2013).

Associando aos conceitos para a implantação de políticas, os municípios são estimulados a implantar os Comitês de Mortalidade Materna. Em Minas Gerais, a Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) aprovou a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil (CIB-SUS/MG, nº 1.651, 2013).

Com isso, visa-se que toda morte materna seja investigada dentro do próprio serviço e nas instâncias municipal e estadual. Assim, a mulher deixa de ser um número nas estatísticas e força os municípios a implantarem atendimento de saúde nos vários ciclos de sua vida. E, ao investigarem as causas de mortalidade materna em idade fértil, passou-se a conhecer se as causas da morte são preveníveis ou não, o que favorece uma mudança na assistência da saúde à mulher (BRASIL, 2009).

Essas iniciativas de qualificação e de humanização do SUS, associadas ao PAISM, desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), vêm registrando uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS e, em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas pré-natais para cada parto (BRASIL, 2011). Em 2010, pôde-se observar que houve elevação no número de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, fazendo um total de 61,1% contra 29,8% de quatro a seis consultas realizadas e 7,2% de mulheres que realizaram de uma a três consultas de pré-natal (DATASUS, 2010a).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, o que permite o parto sem complicações e o nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive com a abordagem de aspectos psicossociais e de atividades educativas e preventivas (DÍAZ; CHINAGLIA, 2014).

Entretanto, na vivência da prática, se observa que nem todos os serviços que realizam as ações preconizadas pelo PAISM o fazem com qualidade da assistência. Dessa forma, a não percepção das mulheres como sujeitas ativas e o desrespeito e/ou desconhecimento sobre seus direitos reprodutivos constituem o cenário da má assistência (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Fundamentado nesse cenário, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que se baseia nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

No intuito de melhorar essa assistência, foram introduzidos no PHPN critérios mínimos que, entre outros, preconizam um atendimento adequado em relação à gestante e à puérpera. Tais critérios salientam realizar a primeira consulta até o quarto mês de gestação; realizar no mínimo seis consultas de pré-natal sendo, de preferência, uma no primeiro trimestre, duas, no segundo trimestre e três, no terceiro trimestre da gestação e uma consulta no puerpério até quarenta e dois dias após o parto, além de exames laboratoriais, de vacinação e de ações educativas (BRASIL, 2002; FERRAZ et al., 2013).

Para acompanhar as informações do PHPN, foi criado o Sistema Informatizado de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Este tem como finalidade acompanhar adequadamente as gestantes inseridas no PHPN, que monitora o pagamento dos incentivos financeiros do Programa às instituições e se organiza como um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para a melhor gestão dos serviços (FERRAZ et al, 2013; RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

O DATASUS surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Decreto 100 de 16.04.1991. Tem em como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e de suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, de operação e de controle (DATASUS, 2015).

Atualmente, o DATASUS é o órgão que prevê soluções de *software* para as secretarias estaduais e municipais de saúde. É de acesso a qualquer pessoa e possui dados de todas as regiões do país, além de armazenar informações sobre a saúde de toda a população brasileira (DATASUS, 2015).

Os sistemas de informação permitiram verificar que o número de consultas de pré-natal era baixo e as políticas de melhorar os índices de mortalidade materna proposto pelo milênio podiam ser percebidas pelos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) com o passar dos anos.

Comparando os anos de estudo entre 2007 e 2009 do SISPRENATAL, observam-se os indicadores de oferta dos serviços que se referem à acessibilidade geográfica do programa. Em 2007, obteve-se um percentual de 68,75% dos estabelecimentos que ofereciam as ações preconizadas pelo programa e, em 2009, o indicador mostrou uma grande melhora, comparada ao ano anterior, com 83,33% dos estabelecimentos cadastrados no PHPN (MARTINS; PAULA, 2014).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) sobre o número de consultas de pré-natal, a falta de atenção à saúde da gestante é mais contundente nas regiões Norte e Nordeste, cuja cobertura de atendimento às gestantes, chega, no máximo, a 75%, e em 2002, o número de consultas de pré-natal realizadas pelo SUS foi de 4,4 consultas (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Em comparação, no ano de 2010, pode-se perceber que o número de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi de 43,3%; 42,8% das mulheres realizaram de quatro a seis consultas e 11,2% realizaram de uma a três consultas (DATASUS, 2010b).

No entanto, apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade da assistência ainda é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna e por apenas 41% das gestantes inscritas PHPN terem recebido a segunda dose ou a dose de reforço da vacina antitetânica (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Ainda estimando a imunização da gestante, os percentuais expuseram relevante desenvolvimento no ano de 2007 (47,11%) para o ano de 2009 (51,17%), porém conservam-se aquém do esperado (MARTINS; PAULA, 2014).

Diante da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) feita, (BRASIL, 2009), observou-se que, em todas as regiões brasileiras, tem decrescido o número de mulheres com filhos nascidos vivos sem qualquer consulta de pré-natal. A maior queda ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, que continuam sendo, no entanto, aquelas com maior proporção de nascimentos sem consulta de pré-natal. Nessas regiões, o maior crescimento ocorreu na fração de 1 a 6 consultas, atingindo, em 2004, quase dois terços dos casos. Nas demais regiões, mais de 60% das mulheres com filhos nascidos vivos tiveram mais de seis consultas em 2004 (BRASIL, 2004).

O número de mulheres que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal em Minas Gerais foi de 0,95%; de uma a três consultas, 4,82%; de quatro a seis, 24,58% e 69,64% das mulheres fizeram sete ou mais consultas de pré-natal. Quando comparados esses dados com o Brasil, nota-se que os valores começam a se distanciar, como é demonstrado que 61,11% das gestantes brasileiras realizaram sete ou mais consultas de pré-natal contra 1,84% das mulheres que não conseguiram nenhuma consulta (DATASUS, 2010c).

No contexto atual, atrelada ao SUS e à PNAISM e com os objetivos de qualificar

as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e de reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha, a partir da Portaria nº 1.459/11 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A rede cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012).

A rede estrutura e organiza a atenção à saúde materno-infantil no País e vem sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Dessa forma, a Rede Cegonha tem como componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério; atenção à saúde da criança e sistema logístico – transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Nesse mesmo sentido, e agora aprofundando no propósito deste trabalho, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi inserido como uma política obrigatória a partir de 2004, pela Portaria nº. 2.607/GM, pelo “Plano Nacional de Saúde (PNS) - um pacto pela saúde no Brasil”, porém está implantado oficialmente desde 1990 em âmbito nacional e sob a responsabilidade das secretarias municipais e estaduais de saúde e visa regulamentar a organização das informações no município, nas suas dimensões de estrutura, de processo e de resultado (GUIMARÃES et al., 2013; PEDRAZA, 2012; ROMERO; CUNHA, 2007).

O sistema de informação fundamenta-se na Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003, na qual há a regulamentação da coleta de dados, do fluxo e da periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC.

Em seu Art. 2º, estabelece:

O conjunto de ações relativas à coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, 2003).

O SINASC foi implantado com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico

dos nascimentos, as informações sobre nascimentos ocorridos no ano, os documentos sobre as mães, a gravidez, o parto e o recém-nascido. Dessa forma, é possível obter um panorama epidemiológico mais detalhado e espacialmente desagregado das condições de saúde materno-infantil e os fatores que aumentam a morbimortalidade materna e fetal, criando, assim, estratégias para preveni-las (GUIMARÃES et al., 2013; PEDRAZA, 2012).

Hoje o SINASC baseia-se nos dados contidos na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (PEDRAZA, 2012) e está implantado em todos os municípios brasileiros, cujos dados são divulgados pela página eletrônica DATASUS.

O sistema é dividido em oito blocos com informações que incluem Identificação do recém-nascido, local da ocorrência, informações sobre a mãe e o pai, informações da gestação e do parto, anomalia congênita e local para os serviços cartoriais (ROMERO; CUNHA, 2007). Dentro de cada bloco, suas características pertinentes são detalhadas, aqui denominadas de variáveis, que foram as de análise deste estudo.

Os formulários da Declaração de Óbito (DO) e da DNV passaram por um processo de mudança discutido e aprovado no Comitê Técnico Assessor (CTA) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e SINASC no período de 2007 a 2009. Após tais modificações nas declarações, as variáveis que tiveram alteração na forma de coleta são: idade da mãe, escolaridade da mãe, situação conjugal, número de filhos tidos vivos, número de filhos tidos mortos, duração da gestação, número de consultas de pré-natal (BRASIL, 2013b).

De tal modo, o SINASC comporta-se como um banco de dados extremamente valioso para caracterizar a situação do parto e do nascimento, como um instrumento que permite o conhecimento do perfil epidemiológico, o planejamento e a avaliação das ações de saúde materno-infantil, permite acompanhar uma população específica e traçar políticas de saúde adequadas, de acordo com perfil de risco. Ainda, atua como componente para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde, assim como para fortalecer o controle social no âmbito do SUS (GUIMARÃES et al., 2013; PEDRAZA, 2012).

Em Minas Gerais, o SINASC foi implantado em 1991 e descentralizado para os municípios a partir de 1993. Embora as primeiras avaliações realizadas no Estado apontem para o aprimoramento da qualidade da informação do sistema, este ainda apresenta problemas de cobertura e de completude da DNV (GUIMARÃES et al., 2013).

Por meio da DNV, que foi a base para a coleta de dados da pesquisa, pode-se afirmar que a crescente ocorrência da gravidez em mulheres nas idades extremas do ciclo reprodutivo, antes dos 20 e após os 35 anos de vida, tornou-se um fato. Em alguns países desenvolvidos, e especialmente nos que estão em desenvolvimento, a gravidez na adolescência surge como um problema de saúde pública, em consequência dos resultados que ele traz, sejam biológicos ou sociais (SANTOS et al., 2009).

A saúde de mulheres e crianças brasileiras teve avanços importantes nas últimas três décadas, como consequência das mudanças sociodemográficas, econômicas e dos sistemas de saúde, principalmente com a implantação do SUS. Ainda há desigualdades regionais e indicadores preocupantes, como a alta taxa de cesarianas e o aumento de nascimentos pré-termo, fatos que as Políticas de Humanização e a Rede Cegonha vêm tentando diminuir com propostas de melhorias na assistência pré-natal (BRASIL, 2012; HUMANIZASUS, 2004; ROZARIO et al., 2013).

Apesar de os resultados dos estudos sobre a qualidade do SINASC indicarem boa confiabilidade nos dados registrados sobre variáveis, tais como idade materna, tipo de parto, sexo do recém-nascido e peso ao nascer (GUIMARÃES et al., 2012), neste estudo, verificaram-se inconsistências no preenchimento das variáveis como escolaridade, estado civil, duração da gestação, raça/cor e malformações congênitas, com maior destaque para a última.

Assim, a incompletude dos bancos de dados compromete os resultados e dificulta uma ação efetiva, visto que, sem a informação, não é possível buscar a causa, principalmente nos casos de malformação, fato que impede a prevenção de novos casos.

Nesse sentido, há a necessidade de se enfatizar a importância do preenchimento correto das DNV, a qual deve contemplar informações precisas e fidedignas, oferecendo a real situação dos nascimentos. Esses dados fornecem subsídios para a elaboração de políticas de saúde e devem ser considerados nas prioridades da atenção materno-infantil (LUQUETTI; KOIFMAN, 2010; RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

Esse estudo se propôs a conhecer qual a idade da mãe na ocasião do parto, visto que a mudança que vem ocorrendo na sociedade trouxe um declínio da fecundidade de cinco filhos nos anos 1980 para 1,8, na década de 2010. Acredita-se que o uso de contraceptivos, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a aspiração acadêmica, a busca pelo parceiro ideal e o avanço das técnicas de reprodução assistida tenham influenciado o declínio da fertilidade.

A análise do SINASC da região macrosul de Minas Gerais, dos municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Alfenas, Passos, Pouso Alegre e Varginha/MG nos auxiliou no sentido de verificar como são as características do nascimento, a idade e a paridade mais frequente, o tipo de parto que mais ocorre e as características da gestação. Esses dados contribuirão para as políticas públicas da região, no sentido de propor novas ações no cuidado da mulher no ciclo grávido puerperal, além de verificar quais faixas etárias necessitam de outros atendimentos que não os de rotina.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar a idade das mulheres primíparas por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as características sociodemográficas, obstétricas e neonatais dessas mulheres;
- b) Verificar as condições de parto nas mulheres primíparas;
- c) Verificar se existe associação entre as faixas etárias e os resultados obstétricos e neonatais;
- d) Analisar comparativamente os dados do SINASC da região macrosul de Minas Gerais, entre os municípios que pertencem à GRS de Alfenas, Passos, Pouso Alegre e Varginha.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo define-se descritivo, comparativo e analítico, com abordagem quantitativa e transversal. A pesquisa descritiva tem como ênfase a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento das relações entre variáveis. Entre tal pesquisa, podem-se observar aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo (GIL, 2008).

O método comparativo desenvolve-se pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com vistas a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles. Tem como objetivo estabelecer leis e correlações entre os vários grupos e fenômenos sociais, mediante a comparação que irá estabelecer as semelhanças e/ou diferenças.

A pesquisa analítica se comporta como um processo cognitivo, onde o objeto de estudo é decomposto, separando cada uma das partes do conjunto e estudando-as individualmente.

Seguindo a mesma direção de conceituação, Fonseca (2002), *apud* Gehardt; Silveira (2009), descreve a pesquisa quantitativa:

(...) Os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno (...) (FONSECA, 2002, p. 20).

No que se refere aos estudos transversais, apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem (HOCHMAN et al., 2005).

A pesquisa transversal pode ser de incidência e de prevalência. A primeira investiga determinada variável em grupos de casos novos e é dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços; já a de prevalência, estuda casos

antigos e novos, num determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal (BORDALO, 2006).

5.2. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no SINASC, banco de informações governamental que funciona como instrumento de avaliação à assistência prestada à gestante e permite verificar as condições do parto.

Os dados foram coletados por meio da página eletrônica do DATASUS no período entre 2000 e 2013 e empregados os indicadores de assistência do próprio programa de acordo com os critérios preestabelecidos; e para acesso ao banco de dados, estes foram descompactados pelo programa disponível na própria página, o *Tabwin32*, onde foi possível ter acesso à planilha de dados propostos pelo estudo.

Os dados estudos se referem a macrorregião do sul de Minas Gerais é composta por 154 cidades, que são agrupadas e divididas em microrregiões e cada uma tem um município sede que oferece suporte de saúde a outros. No caso a macrorregião sul, constitui-se por quatro microrregiões, sendo elas: a GRS de Alfenas que possui 26 municípios; a de Passos, com 24 cidades; a de Pouso Alegre, com 55 e a de Varginha, com 49 cidades.

5.3 VARIÁVEIS SELECIONADAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

As variáveis socioeconômicas disponíveis na Declaração de Nascido Vivo que foram destacadas neste trabalho foram:

Variáveis maternas:

- a) Idade da mãe (descrição da data de nascimento materna e a quantificação de dois dígitos nas declarações de idade);
- b) Escolaridade (sem escolaridade; Fundamental I (1ª a 4ª série); Fundamental

- II (5ª a 8ª série); Médio (antigo 2º grau); Superior incompleto; Superior completo ou ignorado);
- c) Situação Conjugal (solteira; casada; viúva; separada judicialmente/divorciada; união estável ou ignorada);
 - d) Número de semanas da gestação (Preenchimento de campo em branco);
 - e) Número de Consultas de pré-natal (Preenchimento de campo em branco ou ignorada);
 - f) Tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado);
 - g) Tipo de gravidez (única; dupla; tripla ou mais ou ignorado).

Variáveis do recém-nascido:

- h) Sexo do recém-nascido (masculino, feminino ou ignorado);
- i) Peso ao nascer (em gramas);
- j) Valor APGAR um e cinco minutos após o nascimento (Preenchimento de campo em branco)
- k) Detectada alguma anomalia ou defeito congênito (sim, não ou ignorado. Se sim, descrição de todas as anomalias ou defeitos congênitos observados).

Para os critérios de inclusão, foram selecionados os cadastros de gestantes primíparas nos anos de 2000 a 2013. O critério de exclusão foi não ser primíparas.

5.4. ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis avaliadas no estudo foram organizadas inicialmente usando-se uma planilha eletrônica para a verificação da completude e da qualidade, evitando-se, assim, distorções.

Após a confecção do banco de dados, estes foram exportados para o *software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, versão 17 (SPSS, 2008) que avaliou a frequência e os cruzamentos entre variáveis qualitativas. As análises foram realizadas usando-se o teste de qui-quadrado, o coeficiente de correlação de Spearman. Para a avaliação das médias, o teste empregado foi o Kruskal Wallis por meio do programa estatístico *R* (R Core Team, 2015). As variáveis foram avaliadas

quanto à normalidade, segundo o teste de Shapiro-Wilk. Todos os testes foram realizados, considerando-se 5% de significância.

Empregou-se, ainda, a análise de regressão logística (*Odds Ratio – OR*), o que permitiu estimar a magnitude da associação de cada característica de forma independente. Nesta etapa, foram considerados valores significativos as variáveis com $p < 0,05$.

Em relação aos N das variáveis, algumas destas apresentaram diferença em relação ao valor total da amostra, uma vez que houve a presença da subnotificação e a incompletude do preenchimento dos dados nas variáveis do estudo, fato já discutido anteriormente.

Avaliou-se a existência de associação do grupo etário materno de primíparas maiores de 35 anos com instrução materna; estado civil da mãe; número de consultas de pré-natal; duração da gestação; tipo de gravidez e de parto; peso do recém-nascido; valor APGAR um e cinco minutos após o nascimento e existência de anomalias do recém-nascido. Analisou-se, ainda, o comportamento de cada variável quando comparadas as microrregiões.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sendo aprovado sob o nº 1092303 em 2015. Salienta-se que a pesquisa não apresentou nenhum risco às mulheres e foi assegurado o anonimato e o sigilo das informações. Não se utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de análise de banco de dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A macrorregião do sul de Minas Gerais é constituída por 154 municípios e estes são supervisionados por quatro Gerências Regionais de Saúde (GRS) que estão situados em municípios denominados de macro e que dão suporte aos municípios menores denominados de micro. A GRS de Alfenas é responsável por gerir 26 municípios; Passos, 24; Pouso Alegre, 55 e Varginha, 49 cidades.

A Tabela 1 se refere aos nascimentos ocorridos no período de 2000 a 2013 segundo o SINASC. O número de nascidos vivos total da região supracitada foi de 436 644 DNV, porém, como o foco foi analisar o aspecto gestacional das primíparas, no mesmo período de tempo e entre os mesmos municípios, esse número chegou a de 177 096 DNV.

Tabela 1 – Frequência do número de nascimento por primíparas por microrregião do Sul de Minas Gerais no período de 2000 a 2013. N= 176 956.

MICRORREGIÃO	FREQUÊNCIA	%
Alfenas	30405	17,2
Passos	28593	16,1
Pouso Alegre	61006	34,5
Varginha	56952	32,2
Total	176956	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

A frequência de nascimentos, de acordo com o ano, pode ser encontrada na Tabela 2:

Tabela 2 – Frequência do número de nascimento por primíparas por ano na macrorregião Sul de Minas Gerais no período de 2000 a 2013. N= 177 096.

ANO	FREQUÊNCIA	%
2000	12249	6,9
2001	12788	7,2
2002	12010	6,8
2003	12068	6,8
2004	11719	6,6
2005	12072	6,8
2006	13262	7,5
2007	13196	7,5
2008	12780	7,2
2009	12749	7,2
2010	13187	7,4
2011	12973	7,3
2012	12290	6,9
2013	13753	7,8
Total	177096	100,0

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Percebeu-se o aumento no número de nascimentos a partir do ano de 2005, porém, a partir de 2006, o número de nascimentos manteve-se constante e teve pouca variação ano a ano. Esse é um dado que pode ser estudado com maior profundidade, no sentido de averiguar se está havendo crescimento ou somente reposição populacional.

Ao analisar a frequência de nascimentos entre os municípios que compõem a macrorregião do Sul de Minas Gerais, observou-se que houve crescimento em todos os municípios que têm serviço de maternidade. Porém, em 56 municípios, verificou-se que estes apresentaram pouco ou nenhum resultado durante os anos do estudo, visto que, mesmo sendo cidades emancipadas, não possuem suporte suficiente para a assistência aos partos e as gestantes são encaminhadas a outros municípios com melhores condições hospitalares, também pertencentes à macrorregião. Alguns desses municípios apresentaram um crescimento mínimo, sendo este outro fator de aprofundamento de estudo futuro, pois pode ter ocorrido subnotificação ou a população estar utilizando outro município para parir e realizando o registro de nascimento em outro lugar.

Para a avaliação da idade relacionada com as condições do parto e da gestação, as primíparas foram agrupadas em faixas etárias e estas foram cruzadas

com as variáveis selecionadas para o estudo.

Na Tabela 3, é demonstrada a quantidade de nascimentos em 13 anos, assim como a porcentagem desses partos no mesmo período.

Tabela 3– Distribuição dos nascimentos de acordo com a faixa etária das primíparas durante os anos de 2000 a 2013, na macrorregião do Sul de Minas Gerais. N= 177 001.

FAIXA ETÁRIA	Nº ABSOLUTO	%
< 20 ANOS	51900	33,4
20 – 34 ANOS	109952	62,1
>35 ANOS	7949	4,5
TOTAL	177001	100,0

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Um olhar atento às informações sobre nascidos vivos tem indicado mudança no padrão de reprodução humana em relação à idade materna. No período analisado, a maior concentração de nascimentos ocorreu na faixa etária entre 20 a 34 anos (62,1%), porém houve crescimento no número de partos das mulheres acima de 35 anos (4,5%) na macrorregião em geral.

Esse resultado se assemelha aos dados da pesquisa realizada por Silva e Surita (2009) que afirmam que a gravidez em mulheres maiores de 35 anos tem aumentado de forma consistente, principalmente nos países industrializados. Apesar de a região deste estudo ser predominantemente agrícola, verificou-se que o aumento da escolaridade foi responsável pela idade avançada para a primeira gravidez.

Na Tabela 4, a associação entre a idade materna e a frequência de paridade está descrita anualmente, com a quantidade de partos ocorridos em cada ano, assim como a porcentagem de cada parto em cada faixa etária.

Tabela 4 - Número de partos por ano, de acordo com a faixa etária das primíparas, na macrorregião do Sul de Minas Gerais, durante os anos de 2000 a 2013. N=177 001.

ANO	FAIXA ETÁRIA					
	Menor de 20 anos		Entre 20 – 34 anos		Maior de 35 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	4660	7,9	7120	6,3	424	5,3
2001	4795	8,1	7501	6,6	477	6,0
2002	4374	7,4	7168	6,4	453	5,7
2003	4229	7,2	7354	6,6	479	6,0
2004	3946	6,8	7261	6,5	505	6,4
2005	4068	6,9	7440	6,8	527	6,6
2006	4596	7,7	8059	7,3	607	7,6
2007	4511	7,6	8125	7,4	560	7,0
2008	4192	7,1	8029	7,3	559	7,0
2009	4080	6,9	8062	7,4	607	7,6
2010	4085	6,9	8461	7,8	641	8,1
2011	3896	6,6	8393	7,8	684	8,6
2012	3614	6,2	8018	7,4	658	8,3
2013	4054	6,8	8931	8,4	768	9,7
TOTAL	59100	33,4	109952	62,1	7949	4,5

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Observa-se que, com o passar dos anos, a gestação em adolescentes diminuiu; na idade considerada ideal, a média de paridade foi mantida, porém com um leve aumento nos números a partir de 2005 e a gestação em mulheres considerada em idade tardia aumentou de 5,3% para 9,7 em 13 anos.

Na análise estatística, tem-se o valor de $P < 0,001$, confirmando que existe uma relação significativa entre a idade materna e os anos de nascimentos, corroborando a correlação de Spearman (0,071) que, sendo positiva, mostra uma relação direta entre a faixa etária e o ano, percebendo-se que houve aumento da idade para ter o primeiro filho durante o passar dos anos de estudo.

Outro estudo que analisou os dados do SINASC (MORCILLO et al., 2010), no município de Campinas – SP, demonstrou que houve diminuição da gravidez na adolescência de 17,7 para 14,7% e também encontrou a maior concentração de

nascimentos na mulheres entre 20 a 34 anos, padrão mantido desde 1994. Relata aumento na gestação de mulheres mais velhas e que, quanto mais anos de estudo da mulher, mais baixa é sua taxa de fecundidade.

Os autores ainda relatam que, em relação às mulheres maiores de 35 anos, percebeu-se um aumento gradativo nessa faixa etária, elevando de 8,8% para 13,0%. Nos dados encontrados neste estudo, verificou-se a elevação desse índice de 5,3% em 2000 para 9,7% em 2013.

Gabani, Sant'Anna e Andrade (2010) também analisaram os dados do SINASC do município de Londrina – PR e verificaram importante decréscimo no coeficiente de natalidade e destacam que a gravidez na adolescência diminuiu de 18,4% para 16,6%. Neste estudo da macrorregião do Sul de Minas Gerais, houve também a diminuição de gravidezes nesta faixa etária, de 7,9% para 6,8%. Esses são índices bem inferiores aos relatados em outros estudos, sendo que o número de adolescentes grávidas é menos que a metade do município de Londrina (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010; MORCILLO et al., 2010).

Em estudo realizado no município de São Paulo – SP (CEInfo, 2011), verificou-se a ocorrência da diminuição da gravidezes na adolescência, decrescendo de 16,1% para 12,6%. A maior concentração de partos foi entre a faixa etária de 20 a 34 anos, com índice superior a 71%. Também nota-se a elevação do índices de parto em mulheres acima de 35 anos, de 11,6% para 15,5%.

Os dados apresentados acima vão de encontro aos deste estudo, em que houve a diminuição de gravidezes em adolescentes; as mulheres pariram em maior quantidade na faixa etária dos 20 aos 34 anos e a taxa de mulheres com mais de 35 anos grávidas aumentou.

Rozario et al. (2013), que descreveram em seu estudo características maternas, assistenciais e dos recém-nascidos, em Niterói, cidade do Estado do Rio de Janeiro, constataram que a idade das gestantes adolescentes decresceu anualmente e houve o aumento da gravidez em mulheres acima de 35 anos em uma constante de 2,3% e 2,9%, respectivamente.

Na pesquisa de Fonseca et al. (2014), também em Niterói –RJ, foi verificado que houve diminuição de partos nas mulheres menores de 19 anos, de 18,8% para 14,4% em nove anos e aumento do número de nascimentos em mulheres mais velhas, de 11,8% para 14,3% de 2000 a 2009. Esses dados coincidem com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Todavia, mesmo com o decréscimo dos partos em mulheres muito jovens, com o passar dos anos, o acesso à assistência à saúde dessas adolescentes deve permanecer em pauta, devido a sua alta vulnerabilidade. O período da adolescência se caracteriza por profundas transformações físicas, emocionais e educacionais, havendo assim, a necessidade de articulação entre os profissionais de saúde e a sociedade a fim da adoção de medidas eficazes que revertam esse quadro, como maior acesso aos serviços de prevenção e à promoção à saúde (CEInfo, 2011).

A preocupação com a gravidez em mulheres muito jovens decorre dos riscos biológicos e psicossociais a que estas estão expostas e ao impacto futuro sobre seus filhos. A interrupção da escolarização materna e da formação profissional em decorrência da gravidez dificulta a inserção no mercado de trabalho e ajuda a perpetuar a pobreza, com consequentes riscos sociais para estas mulheres e para seus dependentes (MELO; MATHIAS, 2010; MORCILLO et al., 2010).

A reprodução precoce oferece também riscos à mulher e ao feto, como parto prematuro, cesariana e recém-nascidos com baixo peso (ALVES et al., 2014; MARTINS; PAULA, 2014; MELO; MATHIAS, 2010; SANTOS et al., 2014). No entanto, neste estudo, o índice de prematuridade (7,9%) e o peso do RN foram adequados.

Dessa forma, observa-se que a gestação na adolescência ocorre sem planejamento, por falta de informações, por desconhecimento de métodos contraceptivos, pela procura de uma relação afetiva ou somente devido à experimentação sexual, o que torna a gravidez um acidente. Além disso, o acesso aos serviços de saúde não é facilitado, porque se exige a presença de um adulto responsável pelo adolescente e estes não realizam ações de educação em saúde para essa faixa etária. Porém, estudos evidenciam a gravidez na adolescente tardia (17 a 19 anos) dentro de um contexto de casamento (PADILHA et al., 2012).

Em 1958, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definiu as mulheres que engravidam após os 35 anos como gestante idosa e as com idade superior a 45 anos, com idade materna muito avançada. Essa definição permanece contemporânea até nos dias atuais (PRYSAK; LORENZ; KISLY, 1995; SCHUPP, 2006; TAKAGI et al., 2010).

No estudo apresentado por Takagi et al. (2010), os autores reforçam a tendência de as mulheres adiarem a maternidade e de recorrerem à fertilização artificial para conseguir engravidar. Destacam também o risco que a gestação nessa idade pode causar, como o desenvolvimento de doenças tais como o diabetes, a

hipertensão crônica e hipotireoidismo, a maior proporção de cromossomopatias (9,9%), com prevalência da trissomia do cromossomo 21 e do aumento da taxa de abortamentos.

Diante do contexto, vários autores destacam a gravidez em idade precoce ou avançada como risco para resultados perinatais adversos (CEInfo, 2011; GRAVENA et al.; 2013; PADILHA et al.; 2012; REZENDE; SOUZA, 2012; SILVA; SURITA, 2009).

Silva e Surita (2009) demonstram que, em países desenvolvidos, o risco de mortalidade materna é duas vezes maior quando a mulher engravida após os 35 anos, risco elevado para o abortamento; para a gravidez ectópica; para a placenta prévia; para deslocamento prematuro de placenta; para deformidades cromossômicas; para malformações congênitas; para prematuridade; para baixo peso ao nascer e para a hipertensão arterial.

Rezende e Souza (2012) afirmam que a gravidez no extremo da vida reprodutiva está associada ao aumento dos riscos gestacionais, tanto pela elevação do risco de problemas genéticos no feto como pela presença de doenças maternas prévias, como o diabetes e a hipertensão arterial. A idade materna é considerada é um fator de risco para a gravidez, e as mulheres acima de 35 anos têm risco aumentado para complicações na gravidez, conforme cita Padilha et al. (2012).

Gravena et al. (2013) discutem em seu estudo que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e ao aumento da morbimortalidade materna. Entre as adolescentes, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos.

O acesso às tecnologias reprodutivas trouxe maiores oportunidades para as mulheres acima dos 35 anos, com melhores condições socioeconômicas, e que podem se utilizar deste recurso para engravidar, devido à queda da fertilidade com o passar dos anos. Essa transformação da estrutura etária de fecundidade ocorre em função de maior acesso à educação, da melhoria da qualidade de vida, em um contexto de ampliação da participação da mulher no mercado de trabalho, a qual adia a maternidade para idades mais avançadas (CEInfo, 2011; SILVA; SURITA, 2009).

Dessa forma, acredita-se o adiamento da maternidade e o conseqüente aumento da paridade nas mulheres acima de 35 anos é explicada pelo uso da reprodução assistida. A região estudada oferece condições de as mulheres estudarem mais, de terem um poder aquisitivo melhor, de terem mais acesso aos serviços de saúde, por ser uma área desenvolvida e com o Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) satisfatório e também por oferecer serviços com tecnologias os quais permitem a fertilização artificial, favorecendo a postergação da maternidade.

Todavia, por meio dos dados contidos no SINASC, não existe a possibilidade de saber das questões sobre a concepção do feto, dessa forma, não é possível detectar se a gravidez na mulher aconteceu de forma artificial.

A gestação tardia tornou-se foco de atenção de mulheres que optam pela maternidade após seus 35 anos. Com a independência da mulher, com sua entrada no campo de trabalho, com o maior acesso às informações, com a capacitação profissional e com o surgimento dos métodos contraceptivos foi possível às mulheres determinar seu planejamento familiar, o que repercutiu em gestações mais tardiamente (PADILHA et al., 2012; REZENDE; SOUZA, 2012).

O adiamento da maternidade deve-se ao progressivo aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, do uso de contraceptivos e de sua distribuição gratuita, além da existência de programas voltados para a educação sexual no ensino fundamental, o que proporciona aos jovens informações sobre saúde reprodutiva, dentro dos diversos contextos sociais e emocionais, além do acesso às tecnologias de reprodução. Tais fatores colaboram para gestações e para partos programados e para o aumento da proporção de mães com idades mais avançadas (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010).

Contudo, apesar do planejamento e do desejo da gravidez e do acompanhamento médico mais detalhado, esse não deixa de ser um grupo de risco aos agravos maternos, referentes à própria idade, a complicações no parto e a danos aos recém-nascidos, sendo as principais complicações: malformações, baixo peso ao nascer, prematuridade e doenças obstétricas (GABANI; SANT'ANNA; ANDRADE, 2010).

Com o avanço das tecnologias, a idade materna deve ser encarada como um indicador de risco, ou seja, aquele que pode afetar a saúde das mães e do filho e não somente um fator de risco em que se consideram os agravos da fisiopatologia (TAKAGI et al., 2010).

Todavia, a literatura aponta alguns pontos favoráveis para que se desenvolva a gravidez com idade superior a 35 anos e destaca maiores taxas de amamentação, de estabilidade emocional, financeira e de experiência de vida (TAKAGI et al., 2010).

A Tabela 5 evidencia a quantidade de nascimentos, o que enfatiza a relação entre as microrregiões e a faixa etárias das mulheres. Verificou-se, então, que os maiores números de nascimentos ocorreram na faixa etária dos 20 aos 34 anos, fato

esperado, por ser essa a maior faixa etária reprodutiva.

Observa-se que existe uma relação significativa ($P < 0,001$), após a realização do teste qui-quadrado, em que se nota, em relação ao total, que a gravidez na adolescência diminuiu na microrregião de Pouso Alegre e Varginha, e em Alfenas e Passos houve aumento na paridade dessas mulheres. A gravidez na idade entre 20 a 34 anos esteve abaixo do esperado em Alfenas e em Passos e acima, em Pouso Alegre. Quanto às gestantes tardias, houve crescimento acima do esperado em Varginha e em Pouso Alegre, com Alfenas e Passos ficando abaixo do esperado do total de nascimentos.

Tabela 5 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a faixa etária das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 176 861.

MICRORREGIÃO	FAIXA ETÁRIA					
	Menores de 20 anos		20 – 34 anos		Maiores de 35 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfenas	10672	35,1	18491	60,9	1223	4,0
Passos	10159	35,5	17276	60,5	1142	4,0
Pouso Alegre	19254	31,6	38727	63,5	2986	4,9
Varginha	18959	33,3	35375	62,1	2597	4,6
Total	59044	33,4	109869	62,1	7948	4,5

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Na Tabela 6, descreve-se o número de nascimentos de acordo com os anos do estudo e relacionados com as microrregiões. Na análise, evidenciou-se um aumento nos números de nascidos vivos entre os municípios que fazem parte da microrregião de Alfenas; nas cidades das microrregiões de Pouso Alegre e Varginha, houve aumento, porém com oscilações de diminuição em alguns anos e o declínio das taxas de nascimentos nos municípios da microrregião de Passos a partir de 2011.

Tabela 6 – Relação do número de nascimentos de mães primíparas entre as microrregiões do sul de Minas Gerais com o ano, entre os anos de 2000 e 2013. N= 176 956.

ANO	MICRORREGIÃO							
	Alfenas		Passos		Pouso Alegre		Varginha	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	1976	6,5	2126	7,4	4354	7,1	3793	6,7
2001	1857	6,1	2303	8,1	4626	7,6	3976	7,0
2002	1861	6,1	2019	7,1	4159	6,8	3971	7,0
2003	1841	6,1	1992	7,0	4255	7,0	3980	7,0
2004	1883	6,2	2088	7,3	3818	6,3	3930	6,9
2005	2229	7,3	1944	6,8	3832	6,3	4067	7,1
2006	2452	8,1	2224	7,8	4593	7,5	3993	7,0
2007	2477	8,1	2172	7,6	4512	7,4	4035	7,1
2008	2325	7,6	2222	7,8	4242	7,0	3877	6,8
2009	2382	7,8	2118	7,4	4239	6,9	4010	7,0
2010	2321	7,6	2028	7,1	4759	7,8	4079	7,2
2011	2198	7,2	1814	6,3	4512	7,4	4449	7,8
2012	2304	7,6	1769	6,2	3961	6,5	4256	7,5
2013	2299	7,6	1774	6,2	5144	8,4	4536	8,0
TOTAL	30405	17,2	28593	16,2	61006	34,5	56952	32,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Conforme a análise estatística do qui-quadrado, houve uma relação significativa ($P < 0,001$), entre os anos do estudo e todas as microrregiões. Observa-se que, em Alfenas, houve aumento nas taxas de nascimentos durante os anos; em Passos, esta taxa decresceu e, em Pouso Alegre e Varginha, houve oscilações de aumento e de queda das taxas, terminando com um índice aumentado.

6.1 ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PRIMÍPARAS

Quando analisadas as condições sociodemográficas da amostra, considerando-se todas as idades e em todas as microrregiões, percebe-se que, quanto ao estado civil, 42,2% das mães eram solteiras; 57,2%, casadas (incluída a união estável); 0,1% declararam serem viúvas; 0,5% eram separadas judicialmente/divorciadas.

Quanto à escolaridade materna, 0,3% não tinham instrução; 30,2% estudaram até o ensino fundamental; 49,2% concluíram o ensino médio e 18,3% declararam terem o ensino superior, completo ou incompleto.

A raça/cor predominante autodeclarada da mãe foi 81,0% a branca, seguida da parda (14,9%), da preta (3,9%), amarela (0,1%) e indígena (0,1%).

A Tabela 7 demonstra a relação da faixa etária com o estado civil. Ao analisar estatisticamente, com o teste qui-quadrado, a faixa etária relacionada com o estado civil da primípara, verificou-se que há relação significativa ($P < 0,001$), visto que, quanto maior a idade dessa mulher, seu estado civil é o casado, e, quanto menor a idade há predominância do solteiro. Em relação às mulheres que são mães na faixa etária considerada ideal, também há predomínio do casamento.

Tabela 7 –Relação da faixa etária das primíparas com o estado civil, na macrorregião Sul de Minas Gerais, durante os anos de 2000 a 2013. N= 162 821.

FAIXA ETÁRIA	Solteira	Casada	Viúva	Separada/divorciada
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Menor de 20 anos	36844 69,4	16182 30,5	35 0,1	66 0,1
De 20 a 34 anos	35169 34,4	66399 64,9	114 0,1	610 0,6
Maior que 35 anos	1770 23,9	5449 73,6	37 0,5	146 2,0
Total	73783 45,3	88030 54,1	186 0,1	822 0,5

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Entretanto, de acordo com os dados verificados neste estudo, as adolescentes são na sua maioria solteiras (69,4%), corroborando resultados de Alves et al. (2014),

que relatam que 75,9% das adolescentes grávidas estavam solteiras no momento do parto. Sabe-se que a presença do companheiro em todas as faixas etárias pode ofertar à mulher apoio psicológico e econômico, mesmo quando o relacionamento conjugal não mais existe. Mas, na adolescência, o fator de ter um companheiro reforça o equilíbrio mental e diminui a insegurança que a gravidez pode trazer.

Em relação aos resultados do estado civil deste estudo, 54,1% das mulheres eram casadas, estando em acordo com achados em outros estudos realizados que abordaram as características sociodemográficas e a qualidade de vida das gestantes (ALVES et al., 2014; GOMES; FREIRE, 2012; REZENDE; SOUZA, 2012; SILVA et al., 2011; SILVA; ROSA, 2014).

No estudo de Gomes e Freire (2012), 57,4% das mulheres da amostra do estudo eram casadas. Rezende e Souza (2012) mostram em seus estudos que 75% das mulheres estudadas eram casadas e Silva e Rosa (2014), verificaram que 86,8% das mulheres que compuseram a amostra do estudo estavam casadas. Este último estudo considerou união estável e casada em separado, mas, como neste estudo consideraram as duas variáveis como estado civil casado foi somado os dois resultados.

Contudo, dados obtidos pelo presente estudo mostram que as adolescentes são na maioria solteiras (69,4%), confirmando o estudo de Alves et al. (2014) em um município do sul de Minas Gerais, o qual constatou que 75,9% das adolescentes estavam solteiras no momento do parto, índice que decresceu em 10 anos, de 78,3% em 2000 para 71,4% em 2012. Entre as adolescentes casadas, essa taxa foi de 21,9%, taxa que aumentou durante os anos do estudo, de 13,0% em 2000 para 28,6% em 2012.

Silva et al. (2011) apresentam resultados diferentes dos demais, demonstrando que 62,4% das adolescentes relataram estar em união estável com os parceiros e que a presença do companheiro é significativa na vida da gestante, uma vez que pode atuar como apoio econômico e psicológico a ela. Ainda, relaciona a falta do cônjuge no domicílio com a baixa adesão ao pré-natal para gestantes, tanto adolescente como adultas, e com o baixo peso ao nascer do recém-nascido (SILVA et al., 2011).

Na Tabela, 8 foi analisado o estado civil das primíparas em relação às microrregiões do Sul de Minas Gerais. Percebe-se que, em todas as microrregiões, há predominância do estado civil casado, com maior destaque para a microrregião de Pouso Alegre. No teste estatístico qui-quadrado, houve relação de significância ($P < 0,001$) entre as variáveis, ou seja, existe uma relação entre ser primípara e estar

casada.

Observa-se que, na microrregião de Varginha, os dados de solteiras e de casadas se equiparam em 50,8% e 48,5%, respectivamente. Entretanto, ao comparar os dados da microrregião citada com o total dos resultados das variáveis, percebe-se que as solteiras estão acima do resultado esperado relação às casadas, que estão abaixo do esperado.

Tabela 8 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o estado civil das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 162 767.

MICRORREGIÃO	ESTADO CIVIL			
	Solteira Nº (%)	Casada Nº (%)	Viúva Nº (%)	Separada/divorciada Nº (%)
Alfenas	11822 (42,4)	15894 (57,0)	46 (0,2)	145 (0,5)
Passos	11273 (44,0)	14165 (55,3)	30 (0,1)	130 (0,5)
Pouso Alegre	23180 (41,9)	331796 (57,7)	46 (0,1)	260 (0,5)
Varginha	27440 (50,8)	26189 (48,5)	64 (0,1)	287 (0,5)
Total	73715 (45,3)	88044 (54,1)	186 (0,1)	822 (0,5)

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Ao relacionar a faixa etária com a escolaridade materna, entende-se que é predominante a conclusão do ensino médio, entre as adolescentes e as que estão na faixa de idade ideal, e, entre as mulheres com idade acima dos 35 anos, a escolaridade é o ensino superior, como demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 -Relação da faixa etária das primíparas com o nível de escolaridade na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre os anos de 2000 e 2013. N=173 720.

FAIXA ETÁRIA	ESCOLARIDADE							
	Sem escolaridade		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 anos	160	0,3	24466	42,2	30603	52,7	2843	4,9
Entre 20 – 34 anos	321	0,3	27011	25,0	53838	49,9	26701	24,8
Maior de 35 anos	71	0,9	2193	28,2	2633	33,9	2879	37,0
Total	552	0,3	53670	30,9	87074	50,1	32423	18,7

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Quanto à escolaridade materna, os dados encontrados neste estudo revelaram que o nível escolar predominante foi o ensino médio nas adolescentes (52,7%) e na faixa etária entre 20 a 34 anos (49,9%) e nas mulheres acima de 35 anos prevaleceu o ensino superior (37,0%). No Brasil, o grau de escolaridade é de 7,3 anos de estudo, média abaixo do grau de escolaridade encontrada no estudo, sendo de 9 a 12 anos de estudo.

Esses resultados estão em conformidade com os achados de outros estudos como o de Gomes e Freire (2012) em que 37% da amostra possuíam o ensino médio e o de Peixoto et al. (2012) que afirmam que o nível de escolaridade das gestantes variou entre 9 a 12 anos de estudo (47%). Esses autores citados afirmam que o nível de instrução está intimamente relacionado aos cuidados pessoais que a mulher terá na gestação. O profissional de saúde que realiza o pré-natal deve estar atento à escolaridade para informar adequadamente a gestante, pois a não compreensão pode influenciar nas atitudes que a gestante irá tomar.

Figueiredo et al. (2013) verificaram que 35% das gestantes possuíam o ensino médio como escolaridade e 5%, o ensino superior. Na pesquisa realizada por Silva e Rosa (2014), verificou-se que 30,9% das gestantes concluíram o ensino médio e 75,1% apresentaram mais de sete anos de estudo. Conclui-se que a baixa escolaridade nas gestantes é um fator de risco para as mesmas.

Santos et al. (2015) constataram que as mulheres que fizeram parte da amostra têm predominantemente o ensino médio, ou seja, um tempo de estudo entre 9 a 12 anos e ressaltam ainda que um período menor que cinco anos de estudo é um fator que predispõe para risco gestacional.

Nesse contexto, a predominância de mulheres com mais tempo de estudo, conforme apresentado neste trabalho (mais de nove anos de estudo), tende a uma redução na possibilidade do desenvolvimento de morbidades graves e de óbito materno por causas evitáveis. Visto que, quanto maior a escolaridade materna, maior o número de consultas de pré-natal são realizadas, fator que amplia a chance da prevenção, da detecção e do tratamento precoce (BRASIL, 2013; SANTOS et al., 2015).

Em relação ao maior número de anos estudados, a microrregião de Passos foi a que se destacou, perfazendo um total 53,6% da amostra que declararam ter o ensino médio; seguida de Varginha (50,8%), de Alfenas (48,8%) e de Pouso Alegre (48,5%). Todavia, Pouso Alegre se sobressai por possuir o maior índice de mulheres com o ensino superior (21,0%).

Verifica-se que, estatisticamente, a relação entre a faixa etária e os anos de estudo possui significância ($P < 0,001$) e que o valor do coeficiente de correlação existente (0,233), afirma que, quanto maior a escolaridade, há um aumento da idade para se ter a primeira gestação.

Quando comparados o nível de escolaridade entre as microrregiões, verifica-se que o ensino médio é o predominante em todas as microrregiões, com destaque para Passos; seguido do ensino fundamental em Alfenas e do superior, com maior evidência para Pouso Alegre, o que pode ser confirmado na Tabela 10.

Tabela 10 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o nível de escolaridade das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 173 663.

MICRORREGIÃO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE							
	Sem escolaridade		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfenas	110	0,4	10013	33,3	14639	48,8	5244	17,5
Passos	83	0,3	8243	29,4	15085	53,6	4693	16,7
Pouso Alegre	193	0,3	17995	30,2	28868	48,5	12513	21,0
Varginha	167	0,3	17405	31,1	28434	50,8	9977	17,8
Total	553	0,3	53656	30,9	87026	50,1	32427	18,7

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Frente ao teste de qui-quadrado, houve relação significativa ($P < 0,001$) entre os anos de estudo, comparados às microrregiões, uma vez que as mulheres com escolaridade fundamental de Alfenas ficaram acima do valor esperado; as com o ensino médio das microrregiões de Passos e Varginha permaneceram acima do

esperado quando comparadas ao valor total e as de Pouso Alegre ficaram acima do esperado, quando relacionada ao ensino superior.

Na Tabela 11, é demonstrado que a raça/cor predominante na região foi a branca, seguida da parda. No teste estatístico, houve significância entre as variáveis ($P < 0,001$), cujos partos das mulheres abaixo de 20 anos tem predominância da cor preta e parda, mais do que se espera.

Tabela 11 - Relação da raça/cor com as faixas etárias das primíparas na macrorregião sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013. N= 175 156.

FAIXA ETÁRIA	RAÇA/COR				
	Branca Nº (%)	Preta Nº (%)	Amarela Nº (%)	Parda Nº (%)	Indígena Nº (%)
Menor de 20 anos	45632 (77,9)	2434 (4,2)	86 (0,1)	10358 (17,7)	35 (0,1)
De 20 a 34 anos	90812 (83,5)	3747 (3,4)	131 (0,1)	14014 (12,8)	48 (0,1)
Maior que 35 anos	6635 (84,4)	315 (4,0)	21 (0,3)	885 (11,2)	3 (0,1)
Total	143079 (81,7)	6496 (3,7)	238 (0,1)	25257 (14,3)	86 (0,1)

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

A variável raça/cor predominante encontrada no estudo foi a branca (81,7%), o que deve ser analisado com especial atenção, pois permite avaliar questões sociais e até mesmo de acesso aos serviços (KEFFLER et al., 2010). Sabe-se que no país as mulheres negras são mais propensas a realizar um pré-natal inadequado, com menos de seis consultas de pré-natal em relação às mulheres brancas, ter nível de escolaridade baixo e ser mães precoces (LEITE et al., 2013).

Os dados analisados em nosso estudo permitiram verificar que a maior quantidade de mulheres da raça/cor preta se concentra nas adolescentes (4,2%) e na faixa etária das mulheres acima de 35 anos (4,0%). Quanto à escolaridade desse grupo, 52,0% da amostra apresentam o ensino médio e 38%, o fundamental. Quanto à assistência de pré-natal, essas mulheres realizaram mais de seis consultas, porém observou-se que, quando comparadas com as outras raças, é a que apresenta a maior porcentagem na realização de seis consultas ou menos (66,0%).

Na Tabela 12, verifica-se a predominância da raça/cor branca em todas as microrregiões, em especial na de Pouso Alegre, seguida da parda e preta, com maior

concentração nos municípios pertencentes à região de Varginha. No teste estatístico, os dados foram significativos ($P < 0,001$), o que mostrou haver uma relação entre os municípios e a frequência da raça/cor.

Tabela 12 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a raça/cor das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 175 103.

MICRORREGIÃO	RAÇA/COR									
	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfenas	25515 (85,6)		936 (3,2)		39 (0,1)		3266 (11,0)		20 (0,07)	
Passos	22655 (79,8)		968 (3,4)		24 (0,1)		4713 (16,6)		18 (0,06)	
Pouso Alegre	54236 (89,5)		1576 (2,6)		59 (0,1)		4672 (7,7)		27 (0,04)	
Varginha	40625 (72,1)		2988 (5,3)		117 (0,2)		12601 (22,4)		21 (0,04)	
Total	143031 (81,7)		6495 (3,7)		239 (0,1)		25252 (14,4)		86 (0,05)	

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

6.2 ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal (VIELLAS et al., 2014).

O Ministério da Saúde afirma que:

Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência como a incorporação de condutas acolhedoras; desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento primário até o atendimento de alto risco estão associadas a melhores desfechos perinatais (BRASIL, 2006).

A qualidade da atenção pré-natal representa uma das prerrogativas governamentais na atenção à saúde materna e perinatal. Nesse sentido, o profissional de saúde deve conhecer as atividades de pré-natal e estabelecer atendimento adequado às mulheres que vão do acolhimento, à identificação de risco, ao

atendimento assistencial, ao conhecimento da rede de serviço, diminuindo assim a morbidade na área obstétrica (COSTA et al., 2014).

A Tabela 13 mostra a relação entre faixa etária das primíparas e o número de consultas de pré-natal que estas realizaram no período estudado.

Considerando-se os dados das primíparas em todos os anos e em todos os municípios frente ao número de consultas de pré-natal realizadas, 0,6% das mulheres gestantes primíparas não realizaram nenhuma consulta; 3,0% realizaram de uma a três consultas; 22,0% das mulheres fizeram de quatro a seis e 74,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

Tabela 13 – Relação entre faixa etária das primíparas e o número de consultas de pré-natal realizadas entre 2000 e 2013, na macrorregião Sul de Minas Gerais. N= 175 778.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL							
	Nenhuma consulta		1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		7 consultas ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 anos	508	0,9	2800	4,8	16909	28,8	38502	65,6
Entre 20 – 34 anos	590	0,5	2262	2,1	20466	18,7	85840	78,6
Maior de 35 anos	39	0,5	154	1,9	1217	15,4	6491	82,2
Total	1137	0,6	5216	3,0	38592	22,0	130833	74,4

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Assim, percebe-se que houve predomínio na realização de sete consultas ou mais pelas gestantes, em todas as faixas etárias, em especial nas mulheres tardias, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Pode-se, então, atribuir a esse fato o alto índice de adesão ao pré-natal, às políticas públicas voltadas para esta área, como a implantação nos municípios dos programas SISPRENATAL e PHPN, mas principalmente à aderência dos municípios à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na análise estatística, houve significância entre as variáveis ($P < 0,001$) e uma correlação positiva (0,143), indicando que há relação entre o número de consultas de pré-natal realizadas com a idade das mulheres, como demonstrado na Tabela 13, em que se observa que, quanto maior a idade, mais consultas são realizadas. Acredita-se que o poder aquisitivo, o planejamento da gravidez e a consciência da mulher de maior risco de morbimortalidade sejam fatores que contribuam para os valores encontrados.

O estudo Nascer no Brasil sobre o parto normal e sobre o nascimento refere que assistência no pré-natal foi de 98,7%, sendo superior a 90%, independentemente da característica materna (VIELLAS et al., 2014). Os dados deste estudo mostraram que em todas as faixas etárias foram realizadas sete ou mais consultas, com destaque para as gestantes acima de 35 anos, com 82,2%. Esse dado vai ao encontro de outros estudos que avaliaram o perfil da parturiente, do RN e a qualidade da assistência de pré-natal e que verificaram esse índice nas mulheres acima de 35 anos (BARBIERI et al., 2012; LEITE et al., 2013; NADER; COSME, 2010; SILVA et al., 2011; PELAI et al., 2013; PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013;).

No estudo de Pelai et al. (2013), realizado em uma maternidade pública de um município de São Paulo – SP, 58,6% da amostra realizaram mais de sete consultas de pré-natal.

Pereira, Guimarães e Lanza (2013) verificaram em seus estudos que as gestantes realizaram em média 8,1 consultas de pré-natal e que iniciaram as consultas antes das 12 semanas de gestação, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Pode-se dizer que o início precoce das consultas de pré-natal seja explicada pela disponibilidade desse serviço na unidade de saúde, além disso, a procura da gestante por esse serviço e a média elevada de consultas realizadas evidenciam a capacidade do serviço em promover adesão da gestante.

Para a gestante, é preconizado que o início do acompanhamento e da assistência de pré-natal seja precoce e imediatamente após a confirmação da gravidez, visto que tal assistência dá acesso à mulher a diagnósticos e terapias para diversas patologias que repercutem negativamente para a saúde da mulher e do bebê, como, por exemplo, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV, hipertensão arterial crônica e diabetes (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013).

O alto índice da realização de consultas encontrados neste estudo também pode ser justificado pela existência da qualidade do vínculo estabelecido entre as gestantes e os profissionais. Os dados relativos à qualidade do atendimento ao pré-natal não podem ser verificados pelos dados neste estudo, porém vale ressaltar que a característica da prestação do cuidado em relação a uma boa consulta de pré-natal predispõe a melhores resultados obstétricos e neonatais.

Entretanto, no estudo de Barbieri et al. (2012) demonstram que o acolhimento oferecido pelo profissional de saúde à gestante durante sua gravidez está diretamente relacionada à adesão desta ao acompanhamento do pré-natal. Acredita-se também que, a partir do momento em que o vínculo é estabelecido, a gestante passa a ter

segurança de que está sendo cuidada para obter uma boa evolução para o nascimento do filho.

É importante salientar que, entre as adolescentes desse estudo, há uma maior porcentagem de mulheres que realizaram menos de seis consultas (34,5%) e destas, 28,8% realizaram de 4 a 6 consultas. Esse é um dado que deve ser destacado, pois a abordagem precoce dessa gestante pode melhorar as condições da assistência.

Comparando esses dados com outros estudos, observa-se que foram inferiores aos encontrados por Nader e Cosme (2010) os quais afirmam que 43,48% das adolescentes realizaram de quatro a seis consultas. No que se refere à realização de sete ou mais consultas, este estudo encontrou um índice de 65,6%, superior ao de Silva et al. (2011), os quais verificaram que 58,7% das adolescentes primigestas realizavam mais de sete consultas.

Para as adolescentes, a dificuldade de contar para a família ou até mesmo de constatar a gravidez faz com que iniciem tardiamente o pré-natal, fato que pode explicar a baixa adesão ao programa de pré-natal no início da gravidez.

Outro fator predominante para a adesão ao pré-natal é a escolaridade; sabe-se que, quanto maior a escolaridade, maior número de consultas é esperado. Estudos relataram a relação entre a escolaridade e a realização de consultas de pré-natal.

No estudo de Pelai et al. (2013), em um serviço de maternidade pública do Estado de São Paulo, observou-se que, quanto menor o nível de instrução materno, menor foi o número de realização de consultas e que, quanto maior a escolaridade, a chance de realizar mais de seis consultas é duas vezes maior em relação às mulheres com nível escolar menor. Sendo assim, 100% das mulheres do estudo que possuíam o ensino superior realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

No estudo apresentado por Leite et al. (2013), em uma maternidade filantrópica no Estado do Espírito Santo, foi verificado o predomínio de mulheres com ensino fundamental incompleto entre as que não realizaram pré-natal. Mostrou, ainda, que aproximadamente 52% das mulheres que não fizeram o pré-natal ou compareceram de uma a três consultas eram analfabetas, ou seja, a escolaridade materna esteve fortemente associada ao número de consultas no pré-natal. Vale destacar também que as mulheres que não fizeram o pré-natal pertenciam à classe econômica baixa.

O estímulo para aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal no Brasil é uma política existente desde os anos 1970 e foi intensificado na proposta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na área da saúde. A OMS propôs que não se meçam esforços para encontrar soluções para o desenvolvimento global, no que diz

respeito ao combate à fome e à miséria, para garantir a educação, a saúde, a igualdade e a sustentabilidade ambiental para todos até o ano de 2015 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2008).

No que diz respeito à melhoria da saúde da gestante, o objetivo número cinco traça duas metas globais a serem atingidas até 2015: reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (OMD, 2014).

Em relação à primeira meta, resultados recentes mostraram que o mundo não alcançará o proposto. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2010. Na América Latina, que apresenta situação consideravelmente melhor, o percentual de queda foi semelhante: 45%, passando de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (OMD, 2014).

A segunda meta também não será alcançada, pois apenas 51% das gestantes realizavam ao menos quatro consultas de pré-natal. Entretanto, o alcance dessa meta está próximo, pois, em 2011, cerca de 90% das gestantes realizaram sete ou mais consultas (ODM, 2014).

Em nosso estudo, 74,4% mulheres realizaram mais de sete consultas. No entanto, sabe-se que somente o número de consultas não garante uma boa assistência. A existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados podem afetar sua qualidade e efetividade (HUMANIZASUS, 2004).

Quando comparados nossos dados com um estudo nacional, observa-se que estamos acima dos dados encontrados por Domingues et al. (2012) os quais verificaram que a assistência de pré-natal foi considerada adequada em 65,5% das gestantes da amostra, e que somente 0,8% da amostra não recebeu nenhuma consulta, contra 0,6% das mulheres deste estudo.

Quando as microrregiões foram relacionadas com o número de consultas de pré-natal, observa-se que em todas há o predomínio da realização de sete e mais consultas, com destaque para a microrregião de Alfenas em que 78,1% das mulheres receberam assistência pré-natal, conforme descrito na Tabela 14.

Tabela 14 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com número de consultas de pré-natal das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 175 732.

MICRORREGIÃO	NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL							
	Nenhuma consulta		1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		7 consultas e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfenas	153	0,5	870	2,9	5592	18,5	23561	78,1
Passos	158	0,6	865	3,0	6779	23,8	20628	72,6
Pouso Alegre	465	0,8	1760	2,9	13628	22,5	44595	73,8
Varginha	362	0,6	1720	3,0	12586	22,2	42010	74,1
Total	1138	0,6	5215	3,0	38585	22,0	130794	74,4

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Em relação ao teste de qui-quadrado, houve significância entre a relação das duas variáveis ($P < 0,001$), da microrregião e o número de consultas, sendo que a única microrregião com resultados acima do esperado foi Alfenas, na qual se realizam sete e mais consultas de pré-natal. As demais regiões estiveram estatisticamente abaixo do valor esperado (74,4%).

Quando o número de consultas de pré-natal é relacionado ao tipo de parto, verificou-se que o maior índice foi de partos cesarianos relacionado com a realização de sete ou mais consultas. No entanto, tanto o parto vaginal, quanto o cesáreo, são realizados com sete ou mais consultas de pré-natal, conforme descrito na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação do tipo de parto com o número de consultas de pré-natal das primíparas na macrorregião Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013. N= 175 041.

TIPO DE PARTO	NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL							
	Nenhuma consulta		1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		7 consultas ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vaginal	706	1,0	3375	4,9	20491	29,5	44990	64,7
Cesáreo	406	0,4	1831	1,7	18065	17,1	85177	80,8
Total	1112	0,6	5206	3,0	38556	22,0	130167	74,4

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Pelo teste de qui-quadrado, há significância entre as variáveis da Tabela 15

($P < 0,001$), o que demonstra que o tipo de parto sofre influência perante o número de consultas de pré-natal. Quanto maior o número de consultas, mais ocorrências de parto cesáreo, e quando comparados com o resultado total, quem realiza até seis consultas, maiores são as realizações do parto vaginal. A realização de sete ou mais consultas de pré-natal está acima do esperado para a realização do parto cesáreo e abaixo do esperado para o parto vaginal.

A Tabela 16 mostra o cruzamento da faixa etária das primíparas com a duração da gestação. Observou-se que a maioria das gestações durou mais de 37 semanas, em todas as faixas etárias, porém o índice de prematuridade foi maior na faixa etária das mulheres com 35 anos ou mais.

Tabela 16-Cruzamento da faixa etária das primíparas com a duração da gestação, em semanas, na macrorregião Sul de Minas Gerais, dos anos de 2000 a 2013. N= 175 299.

FAIXA ETÁRIA	DURAÇÃO DA GESTAÇÃO					
	<22 semanas	22-27 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	37-41 semanas	>42 semanas
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Menor de 20 anos	47 0,1	382 0,7	640 1,1	4513 7,7	52160 89,2	715 1,2
De 20 a 34 anos	56 0,1	4494 0,5	896 0,8	7470 6,9	98787 90,7	1267 1,2
Maior que 35 anos	2 0,1	54 0,6	132 1,7	717 9,1	6909 87,7	58 0,7
Total	105 0,1	930 0,5	1668 1,0	12700 7,2	157856 90,0	2040 1,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Verificou-se que houve significância estatística ($P < 0,001$) e coeficiente de correlação de Spearman muito baixo (0,002), ou seja, há uma relação muito fraca entre a idade materna e a duração da gestação. Dessa forma, constatou-se que, quanto menor a idade há maiores chances de a gestação durar mais e, quanto maior a idade, menos tempo de gestação.

Lembrando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o feto em semanas, denominado em pré-termo (menos de 37semanas), a termo (37-42 semanas) e pós-termo (maior que 42 semanas de gestação), no presente estudo, a duração da gestação nas mulheres da amostra permaneceu entre 37 a 41 semanas,

em todas as faixas etárias, com ênfase nas primíparas de 20 a 34 anos (90,7%).

Notou-se neste estudo que as mulheres mais velhas apresentaram maiores índices de prematuridade (9,1%) e as adolescentes para o parto pós-termo (1,2%), o que mostrou conformidade com os achados de autores que descreveram o perfil da saúde materno-infantil (BISCESKI et al., 2012; CESAR et al., 2011; NADER; COSME, 2010; SANTOS et al., 2015)

O estudo realizado por Bisceski et al. (2012) constatou que 42,9% das gestantes tinham de 37 – 41 semanas de gestação, predominando nascidos a termo. Santos et al (2015) verificaram em seu estudo que 93,6% dos partos ocorreram entre 37 e 41 semanas de idade gestacional (a termo) e afirmam que o nascimento de crianças pré-termo e com baixo peso representa maior risco de óbito, sobretudo no período neonatal. Nos resultados encontrados neste estudo, não se observou nascimento de RN com baixo peso.

Os índices de prematuridade em nosso estudo foram mais elevados nas mulheres com idade acima de 35 anos e que foi de 9,1%. Entre as adolescentes, foi de 9,6% o que diverge do estudo de César et al. (2011), que encontrou uma taxa de prematuridade de 20%. Os índices de prematuridade nas diversas faixas etárias nesse estudo foram inferiores à média nacional que é de 12% dos partos (SINASC, 2014).

Em relação à duração da gestação em semanas de todas as primíparas das macrorregiões, verificou-se que 0,1% das gestantes pariu entre 22 semanas ou menos; 0,5%, entre 22 a 27 semanas; 1,0%, entre 28 a 31 semanas; 7,2%, entre 32 a 36 semanas. No entanto, 90,0% das gestações se findaram entre 37 a 41 semanas, período considerado viável e somente 1,2% se estenderam de 42 ou mais semanas.

A idade gestacional no momento do parto em relação às microrregiões esteve entre 37 a 41 semanas de gestação em todas, com destaque para Alfenas, Pouso Alegre e Varginha, que possuiu os maiores índices (90,3%). A microrregião de Passos se evidencia por ter tido o maior número de prematuridade (8,3%) e Pouso Alegre, por ser tido mais pós-termo (1,3%).

Foi demonstrada na Tabela 17 a relação das microrregiões com a duração da gestação. Observa-se que a maioria das gestações, em todos os municípios, durou de 37 a 41 semanas e o maior índice de prematuridade está na região de Passos.

Tabela 17 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a duração da gestação das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 175 254.

MICRORREGIÃO	DURAÇÃO DA GESTAÇÃO					
	<22 semanas	22-27 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	37-41 semanas	>42 semanas
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Alfenas	23 0,1	135 0,4	251 0,8	2218 7,3	27303 90,3	308 1,0
Passos	12 0,1	164 0,5	351 1,2	2351 8,3	25018 88,6	346 1,2
Pouso Alegre	30 0,1	299 0,4	555 0,9	4125 6,9	54362 90,3	804 1,3
Varginha	40 0,1	333 0,6	511 0,9	4005 7,1	51126 90,3	584 1,0
Total	105 0,1	931 0,5	1668 1,0	12699 7,2	157809 90,0	2042 1,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Quanto ao parto prematuro, Alfenas e Passos se destacaram com valores acima do esperado e, no parto pós-termo, somente Pouso Alegre permaneceu acima do valor esperado, e as outras regiões ficaram abaixo.

Frente ao teste de qui-quadrado, existe uma relação significativa entre as variáveis ($P < 0,001$), o que evidenciou que, em comparação com os resultados gerais, nas microrregiões de Alfenas, de Pouso Alegre e de Varginha, o parto a termo aconteceu acima do esperado; em Passos, ocorreu abaixo do valor esperado.

Na Tabela 18, encontra-se a predominância da gravidez única em todas as idades. Nota-se também que houve aumento na gestação dupla e tripla nas mulheres com mais de 35 anos, motivo de suspeita deque tenha sido utilizado o auxílio das técnicas de reprodução assistida.

Ao analisar o tipo de gravidez, 98,3% foram gravidezes únicas, seguidas de 1,6% dupla e 0,1% considerada tripla ou mais, essa última ligada a mulheres com mais de 35 anos.

Neste estudo, verificou-se que a gravidez única predominou em todas as faixas etárias, em especial nas adolescentes (98,9%). Dado coincidente com o estudo de Nader e Cosme (2010) os quais verificaram que, entre os nascidos vivos a termo das adolescentes, predominou a gestação única, correspondendo a 99,18% dos partos,

enquanto a dupla, a 0,71%. Em nosso estudo, a gravidez dupla em mulheres jovens ficou em 1,0%, índice um pouco superior.

Tabela 18–Relação entre o tipo de gravidez com as faixas etárias das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013, na macrorregião Sul de Minas Gerais. N= 176 814.

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE GESTAÇÃO					
	Única		Dupla		Tripla ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 anos	58395	98,9	638	1,0	12	0,1
De 20 a 34 anos	107725	98,1	2036	1,9	69	0,1
Maior que 35 anos	7686	96,8	233	2,9	20	0,3
Total	173806	98,3	2907	1,6	101	0,1

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

No teste estatístico, há relação significativa das variáveis ($P < 0,001$) e o valor de correlação do coeficiente de Spearman (0,038) foi positivo, porém baixo, ou seja, a gestação dupla ou tripla está associada à faixa etária maior que 35 anos.

Diante da apresentação dos dados do tipo de gravidez ficou evidente que nas gestações duplas houve um número maior de prematuridade que nas gestações simples, fato esperado, tendo em vista que o padrão da taxa decrescimento fetal em gêmeos é menor, quando comparados aos RN de partos únicos, independentemente da classe social e econômica das mães, o que pode levar ao parto prematuro.

A mulher com mais de 35 anos obteve destaque na gestação múltipla, perfazendo o total de 3,2% em nosso estudo, indo ao encontro dos dados também evidenciados pelo CEInfo (2011) cujos nascimentos duplos ou triplos chegaram a 2,5%.

Em todas as microrregiões, a gestação única foi evidente, com 98,3% dos partos. Em relação à gravidez dupla, tripla ou mais, Passos e Pouso Alegre obtiveram índices de 1,8% para ambos.

A Tabela 19 apresenta que o tipo de gravidez predominante nas quatro microrregiões foi do tipo única. Quanto ao teste estatístico qui-quadrado, houve relação de significância entre as variáveis ($P < 0,011$). Percebe-se que houve maior incidência de gravidez dupla nas microrregiões de Passos e de Pouso Alegre, quando comparadas ao valor esperado e menor em Varginha.

Tabela 19 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o tipo de gravidez das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 176 769.

MICRORREGIÃO	TIPO DE GESTAÇÃO					
	Única		Dupla		Tripla ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfenas	29901	98,4	467	1,5	23	0,1
Passos	27979	98,2	495	1,7	24	0,1
Pouso Alegre	59877	98,2	1053	1,7	33	0,1
Varginha	56004	98,4	892	1,56	21	0,04
Total	173761	98,3	2907	1,6	101	0,1

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Na Tabela 20, observa-se a alta prevalência dos partos cesáreos, principalmente entre a faixa etária considerada ideal e a de mulheres grávidas em idade tardia.

Tabela 20- Tipo de parto entre as faixas etárias das primíparas, de 2000 a 2013, na macrorregião Sul de Minas Gerais. N=176 725.

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE PARTO			
	Vaginal		Cesáreo	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 anos	32249	54,7	26712	45,3
Entre 20 – 34 anos	36651	33,5	72663	66,5
Maior de 35 anos	1102	14,0	6770	86,0
Total	70002	39,7	106145	60,3

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Estatisticamente, houve significância no teste qui-quadrado ($P < 0,001$) entre as variáveis em destaque, evidenciando-se que a idade materna tem influência na escolha do tipo de parto. Verifica-se que, quanto maior a idade ocorre mais partos cesáreos e, à medida que a idade vai diminuindo, há o aumento do número de partos por via vaginal.

Ao analisar tipo de parto com a faixa etária, verificou-se neste estudo que as adolescentes realizaram 54,7% de parto normal e 45,3%, de parto cesáreo. Esses resultados também foram relatados por estudos que pesquisaram sobre dados

sociodemográficos e assistência ao pré-natal nas mulheres (GAMA et al., 2014; NADER; COSME, 2010; PIMENTEL, 2015; SILVA et al., 2011).

Para Nader, Cosme (2010), dos nascidos vivos a termo, 62,51% foi de parto vaginal e 37,39%, de parto cesáreo; Silva et al (2011) consideram que existe um menor percentual de gravidez cesariana entre as adolescentes, e o estudo mostrou que o parto vaginal nas primíparas foi de 69% e no estudo realizado por Cesar et al (2011), 60% das adolescentes tiveram seus filhos por meio do parto normal.

Entretanto, Gama et al (2014) e Pimentel (2015) relatam que as adolescentes têm seus partos de maioria via cesárea, e que as que tiveram a gravidez financiada pelo setor privado, realizaram duas vezes mais partos cesáreas do que as que foram assistidas pelo SUS. Descrevem, ainda, que a cesariana não está relacionada apenas aos casos com indicação clínica, mas “privilegia” a classe econômica e a renda da cliente. Esse fato não foi possível de ser investigado nesse estudo, visto que se trabalhou com dados secundários.

Neste estudo, as mulheres de 20 a 34 anos e as maiores de 35 tiveram seus filhos por meio do parto cesáreo (66,5% e 86,0%), respectivamente. Em relação às microrregiões, todas apresentaram o parto cesáreo como via principal, com ênfase em Pouso Alegre, que teve um índice de 64,0% de cesariana. Esses dados coincidem com alguns estudos (CEInfo, 2011; LEITE et al., 2013; MELO; MATHIAS, 2010; PIMENTEL, 2015; TORRES et al., 2014).

Melo e Mathias (2010) relataram em sua pesquisa sobre as informações do SINASC dos municípios-sede de Regionais de Saúde no Paraná, que a forma preferencial para o parto foi a cesariana (55%) e que, entre os municípios que apresentaram a maior porcentagem de prematuridade, a taxa de parto cesáreo também era maior.

Leite et al (2013), após verificar o perfil obstétrico das mulheres em seu estudo, relataram que o parto operatório foi de 62,2% da amostra e Pimentel (2015) teve 52% das mulheres com cesariana.

Dessa forma, os dados apresentados corroboram os resultados obtidos neste trabalho, evidenciando a alta prevalência da realização de parto cesariano.

Durante o período de análise de dez anos de dados do SINASC deste estudo, verificou-se gradativo aumento de partos operatórios, que, a partir de 2005, superou os ocorridos por via vaginal. Em 2010, as cesarianas representaram 53,4% do total de partos.

Em estudos apresentados por CEInfo (2011) e Torres et al (2014), constatou-se que o maior aumento na realização de cesarianas se deu em hospitais privados. Que os índices se elevaram de 77,3% em 2001 para 85,2% em 2010, enquanto que, nos estabelecimentos SUS, para os mesmos anos, foi de 30,7% para 32,5%, respectivamente.

Os dados da DNV oferecem o local de nascimento, porém não citam se o estabelecimento é público ou privado, mas, pelo conhecimento da macrorregião de estudo, pode-se afirmar que a maioria dos partos foi do tipo operatório e que ocorreram em serviços do SUS.

Conforme descrito no trabalho, pode-se afirmar que o índice de partos cesarianos está muito acima do que foi preconizado pela OMS que é de 15%. Sabe-se que as cesarianas geram custos são maiores para o sistema de saúde, além de problemas que podem surgir, como as infecções (WHO, 2015).

Dessa maneira, observou-se que os índices de cesariana nas mulheres pertencentes às faixas etárias do estudo de 20 a 34 anos e acima de 35 anos que correspondem a 66,5% e 86,0%, respectivamente, apresentaram índice de quatro a oito vezes maiores que os 15% preconizados pela OMS (WHO, 2015).

Dessa forma, acredita-se que a elevação do índice de partos cirúrgicos pode indicar que muitas deles sejam desnecessários, pois é conhecido que o parto cesáreo oferece riscos às mulheres, devido a complicações decorrentes do ato cirúrgico. Para o recém-nascido, há maior probabilidade de distúrbios respiratórios, prematuridade iatrogênica e outros riscos desnecessários. Além do mais, os custos e o consumo de recursos hospitalares são maiores, por requerer mais tempo de internação (CEInfo, 2011; MELO; MATHIAS, 2010).

Em um recente estudo feito por Domingues et al. (2014), analisaram-se as diferenças na preferência pelo tipo de parto, em mulheres atendidas em serviços públicos e privados, e se constatou que a preferência pelo parto operatório aumentou no Brasil. O estudo relata também que até o final da gestação as mulheres optavam pelo parto cesáreo, mesmo querendo, inicialmente, o parto normal (PIMENTEL, 2015), fator que talvez explique o alto índice da mesma.

Autores relatam que as principais explicações para a realização de cesarianas, além das indicações obstétricas, são fatores relacionados ao modelo assistencial do trabalho médico e de outros profissionais, a preferências médicas e a interesses econômicos, além de aspectos culturais e socioeconômicos das gestantes, o que pode levar à opção por esse tipo de parto (CEInfo, 2011; MELO; MATHIAS, 2010).

Em suma, a elevação na taxa de cesarianas é um fenômeno da obstetrícia mundial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Atualmente, tem sido visto como uma questão que exige enfrentamento por todos os envolvidos na atenção à saúde da mulher. Fatores relacionados ao sistema de saúde, socioculturais e a subvalorização dos riscos associados ao procedimento, são preocupantes, visto que a cesariana está associada à permanência hospitalar mais longa e está associada também à maior morbidade e mortalidade materna e perinatal após a alta (REIS et al., 2014).

Entre a relação do tipo de parto e as microrregiões, verificou-se que o tipo de parto dominante foi o cesariano, apresentando taxas bem elevadas, se consideradas com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que seria entre 10 a 15% e somente por motivos obstétricos (WHO, 2015). Tais dados puderam ser observados na Tabela 21.

Tabela 21 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com o tipo de parto das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 176 102.

MICRORREGIÃO	TIPO DE PARTO			
	Vaginal		Cesáreo	
	Nº	%	Nº	%
Alfenas	11504	37,9	18866	62,1
Passos	13856	48,7	14619	53,1
Pouso Alegre	21741	36,0	38628	64,0
Varginha	22920	40,3	33968	59,7
Total	70021	39,8	106081	60,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Em relação ao teste estatístico realizado, o qui-quadrado, houve significância entre as variáveis ($P < 0,001$). Verifica-se que os partos vaginais aconteceram nas microrregiões de Passos e de Varginha acima do resultado esperado e, em Alfenas, o parto cesariano ocorreu acima do valor total dos partos.

6.3 ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS NEONATAIS

As más-formações congênitas hoje no Brasil são a segunda causa de mortalidade infantil, constituindo 11,2% do total das mortes principalmente ligadas ao coração e à hipoplasia pulmonar. São caracterizadas como alterações na forma, na estrutura e/ou na função de órgãos, que aparecem antes do nascimento e surgem em qualquer fase do desenvolvimento fetal por fatores genéticos, ambientais ou desconhecidos (BRITO et al., 2010; RAMOS, CUMAN, 2009; RAMOS, CARVALHO, ZUGAIB, 2010; ROECKER et al., 2012).

Na análise descritiva de frequência, em apenas 0,8% dos nascimentos houve a presença de anomalias congênitas.

De acordo com os dados achados no perfil neonatal dos recém-nascidos das mulheres acima dos 35 anos deste estudo, estes corroboram o descrito no estudo citado anteriormente. O índice de anomalia congênita esteve acima da média total dos dados (0,8%), apresentando a taxa de 0,9% e a taxa de nascimentos prematuros foi de 9,1% em relação a 7,2% do resultado total. Entretanto, o peso ao nascer foi acima de 3000g, peso esperado para o RN não só para a sobrevivência, mas também para o crescimento e para o desenvolvimento sadio da criança (COSTA et al., 2013). As doenças obstétricas não foram abordadas neste estudo.

Quando comparadas anormalidade congênita e faixa etária, 0,7% dos nascimentos apresentaram algum tipo de anomalia, porém, em alguns anos, os dados foram subnotificados. Sendo assim, 12,1% dos valores foram considerados ignorados. A relação das faixas etárias com a presença de má-formação está apresentada na Tabela 22.

Tabela 22–Relação da presença de má-formação com as faixas etárias das primíparas na macrorregião Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013. N= 155 645.

FAIXA ETÁRIA	ANOMALIA CONGÊNITA			
	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 20 anos	411	0,8	50710	99,4
De 20 a 34 anos	726	0,7	96640	99,3
Maior que 35 anos	65	0,9	7093	99,1
Total	1202	0,8	154443	99,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Houve significância entre as variáveis ($P < 0,001$), como verificado no teste estatístico qui-quadrado. Assim, percebe-se que, quando comparada com os resultados totais, a idade materna avançada encontra-se acima do resultado esperado para a anomalia congênita.

As principais anomalias encontradas entre os anos e os municípios estudados foram anencefalia; hidrocefalia; deformidades na orelha; osteomusculares; demão, de joelho e de pé; má formação do coração; artéria umbilical e renal; fixação do intestino; má formação no membro superior e inferior; exonfalia; gastrosquise e síndrome de Down. No entanto, observa-se que foi na faixa etária de maior idade que a frequência foi maior, mesmo sendo a diferença pequena (0,9%).

Na Tabela 23, foi demonstrada a relação entre a presença de anomalia congênita e as microrregiões. Em todas as regiões, o índice de má formação foi pequeno e praticamente na mesma frequência. Nota-se a grande quantidade de subnotificação e a incompletude dos dados nessa variável, chegando a ser de 12,1% do total das DNV analisadas.

Tabela 23 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a presença de anomalias congênitas das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013. N= 177 096.

MICRORREGIÃO	ANOMALIA CONGÊNITA			
	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alfenas	222	0,9	23216	99,1
Passos	197	0,8	25697	99,2
Pouso Alegre	345	0,6	55864	99,4
Varginha	437	0,9	49570	99,1
Total	1201	0,8	154347	99,2

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

Existe uma relação significativa entre as variáveis descritas ($P < 0,001$), verificada após a realização do teste qui-quadrado, mostrando que a presença de anomalia congênita está acima da média geral nas microrregiões de Alfenas, de Passos e de Varginha, assim como a não presença está acima do esperado nas regiões de Passos e de Pouso Alegre e abaixo, em Alfenas e Varginha.

Em estudo realizado no município de São Paulo, foi relatado o elevado sub-registro que havia sobre as anomalias congênitas. Atualmente, a prevalência de anomalias congênitas é de 1,2% do total de nascidos vivos, refletindo avanços no diagnóstico precoce e na notificação dessas informações na DNV (CEInfo, 2011). No Brasil, o índice da presença de anomalia congênita de 2000 a 2013 foi de 0,65%, e, na região Sudeste, foi de 0,3%, resultados menores que o achado pelo estudo da macrorregião do Sul de Minas Gerais, que foi de 0,8%.

Os dados do estudo descrito anteriormente podem ser comparados com os achados da presente pesquisa, em que as microrregiões de Alfenas, de Passos e de Varginha têm um índice de 0,8% de presença de anomalia congênita, estatisticamente acima da média total do resultado total. A micro de Pouso Alegre é que apresenta o índice menor de má-formação (0,6%).

Em relação à subnotificação das anomalias congênitas no Brasil, o índice chega a 7,6% e na região Sudeste, 2,8% de casos subnotificados de má formação. Neste estudo, a taxa de subnotificação dos dados encontrada após a análise do banco de dados que fez parte da amostra foi de 4,5%.

A literatura mostra que a anomalia congênita pode estar relacionada a fatores como condições socioeconômicas; deficiências nutricionais; causas ambientais relacionadas à radiação ionizante, ao metil-mercúrio e ao chumbo; determinados

fármacos; alcoolismo; rubéola; sífilis congênita e outras doenças maternas; traumatismos; distúrbios genéticos e a idade da mãe (BRITO et al., 2010). Verifica-se que a região do estudo é agrícola, fator que deve ser investigado como uma possível causa de anomalia na região, devido ao uso de agrotóxicos e de defensores agrícolas.

Em relação à faixa etária do estudo, as mulheres maiores de 35 anos se sobressaíram em relação à frequência de nascimentos com má-formação (0,9%), embora a diferença seja estatisticamente pequena quando comparada com as outras faixas etárias (0,8 e 0,7% respectivamente para as adolescentes e as entre 20 a 34 anos). Em relação à média do resultado total (0,7%), as faixas etárias das adolescentes e a das mulheres mais velhas se mantiveram acima do esperado, quanto à má formação.

Estudo desenvolvido na Inglaterra demonstra frequência elevada de defeitos congênitos entre os recém-nascidos de mães com idade igual ou acima dos 35 anos, principalmente de anomalias cromossômicas, o que corrobora os dados encontrados em Pereira et al (2011). Entretanto, Ramos, Carvalho, Zugaib, (2010) discordam da clássica associação entre o avanço da idade materna e a malformação fetal.

Alguns estudos evidenciaram a relação entre idade materna e malformação congênita em mães adolescentes (BRITO et al., 2010; PEREIRA et al., 2011).

Brito et al. (2010) e Pereira et al. (2011) concluíram que as chances de uma adolescente com gestações múltiplas gerarem uma criança com malformação é de 6,14 vezes, quando comparadas as adolescentes com gestação única, e para as mães tardias não casadas, as chances são de 11,4, quando comparadas com as mães com idade entre 20 a 34 anos.

O APGAR é uma escala que avalia o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina e mede a vitalidade do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento. A avaliação do APGAR possibilita aferir as condições de vitalidade da criança após o nascimento, sendo que, quanto maiores os seus valores, melhores são as condições de vitalidade do neonato e menores são os riscos de intercorrências ao nascimento (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012; BRASIL, 2011; RAMOS; CUMAN, 2009).

Os aspectos avaliados no exame físico do recém-nascido são a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele. Para cada um dos 5 itens, é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e se tem o total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima, de 10 (BRASIL, 2011).

Um índice de APGAR de oito a dez significa que o bebê é sadio, que nasceu em ótimas condições e que provavelmente não terá problemas futuros. O índice de APGAR inferior a sete é sinal de alerta de acordo com a alteração fisiopatológica e da maturidade do concepto (BASSO, NEVES, SILVEIRA, 2012; RAMOS, CUMAN, 2009). Se essas alterações persistirem durante alguns minutos sem tratamento podem levar a alterações metabólicas no organismo do bebê, gerando alterações clínicas graves (BRASIL, 2011).

O resultado do APGAR de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, e demonstra a condição de adaptação do recém-nascido à mudança de ambiente intrauterino para o extrauterino. Às vezes, há a necessidade de ventilação mecânica. O APGAR do quinto minuto é mais acurado e corresponde à adaptação da criança quanto à respiração, à manutenção da temperatura, aos aspectos circulatórios e determina o prognóstico da saúde neurológica da criança (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o índice do APGAR e o peso constituem-se nos principais determinantes da mortalidade perinatal, estando também associados à importante parcela de morbidade infantil (LIMA et al., 2012).

Neste estudo, a média do índice de APGAR de um e cinco minutos após o nascimento quando relacionado com as faixas etárias, as mulheres de 20 a 34 anos obtiveram a melhor taxa, sendo 8,31 para o APGAR de um minuto e 9,48, para o de cinco minutos, ambos os valores considerados satisfatórios.

O resultado do índice encontrado neste trabalho vai ao encontro do achado de Basso; Neves e Silveira (2012) que estudaram a mortalidade neonatal e também encontraram na amostra selecionada índices adequados do APGAR. Como resultado, 66% dos recém-nascidos obtiveram APGAR de oito a dez no primeiro minuto evoluindo para 90% no quinto minuto de vida com valores acima de oito.

No estudo de Lima et al. (2012), realizado no Espírito Santo, percebe-se que 88,9% dos neonatos apresentou, no 1º minuto, valor superior a sete e no APGAR e no quinto minuto, 94% dos recém-nascidos apresentaram boas condições.

Em relação às microrregiões, Pouso Alegre se destaca pelas melhores médias da escala de APGAR primeiro (8,34) e no quinto minuto de vida (9,55).

O peso do recém-nascido reflete as condições intrauterinas a que a criança foi submetida durante o período gestacional; é um indicador global de saúde que traduza eficiência do sistema de saúde local, atua como um importante indicador de

sobrevivência de recém-nascidos e ainda é considerado por alguns autores como um problema para a saúde pública (CAPELLI et al., 2014; LIMA et al., 2012; VIANA et al., 2013,).

Em todas as faixas etárias que fizeram parte do estudo, o peso foi acima de 3000 g, com destaque para as mulheres entre 20 e 34 anos que obtiveram a melhor média de peso ao nascer, com 3107,55 g.

Em relação à média do peso ao nascer, relacionado às microrregiões, verificou-se que em todas elas a média do peso esteve acima de 3000 g e que Alfenas alcançou a média mais alta do peso com 3102,55 g.

O peso ao nascer é um dos fatores relacionado ao aumento dos índices de mortalidade perinatal, o que deve receber atenção redobrada a fim de se evitarem resultados adversos. O APGAR é um bom indicador para resultados perinatais em longo prazo, além de ser considerado importante preditor da avaliação do bem-estar do prognóstico inicial do recém-nascido.

Na análise descritiva dos dados, a média do índice APGAR após um minuto de nascimento foi de 8,30 e o de cinco minutos após o nascimento foi 9,47 e o peso do recém-nascido a 3087,17 g.

Quanto ao índice de APGAR de um e cinco minutos e do peso do recém-nascido, relacionados com a faixa etária materna constatou o resultado por meio do teste estatístico do coeficiente de correlação de Spearman. Na análise estatística, tem-se o valor de $P < 0,001$, confirmando que existe uma relação significativa entre a idade materna e os índices do APGAR de um e cinco minutos após o nascer e o peso, corroborando a correlação de Spearman que, sendo positiva, mostra uma relação direta entre a faixa etária e os índices supracitados, quanto menor a idade, melhores as taxas de nascimento do RN.

Tabela 24 -Média do número APGAR 1' e 5' e peso do recém-nascido relacionado com as faixas etárias das primigestas na macrorregião Sul de Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2013.
N=168 018.

MÉDIA DO APGAR 1' E 5' E PESO DO RECÉM-NASCIDO						
FAIXA ETÁRIA	APGAR 1'		APGAR 5'		Peso RN	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Menor de 20 anos	8,28	1,34	9,45	1,01	3058,77	527,54
De 20 a 34 anos	8,31	1,30	9,48	0,94	3107,55	527,31
Maior que 35 anos	8,26	1,39	9,43	0,98	3029,71	601,22

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.
DP: Desvio Padrão.

Na Tabela 25 foram descritas as médias do índice de APGAR de um e cinco minutos após o nascimento e do peso do recém-nascido, relacionado com as microrregiões do sul de Minas Gerais, com resultado obtido por meio do teste estatístico Kruskal Wallis. Verifica-se que Pouso alegre apresenta melhor índice de um e cinco minutos e pior em Passos, de um minuto e Varginha, de cinco minutos. Quanto peso, a micro de Alfenas apresenta RN com maior peso e melhor média e micro de Passos apresenta a pior média.

Tabela 25 – Relação entre as microrregiões do Sul de Minas Gerais com a média dos índices APGAR 1 e 5 minutos e o peso do recém-nascido das primíparas, entre os anos de 2000 e 2013.
N= 168 018.

MÉDIA DO APGAR 1' E 5' E PESO DO RECÉM-NASCIDO						
MICRORREGIÃO	Apgar1' ¹		Apgar5' ¹		Peso RN ¹	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Alfenas	8,27c	1,39	9,46b	0,96	3102,55a	519,31
Passos	8,20d	1,47	9,44c	1,03	3078,93c	551,43
Pouso Alegre	8,34a	1,30	9,55a	0,93	3082,65bc	528,36
Varginha	8,30b	1,18	9,39d	0,95	3089,08b	531,11

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.
DP: Desvio Padrão.

¹Médias seguidas de mesma letra são estatisticamente iguais pelo teste de Kruskal Wallis.

6.4 ANÁLISE DA RAZÃO DE CHANCES ENTRE AS VARIÁVEIS

Para verificar o *odds Ratio* da amostra estudada, agrupou-se a idade em dois grupos, menor de 34 anos e maior de 35 anos e as variáveis selecionadas para o estudo também foram agrupadas em: estado civil (casada e não casada), escolaridade (ensino médio e ensino superior), raça (branca e não branca), número de consultas de pré-natal (menor que seis e maior ou igual a sete), tipo de parto (vaginal e cesáreo), tipo de gestação (única e múltipla), semanas de gestação (menor que 37 e maior ou igual a 37), má-formação (sim e não), peso do RN (menos que 3000 g e mais que 3000 g) e APGAR (menor que oito e maior ou igual a oito).

Dessa forma, verificou-se a associação à razão de chances entre as faixas etárias e as variáveis dicotômicas das condições sociodemográficas das primíparas, conforme descrito na Tabela 26.

Tabela 26 – Regressão Logística das características maternas sociodemográficas relacionadas com a idade materna na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre 2000 a 2013. N= 177 001.

		Idade materna				Odds Ratio (OR) (IC 95%)*
		Menos 34 anos		Mais 35 anos		
		N	%	N	%	
Estado civil	Casada	82581	93,8	5449	6,2	0,406(0,386-0,428)
	Não casada	72838	97,4	3400	2,6	
Escolaridade	Ensino superior	115992	95,4	5609	4,6	0,900(0,856-0,946)
	Ensino médio	51958	95,8	2264	4,2	
Cor/raça	Branca	136444	95,4	6635	4,6	0,816(0,767-0,868)
	Não branca	30853	96,2	1224	3,8	

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

*Intervalo de Confiança a 95%

No momento em que foi avaliada a relação entre a faixa etária e estado civil das primíparas, o valor $p < 0,001$ significa que a idade materna está associada ao seu estado civil. O OR = 0,406 [0,386-0,428] que significa que o OR foi menor que 1 podendo de acordo com seu intervalo de confiança de 95% assumir valores entre 0,368 e 0,428. Desta forma pode-se afirmar que ser não casada diminui a chance de ter filho a primeira vez com mais de 35 anos solteira. De acordo com a Tabela 26,

percebe-se que a porcentagem devido à exposição diminuiu de 6,2% para 2,6%, o que segundo o OR equivale a 2,46 vezes menor ou 59,4%.

No estudo de Gravena et al. (2013), a probabilidade das mulheres mais jovens serem solteiras é maior em relação às mulheres mais velhas. Outras literaturas trazem dados publicados que confirmam a prevalência entre as solteiras vivendo sem companheiro na fase da adolescência (HARVILLE; MADKOUR; XIE, 2012; SASS et al., 2011;).

Quando associada a idade materna com a escolaridade das primíparas, o valor de $P < 0,001$ predispõe a relação significativa entre as duas variáveis. O OR= 0,900 [0,856-0,946] caracteriza que a exposição a escolaridade do menor que ensino médio diminuiu em 1,11 vezes (10%) o número de primíparas acima de 34 anos, como exposto na Tabela 26 que houve decréscimo da exposição das mulheres tardias de 4,6% para 4,2%.

Na literatura tendo sido verificados maiores índices de baixa escolaridade entre mães adolescentes, pois as dificuldades de retorno à escola após a gestação levam ao abandono dos estudos. Pesquisas têm demonstrado que a maternidade precoce pode comprometer o processo de escolarização, principalmente em condições socioeconômicas desfavoráveis (PEREZ NETO; SEGRE, 2012).

Em um estudo multicêntrico realizado com 36.056 mulheres nos Estados Unidos encontrou dados em relação à escolaridade, visto ter sido identificado grau de instrução mais elevado (em torno de 15 anos) entre as mulheres mais velhas com idade avançada (CLEARY-GOLDMAN et al., 2005).

Ao relacionar a raça com a faixa etária, verificou-se que houve relação significativa entre estas, uma vez que $P < 0,001$. O OR= 0,816 [0,767-0,868] evidencia que mulheres de raça não branca ocorrem 1,22 vezes menos ou 18,4% nos partos das mulheres acima de 35 anos, como exposto na Tabela 26, onde a raça branca representa 4,6% e a não branca 3,8%.

A Tabela 27 apresenta a relação da faixa etária com as condições das variáveis obstétricas e neonatais, apresentando a chance de risco de cada uma delas.

Tabela 27 - Regressão Logística das características obstétricas e neonatais relacionadas com a idade materna na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre 2000 a 2013. N= 177 001.

		Idade materna				Odds Ratio (IC 95%)*
		Menos 34 anos		Mais 35 anos		
		N	%	N	%	
Nº consultas de pré-natal	7 ou mais	124342	95,5	6491	5,0	0,620(0,585-0,658)
	Menos de 6	43535	96,9	1410	3,1	
Tipo de parto	Vaginal	68900	98,4	1102	1,6	4,259(3,994-4,543)
	Cesáreo	99375	93,6	6770	6,4	
Tipo de Gestação	Única	166120	95,6	7686	4,4	1,985(1,742-2,262)
	Múltipla	2755	91,6	253	8,4	
Duração da gestação (semanas)	37 ou mais	152929	95,6	6967	4,4	1,370(1,276-1,471)
	Menos que 37	14498	94,1	905	5,9	
Anomalia	Não	147350	95,4	7093	4,6	1,188(0,924-1,527)
	Sim	1137	94,6	65	5,4	
APGAR 1'	Mais de 8	137587	95,5	6487	5,0	1,608(1,002-1,139)
	Menos de 8	22932	95,2	1155	4,8	
APGAR 5'	Mais de 8	155713	95,5	7388	5,0	1,119(0,984-1,272)
	Menos de 8	4785	95,5	254	5,0	
Peso	Mais que 3Kg	105631	95,8	4639	4,2	1,188(1,135-1,244)
	Menos que 3Kg	63260	95,5	3301	5,0	

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2015.

*Intervalo de Confiança a 95%

Em relação à faixa etária relacionada ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas primíparas, verificou-se a significância entre as variáveis, já que $P < 0,001$. Quanto maior a idade materna, menor é a chance da mulher ter realização menos de seis consultas de pré-natal, o que pode ser demonstrado pelo $OR = 0,620$ [0,585-0,658], cuja exposição é 38% ou 1,61 vezes menor a realização de menos consultas conforme a idade materna aumenta. No estudo realizado por Fonseca et al.

(2014), destaca que as adolescentes foram o grupo que menos realizaram consultas de pré-natal e que as mulheres acima de 35 anos realizaram sete ou mais consultas.

Os achados do presente estudo são concordantes aos estudos semelhantes realizados em outras regiões brasileiras, os quais apontaram associação entre as adolescentes com o menor número de consultas pré-natal (GRAVENA, et al. 2013; RAMOS; CUMAM, 2009; SANTOS; MARTINS; SOUZA, 2008).

Fonseca et al. (2014) ressalta ainda que, a realização de consultas de pré-natal está relacionada com o nível de escolaridade materno. Dentre as mulheres com menos de oito anos de estudo, 71,4% conseguiram realizar pré-natal adequado, comparadas a 85% daquelas com 8 a 11 anos e 96,7% das com 12 ou mais anos de estudo.

Quando comparado o tipo de parto com a idade materna, percebe-se que houve relação de significância entre as variáveis ($P < 0,001$) e que o $OR = 4,259 [3,994-4,543]$ aumenta a chance de exposição nas mulheres acima de 35 anos em 4,259 vezes a chance da realização de parto cesariano em relação às mulheres abaixo de 34 anos. Tal fato pode ser visto na Tabela 27, onde 86,0% das mulheres em idade tardia realizam o parto via cesárea, contra 14,0% de partos vaginais.

A incidência de partos cesáreos nas mulheres em idade avançada e de nas mulheres em período reprodutivo ideal encontradas neste estudo ultrapassa o índice de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015). A incidência de partos cesáreos em mulheres em idade avançada tem sido reportada em outros estudos (CLEARY-GOLDMAN et al., 2005; JAHROMI; HUSSEINI, 2008; LUKE; BROWN, 2007).

Gravena et al. (2012), em seu estudo com mulheres com mais de 35 anos, observou-se que o risco de parto cesáreo foi 1,23 vez mais alto em relação às mulheres com idade entre 20 e 34 anos. Estudo retrospectivo realizado em Taiwan com 39.763 mulheres evidenciou que o risco de cesárea foi 1,6 e 2,6 vezes maior em mulheres entre 35 e 39 e 40 anos ou mais, respectivamente (HSHIE et al., 2010).

Ao relacionar a faixa etária com tipo de gestação, a relação entre as variáveis foram significativas com valor de $P < 0,001$. De acordo com o $OR = 1,985 [1,742-2,262]$, as mulheres com mais de 35 anos tem 1,985 vezes mais porcentagem que aconteça a gestação múltipla, em relação à mulher com menos de 34 anos. A mesma análise pode ser feita em relação à duração da gestação, em que o $OR = 1,370 [1,276-1,471]$ demonstra que ter um parto com mais de 34 anos aumenta em 1,37 vezes a porcentagem da gestação ser de mais de 37 semanas.

A não predominância de prematuridade nas mulheres jovens equivale ao que foi observado por Perez Neto e Segre (2012) que não encontraram associação entre gravidez juvenil e prematuridade. A comparação entre as idades gestacionais evidenciou que tanto a prematuridade quanto o nascimento pós-termo estiveram presentes entre as mulheres em idade avançada (GRAVENA et al., 2012), fato não encontrado nesse estudo.

Para a presença de anomalia congênita quando cruzada com a faixa etária, verificou-se relação significativa, onde o valor de $P < 0,001$. Em relação ao $OR = 1,188$ [0,924-1,527], demonstra que a mulher acima de 35 anos está 1,18 vezes mais exposta a ter um filho com algum tipo de má-formação.

Entretanto, em um estudo realizado por Rodrigues et al. (2014) afirmam que entre os nascidos vivos com malformações congênitas, a maioria eram crianças de mães na faixa etária de 20 a 34 anos (70,0%), com escolaridade de 8 a 11 anos, (58,3%), que se declararam solteiras, separadas ou viúvas (63,4%), realizaram 4 a 6 consultas de pré-natal e tiveram seus filhos por parto cesáreo. Os nascidos vivos tinham, em sua maioria, entre 37 e mais semanas gestacionais, peso igual ou superior a 2.500g, de raça/cor parda e nasceram com escores de APGAR satisfatórios no 1º e no 5º minutos.

Os defeitos congênitos têm adquirido grande relevância para a saúde pública, no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Com maior controle de doenças infecciosas e nutricionais da infância, as malformações destacam-se entre as principais causas de mortalidade infantil. No Brasil, os defeitos congênitos superaram as causas mal definidas, perinatais, infecciosas, nutricionais e respiratórias, tornando-se a segunda causa de mortalidade infantil (HOROVITZ; LLERENA JÚNIOR; MATTOS, 2005; ROZARIO et al., 2013).

A literatura destaca a idade materna como um dos fatores biológicos do risco gestacional: gestantes com menos de 20 ou mais de 34 anos de idade são consideradas de risco para baixo peso e mortalidade infantil (MACIEL et al., 2006; ROZARIO et al., 2013).

A gemelaridade também é apontada como causa importante de malformação congênita, principalmente nas gestações monozigóticas. Mais estudo apontou que a frequência de malformações congênitas é consideravelmente maior em gestações múltiplas, comparativamente às gestações únicas (BRIZOT et al., 2000).

Em relação ao APGAR de um e cinco minutos após o nascimento, percebe-se que o índice tem relação com a idade materna, visto que $P < 0,001$. O $OR = 1,608$

[1,002-1,139] e o OR = 1,119 [0,984-1,272], respectivamente, possibilitam afirmar que quanto maior a idade, a chance de exposição a índices menores que oito aumenta em 1,13 e 1,11 vezes, assim, quanto menor a idade materna, melhores serão os índices de APGAR ao nascer.

No que se refere ao índice de APGAR, observou-se que as mulheres de idade superior a 35 anos possuem 5,78 vezes mais chance de ter filhos com índice de APGAR inferior a 7 no 5º minuto de vida (GRAVENA et al., 2012). Mas deve-se lembrar que o APGAR DE cinco minutos está relacionado com a adaptação do RN ao meio externo.

O peso do recém-nascido mostrou uma relação significativa com a idade materna com valor de $P < 0,001$. A chance de exposição de uma mulher com mais de 35 anos ter um RN com menos de 3000g aumenta 1,18 vezes, de acordo com o OR= 1,188 [1,135-1,244]. Fato este demonstrado na Tabela 27, em que as mulheres jovens apresentam maior probabilidade em não ter filho com menos de 3000g (95,8%) quando comparada as mais velhas (95,5%).

Capelli et al. (2013) relatam que os RNs que apresentaram baixo peso ao nascer, estavam relacionados a idade materna, que foi a variável mais fortemente associada com o desfecho, assim como o baixo nível de escolaridade. Outros estudos também observaram que mães mais velhas apresentaram maiores chances de terem bebês com baixo peso ao nascer (GRAVENA et al., 2012; GRAVENA et al., 2013; SASS, et al., 2011).

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados no presente estudo em reação à idade materna no momento do parto, pode-se concluir:

Este estudo permitiu traçar o perfil social e clínico das gestantes e do recém-nascido, ao disponibilizar dados para servirem como subsídio pelos profissionais de saúde por meio do SINASC, e possibilitar a organização e o planejamento de ações específicas para o perfil da população usuária dos serviços de saúde.

Que foi possível analisar mudanças de base populacional e que deve haver investimento continuado para se manter a completitude dos dados e realização de avaliações de sua confiabilidade, para dar mais respaldo às pesquisas.

Os resultados ratificam o *status* da macrorregião do Sul de Minas Gerais como região desenvolvida, quanto às características demográficas e sociais: queda da fecundidade, aumento da idade materna, aumento da escolaridade e alta taxa de casamentos.

Quanto às características obstétricas, houve predomínio da realização de mais de sete consultas pré-natal e a duração da gestação durou mais entre 37 a 41 semanas, conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O tipo de gravidez foi única e o tipo de parto predominante foi o cesáreo, exceto nas adolescentes, que demonstrou o parto vaginal ser mais frequente.

Em relação às características neonatais, o índice da presença de anomalias congênitas foi baixo e do APGAR de um e cinco minutos foi adequado. No entanto, ao contrário de outras cidades com essas características, o peso ao nascer e a prematuridade não foram variáveis afetadas, com resultados considerados satisfatórios.

Diante do exposto, é possível considerar que a diminuição da paridade na adolescência vem ocorrendo gradativamente durante os anos, os índices de nascimento da faixa etária feita pelo estudo entre 20 a 34 anos se mantiveram estáveis e o aumento na maternidade após os 35 anos são realidades experimentadas na macrorregião do Sul de Minas Gerais.

A maioria das gestantes acima de 35 anos é casada ou vive em união consensual, o que favorece a condição geral da gestante. Quanto ao acompanhamento do pré-natal, as gestantes realizaram sete ou mais consultas, sendo o parto cesáreo o mais realizado. Conseqüentemente, os recém-nascidos estão

nascendo com peso superior a 3000g e os partos estão ocorrendo no período ideal, segundo a idade gestacional (37 a 41 semanas).

O parto cesariano se destacou com o nível elevado e ainda crescente principalmente nas mulheres acima de 35 anos, que postergaram a maternidade. A explicação para o aumento de cesarianas no país pode estar relacionada ao modelo obstétrico vigente, altamente centrado no modelo biomédico e com grande uso de tecnologias.

Quanto à análise das características das primíparas residentes nas microrregiões deste estudo, houve diminuição do número de nascimentos entre as que residiam na microrregião de Alfenas e aumento nas demais; o estado civil foi o casado; a escolaridade foi o ensino médio; a raça/cor branca; o número de consultas de pré-natal realizadas foi sete ou mais; a duração da gestação foi entre 37 a 41 semanas; a gestação única; o parto cesáreo; o baixo índice de anomalia congênita, e os índices de peso ao nascer e APGAR de um e cinco minutos após o nascimento satisfatórios, predominantes em todas as microrregiões.

Entretanto, na microrregião de Alfenas, houve o melhor índice do peso ao nascer; na microrregião de Passos, houve maior ocorrência do prematuro e gravidez múltipla. Na microrregião de Pouso Alegre, houve o maior índice de mulheres que possuíam o nível superior, a maior taxa de parto pós-termo, gravidez múltipla e o melhor índice de APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida; Varginha obteve maior população de raça/cor parda.

Este estudo permitiu traçar um perfil sóciodemográfico dos nascimentos da microrregião Sul de Minas Gerais. Os dados obtidos podem orientar as ações dos profissionais de saúde que atuam nessa região no que se refere ao planejamento de ações voltadas para a saúde materno-infantil e auxiliar na implantação de ações que visem amenizar o número alto de cesarianas.

O acesso ao sistema de informação em saúde por meio de dados epidemiológicos fornece instrumentos direcionadores, que facilitam o desenvolvimento de diferentes ações no cotidiano da prática profissional do enfermeiro. É possível, por meio desses dados, refletir, mensurar, investigar e avaliá-los de modo que orientem a tomada de decisões que contribuam não somente para a prevenção de agravos à saúde, mas, principalmente, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Como limitações do estudo, reconhecem-se a importância e as dificuldades para obtenção das informações sobre o número de nascidos vivos, cuja fonte oficial é

o SINASC, pois muitos campos estavam em branco. Além disso, a subnotificação de nascidos vivos reflete a incapacidade de captação desses eventos pelo sistema de saúde. O MS preconiza que a DNV deve ser preenchida por profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (BRASIL, 2011). No entanto, o preenchimento desse documento é feito por uma diversidade de funcionários, o que determina a necessidade de qualificação para a função.

Outro fator que pode estar associado, ao menos em parte, a essa subnotificação, é devida ao fato de os novos modelos da Declaração de Nascido Vivo ter sido introduzidos gradualmente, a partir de 2011, refletindo a mistura dos dois tipos de declarações e a incompletude dos dados.

Há diferenças locais, regionais e estaduais na cobertura e qualidade do SINASC, gerido pelas três esferas de governo. Entretanto, o papel dos gestores municipais na qualificação do SINASC torna-se cada vez mais importante em virtude da progressiva descentralização da gestão desse sistema. Para a contínua melhora do sistema sugere-se a implantação de algumas medidas: supervisão periódica, com vistas a identificar e corrigir possíveis inconsistências dos dados e realizar o treinamento do pessoal responsável pelo preenchimento e processamento da DNV.

Portanto, em nosso estudo procuramos contribuir com as produções que nos chamam para realizar uma reflexão sobre a idade materna no momento do parto, que certamente levarão a novas investigações e debates. Esta questão deverá ser levada em conta por epidemiologistas e administradores de saúde na área materno-infantil, visto que esses indicadores são extremamente úteis para a avaliação de programas na área da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; SCHOEPS, D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC: Uma Avaliação de sua Trajetória. In: **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

ALVES, E.V.G.; CAMPOS, K.F.C.; FONSECA, T.G.; ARAÚJO, A. Estudo dos antecedentes perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. São João Del Rei, v. 3, n. 4, p. 1300-1309, 2014.

BARBIERI, A.; FONSECA, L.M.; CERON, M.I.; FEDOSSE, E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-39, 2012.

BASSO, C.G.; NEVES, E.T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade Neonatal. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-76, 2012.

BISCESKI, A. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 79-88, 2012.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, vol. 20, n.4, 2006.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 09 mar. 2015.

_____. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.651 de 19 de novembro de 2013. **Dispõe sobre a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil. Governo do Estado De Minas Gerais. Secretaria De Estado De Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201651%20-%20Comit%C3%AA%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20mortalidade.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil**. Disponível em: <<http://www.brasil247.com/pt/247/brasil/124656/Gravidez-na-adolesc%C3%AAncia-diminui-diz-IBGE.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Disponível em:

<http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso em: 07 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Coberturas de consultas de pré-natal – F6.**

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama.** Brasília, DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011.** Brasília, DF. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2010a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 09 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2010b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 09 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2010c. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 09 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento De Atenção Básica. 2012.**

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 03. mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 20 de 03 de outubro de 2003. **Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/civs/portaria_20__de_03_outubro.pdf>. Acesso em: 09. Dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p. : il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 10. Dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03. Mar. 2015.

_____. Portaria no. 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. **Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – um pacto pela saúde no Brasil. Diário Oficial da União.** Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/5355-2607.html>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BRITO, V. R. S. et al. Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande – Paraíba. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 27-36, 2010.

BRIZOT, M. L., et al. Malformações fetais em gestação múltipla. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 22, n. 8, p. 511-7, 2000.

CAETANO, L. C.; NETTO, L.; MANDUCA, J. N. L. Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CAPELLI, J. C. S. et al. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 7, p. 2063-2072, 2013.

Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. **Conjunto de Ferramentas para o fortalecimento da Parteira nas Américas.** 3 ed. Montevideu: CLAP/SMR; 2013.

CESAR, J. A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 5. p. 985-99, 2011.

CLEARY-GOLDMAN, J. et al. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. **American Journal of Obstetrics & Gynecology,** v. 105, n. 5, p 983-90, 2005.
COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília: **CNPD,** 1994.

Confederação Nacional dos Municípios – CNM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: Estratégias da Gestão Municipal para Redução da Pobreza no Planeta Até 2015**. Confederação Nacional dos Municípios; Nós Podemos Paraná e Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade – Orbis (elaboração), Brasília: CNM: Pnud, 2008.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em: 20. Nov. 2015.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.613-624, 2009.

COSTA, R. S. Incidência e características dos recém-nascidos de peso insuficiente de uma coorte de neonatos de um hospital público regional de área metropolitana. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 238-244, 2013.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

DIAS JÚNIOR, C. S. Diferenciais no Comportamento Reprodutivo das Mulheres Brasileiras: Uma Análise a partir dos Grupos Ocupacionais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 53, n. 1, p. 233-265, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S101-S116, 2014.

DRUMOND, E.F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, SINASC e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-19, 2009.

FERNANDES, R. A.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

FERRAZ, D. D. et al. Atenção pré-natal segundo indicadores de processo do SISPRENATAL através do programa de humanização do pré-natal e Nascimento. **Revista de Enfermagem Revista**, vol. 16. n. 02, p. 87-97, 2013.

- FIGUEIREDO, M. S. et al. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p.722-8, 2013.
- FONSECA, S. C et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.1991-1998, 2014.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC; 2002.
- FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acessado em: 10. Nov. 2015.
- GABANI, F. L.; SANT'ANNA, F. H. M.; ANDRADE, S. M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 205-213, 2010.
- GABRIEL, G. P. Avaliação das informações das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em Campinas, São Paulo, 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 183-188, 2014.
- GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S117-S127, 2014.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMES, A. G. et al. Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. **Interação em Psicologia**, vol. 12, n. 1, p. 99-106, 2008.
- GOMES, E. M.; FREIRE, J. A. Hábitos de vida e estado nutricional de gestantes. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 2, p. 21-25, 2012.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações Maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v. 40, n. 5, p. 275-9, 2012.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 130-5, 2013.

GRAVENA, A. A. F. et al. Outcomes in late-age pregnancies. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 46, n.1, p. 15-21, 2012.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, 2013.

GUIMARÃES, P. V. et al. Confiabilidade dos dados de uma população de muito baixo peso ao nascer no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2005-2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 694-704, 2012.

HARVILLE, E. W.; MADKOUR, A. S.; XIE, Y. Predictors of Birth Weight and Gestational Age Among Adolescents. **American Journal of Epidemiology**, v. 176 (Suppl), p. S150–S163, 2012.

HENRIQUES, C. et al. Determinantes na transição para a parentalidade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, (Ed. Esp. 2), 63-xx, 2015.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de Pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, vol.20, suppl.2, p. 2 – 9,2005.

HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA JÚNIOR, J. C.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do Registro Civil. **Estatística do Registro Civil**, Rio de Janeiro, v. 37, p.1- 178, 2010.

JAHROMI, B. N.; HUSSEINI, Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. **Taiwan Journal Obstetric and Gynecologic**, v. 47, n. 3, p. 318-21, 2008.

KEFFLER, K. et al. Características sociodemográficas e mortalidade materna em um hospital de referência na cidade de Curitiba – Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 500-5, 2010.

LEITE, F. M. C. et al. A influência das características socioeconômicas no perfil obstétrico de puérperas. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 571-581, 2014. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.11.

- LEITE, F. M. C. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 344-50, 2013.
- LIMA, C. T. et al. Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, v. 19, n. 197, 2014.
- LIMA, E.F.A. et al. Perfil de nascimentos de um município: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 12-18, 2012.
- LUKE, B.; BROWN, M. B. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes within creasing maternal age. **Human Reproduction**, v.22, n.5 p. 1264–1272, 2007.
- LUQUETTI, D. V.; KOIFMAN, R. J. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo Sistema de Informações sobre nascidos Vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1756-1765, 2010.
- MACIEL, E. L. N. et al. Perfil epidemiológico das malformações congênitas no município de Vitória-ES. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.507-18, 2006.
- MARTINS, A. F.; PAULA, P. A. Evaluation of process indicators program for humanization of prenatal and birth. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, Teresina, v. 3, n. 1. p. 39-45, 2014.
- MELO, A.S.O. et al. Determinantes do crescimento fetal e sua repercussão sobre o peso ao nascer. **Femina**, vol. 36 n. 11, p. 683 – 89, 2008.
- MELO, E.C.; MATHIAS, T. A. F. Características das mães e dos recém-nascidos em municípios-sede de regional de saúde no Paraná a partir dos dados do SINASC. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 293-301, 2010.
- MORCILLO, A. M. et al. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 269-75, 2010.
- NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 338-345, 2010.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na Saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: O cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed. 2010.

PADILHA, J. F. et al. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS. 2005-2009. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p.79-87, 2012.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, 2012.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012.

PELAI, E. Perfil social e obstétrico de mulheres avaliadas no puerpério imediato. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. 1, p.09-17, 2013. DOI: 10.5747/cv.2013.v005.n1.v071.

PEREIRA, N. M.; GUIMARÃES, B. N. S.; LANZA, F. M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p.804-819, 2013.

PEREZ NETO, M. I. N.; SEGRE, C. A. M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Einstein**, v. 10, n. 3, p. 271-7, 2012.

PIMENTEL J. O inquérito "Nascer" e a situação dos partos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: **Portal DSS Brasil**. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2015/03/oinqueritonascernobrasileasituacaodospartosnobrasil/>>. Acesso em: 07. Nov. 2015.

PREDEBOM, K. M. et al. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1583-1594, 2010.

PRYSK, M.; LORENZ, R. P.; KISLY, A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. **Obstetrics & Gynecology**. v. 85, p. 65-70, 1995.

R Core Team (2015). **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.

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

RAMOS, J. L. A. M.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Caracterização sociodemográfica e resultados perinatais das gestações com diagnóstico ultrassonográfico de malformação fetal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 4, p. 447-51, 2009.

REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 65-71, 2014.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo in Formação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, 2012.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Escola Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 3, p. 534-542, 2010.

RODRIGUES, L. S. et al. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.2, p.295-304, 2014.

ROECKER, S. et al. A vivência de mães de bebês com malformação. **Escola Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 1, p. 17-26, 2012.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2007.

ROZARIO, S. et al. Série temporal de características maternas e de nascidos vivos em Niterói, RJ. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 137-146, 2013.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 5, p. 224-31, 2008.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n.7, p. 326-34, 2009.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2015.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo: Dez anos do SINASC. **Boletim CEInfo Análise**. São Paulo, v. VI, n. 04, p. 39, 2011.

SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 352-8, 2011.

SBROGGIO, A. M. R. et al. O significado da retirada do útero para as mulheres. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 5, p. 270-4, 2005.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos: Análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos**. 2006. 213f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009.

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 321-5, 2009.

SILVA, J. R. et al. Perfil socioeconômico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, MG. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 16, n. 162, 2011.

SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011.

SILVA, M. S.; ROSA, M. R. Q. P. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. **Revista Interdisciplinar Internacional**, v. 7, n. 2, p. 95-102, 2014.

SPSS 17.0 for Windows. **Statistical Package for Social Science (SPSS)**. Release Version 17.0.1. Chicago (IL): SPSS Incorporation; 2008. Available from: <http://www.spss.com>.

TAKAGI, M. M. et al. Resultados Perinatais em gestantes acima de 35 anos. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas**, São Paulo, v. 55, n. 3, p.108-14, 2010.

VIANA, K. J. et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 349-356, 2013.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S85-S100, 2014.

World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: **World Health Organization**; 2015 (WHO/ RHR/15.02).

ANEXO

ANEXO A -Aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IDADE MATERNA NO MOMENTO DO PARTO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS UTILIZANDO O SINASC

Pesquisador: Clícia Valim Côrtes Gradim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43342415.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.092.303

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, retrospectiva e transversal com o objetivo de se conhecer a idade materna no momento do parto.

Constitui-se na análise de dados do banco de informações do SINASC, como instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada à gestante. A proposta do presente estudo será analisar comparativamente os dados do SINASC no município de Alfenas – MG no período 2002 a 2013 e empregados os indicadores de assistência do próprio programa de acordo com os critérios preestabelecidos. O acesso ao banco de dados do município já foi conseguido mediante autorização da Prefeitura Municipal.

Serão abrangidos pela pesquisa os indicadores das mulheres em idade fértil que estejam sendo mãe nas idades consideradas ideais, que compreendem entre 20 a 29 anos (SCHUPP, 2006; MELO et al., 2008) e a real situação dos indicadores da idade da maternidade entre as mulheres em idade fértil (menor ou igual a 17 anos e superior a 30 anos) no período entre 2003 a 2013, sendo confrontados com as variáveis selecionadas descritas abaixo.

As variáveis socioeconômicas disponíveis na Declaração de Nascido Vivo que foram destacadas neste trabalho são: idade, escolaridade da mãe, situação conjugal, raça e ocupação materna, número de gestação e paridade, número de consultas no pré-natal, idade gestacional e tipo de

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.092.303

parto.

As variáveis do recém-nascido serão: peso ao nascer, APGAR de 1 e 5 minutos e a presença de má formação.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG e a coleta de dados somente será efetivada após a aprovação.

Salientamos que a pesquisa não apresenta nenhum risco as mulheres e será assegurado o anonimato e o sigilo das informações. Não se utilizará Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de análise de banco de dados. No entanto, o sigilo dos dados e das pessoas será mantido.

Nesse sentido, o trabalho tem por objetivo analisar a taxa de fecundidade entre as diversas faixas etárias por meio do SINASC e dessa maneira a análise do banco de dados do município de Alfenas/MG vem nos auxiliar no sentido de verificar como é o comportamento do nascimento, a idade e a paridade de maior frequência e as áreas de maior risco para mortalidade materna e neonatal. Após o levantamento dos dados se pretende realizar o georreferenciamento das variáveis: faixa etária, bairro de moradia e prematuridade e morbidade, através do software Google view. Os dados serão dispostos em uma planilha e a análise dos dados se dará pelo software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), através dos testes Qui-quadrado e Teste exato de Fischer. Esses dados contribuíram para as políticas públicas do município, no sentido de propor novas ações no cuidado da mulher no ciclo grávido puerperal. Assim, verificar-se-á se existe associação do grupo etário materno com as variáveis descritas acima.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a taxa de fecundidade entre as diversas faixas etárias por meio do SINASC.

Objetivo Secundário:

Avaliar as variáveis: idade, endereço, gestação, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, peso do recém-nascido, valor do APGAR de um e cinco minutos após o nascimento e má formação do recém-nascido. Verificar se existe associação com a idade e a condição de nascimento. Traçar geograficamente os bairros em que há maior incidência de mortalidade materna e prematuridade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Salientamos que a pesquisa não apresenta nenhum risco as mulheres e será assegurado o

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.092.303

anonimato e o sigilo das informações. Não se utilizará Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de análise de banco de dados. No entanto, o sigilo dos dados e das pessoas será mantido.

Benefícios: Acredita-se que esse estudo além do cumprimento dos pré-requisitos para a titulação de mestre da discente, trará subsídios para a atuação da secretaria municipal de saúde no sentido de disponibilizar recursos e melhor atendimento para as áreas mais prioritárias, bem como a adoção de novas metas e políticas de saúde que abranjam, incorporem e promova a prevenção e promoção da saúde dessas mulheres, que estão sendo mães nos extremos da vida reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dissertação importante por diagnosticar o perfil de mulheres que estão sendo mães nos extremos da vida reprodutiva, possibilitando assim propor subsídios para a atuação da secretaria municipal de saúde no sentido de disponibilizar recursos e melhor atendimento para as áreas mais prioritárias, bem como a adoção de novas metas e políticas de saúde que abranjam, incorporem e promova a prevenção e promoção da saúde dessas mulheres

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de anuência e folha de rosto presentes.

Cronograma OK

TCLE dispensado OK.

Recomendações:

Recomendo aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.303

ALFENAS, 03 de Junho de 2015

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br