



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS

MILLENA CAVALCANTI MONTEIRO

**CAJAZEIRAS – PARAÍBA
2010**

MILLENA CAVALCANTI MONTEIRO

INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

CAJAZEIRAS - PARAÍBA
2010



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M775i MONTEIRO, Millena Cavalcanti
Influência da idade materna sobre os resultados
perinatais./Millena Cavalcanti Monteiro. Cajazeiras,
2010.
53f.

Orientadora: Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Gravidez
1.Perinatal. 2.Idade materna. 3.Nascidos Vivo.
I. Título.

UFPG/CFP/BS CDU- 618.2

MILLENA CAVALCANTI MONTEIRO

INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
(Orientadora - UFCG)

Prof^ª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Membro - UFCG)

Prof^ª. Esp. Maria Soraia Pereira Franco Adriano
(Membro – ETSC/UFCG)

À minha mãe, fonte da minha existência e maior sinônimo de amor. Porque o calor dos seus braços me guiaram para este momento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte maior de todas as minhas conquistas;

À minha mãe, por ser meu alicerce de vida;

A Guilherme, por todo apoio, estímulo, carinho e amor em todos os momentos;

Aos meus amigos, por aprender que realmente a união faz a força;

À Professora Maria do Carmo, por todo ensino, conselhos, amizade, paciência, confiança e inspiração durante a minha jornada acadêmica;

À Karla, Lynara e Kallyne, por todo aprendizado que construímos juntas;

Ao Dr. Alcides da Silva Diniz, pela orientação estatística deste trabalho;

Às mulheres e crianças que, anonimamente, contribuíram para a realização deste estudo.

“... uma das coisas que aprendi é que se deve viver, apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive, muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para a frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que, insatisfeita, foi a criadora de minha própria vida.”

[Clarice Lispector]

RESUMO

MONTEIRO, Millena Cavalcanti. **Influência da idade materna sobre os resultados perinatais.** Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 53fls.

O aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, é uma realidade. A gestação está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos, que acarretam transformações no organismo materno, e a idade materna isolada já foi questionada em vários estudos como fator predisponente e/ou causador de alterações em resultados perinatais, além da associação entre idade e gestação nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre estarem cercados de mitos e contradições. Dessa forma, objetivou-se identificar a influência da idade materna sobre os resultados perinatais. Analisaram-se as informações contidas nas Declarações de Nascido Vivo relativas ao ano de 2007, na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Foram subdivididos três grupos: mães adolescentes (até 18 anos), mães adultas jovens (19 a 35 anos) e mães adultas (acima de 35 anos). As variáveis estudadas foram: duração da gestação, tipo de parto, número de consultas pré-natais realizadas e peso do recém nascido, sendo todas correlacionadas com a idade materna. Os dados foram analisados e codificados estatisticamente pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), utilizando o teste do qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Em um total de 830 DNV não observou-se significância estatística entre a variável idade materna sobre os resultados perinatais. Houve prevalência de gestações a termo, tipo de parto cesáreo, baixa adesão ao pré-natal e peso ideal de recém nascidos na maioria das mães em estudo. Através desta pesquisa pode-se observar que a idade materna como fator isolado não exerce influência sobre os resultados perinatais, tornando-se necessária a avaliação de outras características comuns em ambas as faixas etárias pesquisadas, tais como níveis sócio- econômicos e sócio- demográficos, a fim de constatar correlações responsáveis, principalmente, pelo alto índice de cesarianas e baixa adesão ao pré-natal no grupo em estudo. Conclui-se, portanto, que em nível local, gestantes adolescentes e adultas possivelmente submetidas às mesmas condições socioeconômicas e de assistência pré-natal apresentarão resultados perinatais semelhantes em ambas as variáveis pesquisadas.

Palavras-chave: Declaração de Nascido Vivo. Idade materna. Resultados perinatais.

ABSTRACT

MONTEIRO, Millena Cavalcanti. **Influence of maternal age on perinatal results.** Conclusion work at Bachelor degree in Nursing. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 53 pages.

The increase in the incidence of pregnancy at extremes of reproductive life before the age of 20 and after 35 years-old, is actual. The gestation is associated with physiological and anatomical adjustments, which carry transformations of maternal organism and, the isolated maternal age has already been queried in several studies as a prevailing factor and/or cause of alterations on perinatal results, besides the association between age and gestation at extremes of women's reproductive life is always surrounded by myths and contradictions. Thus, we aimed at identifying the influence of maternal age on perinatal results. Information contained in Certificate of Live Birth regarding the year 2007, Cajazeiras town, Paraiba were analysed. Three groups were subdivided: adolescent mothers (up to 18 years-old), young adult mothers (from 19 to 35 years-old) and adult mothers (over 35 years-old). The variables studied were: duration of pregnancy, kind of birth, number of antenatal consultations realized and weight of new born, all correlated to maternal age. The data were analyzed and statistically codified by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), using the Chi-square test and a 5% significance level for the rejection of nullity hypothesis has been adopted. In a total of 830 DNV observed there was not statistical significance in the variable maternal age over perinatal results. There was prevalence of gestations at term, Caesarian birth, low adhesion to antenatal and ideal weight of new born among most mothers studied. This research provided the observation that maternal age as an isolated factor does not exert influence on perinatal results, so it becomes necessary the assessment of common characteristics in both age groups researched, such as socioeconomic and sociodemographic levels, aiming at observing the responsible correlations, mainly, because of high rates of Caesarian births and low adhesion to antenatal in the group studied. We conclude that in a local level, pregnant adolescents and adults possibly submitted to the same socioeconomic conditions and antenatal assistance presented similar perinatal results in both the variables researched.

Keywords: Certificate of Live Birth. Maternal age. Perinatal results.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos de acordo com idade materna e duração da gestação	28
Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos segundo idade materna e o tipo de parto ...	30
Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos segundo idade materna e número de consultas pré-natal	31
Tabela 4 – Distribuição dos nascidos vivos segundo idade materna e peso do recém nascido.	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Idade materna e indicadores perinatais.....	14
3.2 Gravidez na adolescência.....	15
3.3 Gravidez na idade adulta.....	17
3.4 Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos.....	18
3.5 A Declaração de Nascido Vivo.....	19
3.5.1 Idade gestacional.....	20
3.5.2 Vias de parto.....	21
3.5.3 A consulta pré-natal.....	22
3.5.4 O peso do recém-nascido.....	23
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Local de Estudo.....	25
4.3 População e amostra.....	25
4.4 Coleta de dados: Instrumento e procedimentos	26
4.5 Posicionamento ético.....	26
4.6 Análise dos dados.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	42
Apêndice A – Termo de compromisso do pesquisador responsável.....	44
Apêndice B – Termo de compromisso do pesquisador participante.....	45
Apêndice C - Instrumento de coleta de dados.....	46
Apêndice D – Previsão orçamentária.....	47
ANEXOS	48
Anexo A – Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, PB.....	50
Anexo B – Declaração de Nascido Vivo.....	51
Anexo C – Declaração de Nascido Vivo atual.....	52
Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	53

1 INTRODUÇÃO

De maneira geral, a gestação está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos, que acarretam transformações no organismo materno, e a idade materna isolada já foi questionada em vários estudos como fator predisponente e/ou causador de alterações em resultados perinatais (CARNIEL, 2006; SANTOS et al., 2009; SILVA e SURITA, 2009).

A gravidez e o parto nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre foram cercados de mitos, marcados por diferenças culturais que consideram a gravidez precoce ou na idade avançada, ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica. Os avanços da medicina tornaram as gestações mais seguras em qualquer época da vida reprodutiva, e aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos ou dominados, baseados em dados com suporte em evidências científicas.

Existe um impacto da idade da mulher sobre os resultados perinatais. Segundo Silva e Surita (2009), as mulheres nos extremos de idade tem, em geral, resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos, e mais elevado em outras situações, como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.

A gravidez na adolescência é considerada em alguns países, sobretudo nos países em desenvolvimento, um problema de saúde pública importante, com suas implicações sociais e biológicas. A gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente, devido ao efetivo controle de natalidade, aos avanços na tecnologia da reprodução assistida, ao casamento adiado, às taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões, mulheres com maior nível de educação e avanços na atenção à saúde (SANTOS et al., 2009).

No grupo de gestantes adolescentes, autores tem relatado maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, segundo Gama (2004). Além dos aspectos biológicos, a saúde desse grupo populacional é também um reflexo nítido das condições sócio-econômicas e assistenciais a que esta população está sujeita.

Azevedo et al. (2002) tem sugerido que os resultados adversos descritos nesta população traduzem mais claramente as condições sociais e de saúde às quais acha-se submetida, que propriamente o *status* adolescente. O autor também considera que primigestas adolescentes, com idade entre 16 e 19 anos e que recebem cuidados pré-natais adequados, não

apresentam risco perinatal aumentado, quando comparadas a mulheres mais velhas, em condições sociais e econômicas similares. Por outro lado, este quadro aparentemente favorável, do ponto de vista obstétrico, não anula as significativas consequências psicológicas e sócio-econômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar.

Muitos estudos descrevem de forma divergente o impacto dos extremos da vida reprodutiva, adolescência e idade avançada nos resultados maternos e perinatais. Estes relatos conflitantes nos motivaram a avaliar os resultados perinatais nestes dois grupos comparando-os com os das mulheres em idade avançada. Dessa forma, procuramos correlacionar estas variáveis, na cidade de Cajazeiras, Paraíba, tendo em vista o constante desenvolvimento local, o atendimento realizado às gestantes em nível municipal e a importância da localização geográfica, pois Cajazeiras é considerado município pólo para as cidades circunvizinhas, com destaque na assistência à saúde.

E na inexistência de estudos desta natureza realizados em nível local, procuramos constatar quais influências podem ocorrer diretamente entre a idade materna e a duração da gestação, o número de consultas pré-natais realizadas pela mãe e o peso do recém-nascido.

A necessidade de realizar esta pesquisa surgiu a partir do desenvolvimento de um estudo anterior, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, vigência 2008/2009, onde pesquisamos a associação estatística entre características sócio-demográficas e idade materna, e influências sobre o concepto. Para um maior aprofundamento no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, procuramos desenvolver esta pesquisa a fim de conhecermos amplamente mais fatores que podem influenciar diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil, a partir da associação com a idade materna.

Para uma pesquisa embasada nas ações do Ministério da Saúde do Brasil, optamos por fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento padrão do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que abriu a possibilidade da obtenção de informações mais fidedignas e completas, além de permitir um retrato da situação de nascimentos em curtos intervalos de tempo, e informações precisas, completas e oportunas de natureza epidemiológica, representando insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente em países e regiões de ampla desigualdade sócio-econômica.

Considerando que o Sistema de Informação de Nascidos Vivos, através da DNV é uma importante fonte de informação para estatísticas vitais, esta pesquisa se tornará ferramenta de assistência, posto que irá permitir o conhecimento acerca da influência da idade materna e resultados perinatais de mães adolescentes e das mães na fase adulta, na cidade de Cajazeiras.

Desta forma, seus achados poderão ser utilizados para maior entendimento de indicadores de saúde a nível local, e subsidiar o planejamento de ações mais adequadas aos problemas de saúde enfrentados pela população investigada.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar a influência da idade materna sobre os resultados perinatais, a partir da Declaração de Nascido Vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba, em 2007.

2.2 Específicos:

- Correlacionar a distribuição dos nascidos vivos de acordo com a idade materna e duração da gestação;
- Verificar a distribuição dos nascidos vivos segundo a idade materna o tipo de parto;
- Constatar a distribuição dos nascidos vivos segundo a idade materna e o número de consultas pré-natal;
- Averiguar a distribuição dos nascidos vivos de acordo com a idade materna e o peso ao nascimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

3.1 Idade materna e indicadores perinatais

Os dados disponíveis sobre a gestação nos extremos de vida reprodutiva são inconclusivos e continuam sendo largamente discutidos na literatura. Mulheres muito jovens e com idade avançada para a gestação são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações de gravidez, parto e perinatais. Segundo o IBGE (2010), no Brasil, os números de gestações segundo faixa etária mostram grande variedade, conforme as regiões do país e extrato social. Para as mais jovens, as taxas mostram-se maiores nas regiões Norte e Nordeste (maior que 20%, às vezes superiores a 30%) e menores nas regiões Sul e Sudeste (em torno de 15%).

Estes números acompanham as figuras sociodemográficas em todos os países, a depender do nível econômico e educacional. No outro extremo, os nascimentos de mulheres com mais de 35 anos tem aumentado de forma consistente, tendência observada principalmente nos países industrializados. As mudanças nos hábitos e na expectativa de vida da mulher estimulam a postergação do momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após serem atingidos outros objetivos de vida, pessoais e profissionais. *Agrega-se a este panorama o advento de técnicas de reprodução assistida, que permitem resultados de gravidez com taxas de sucesso significativas, mesmo em idades consideradas muito avançadas, em oposição aos processos naturais do ciclo reprodutivo (PINTO e SILVA e BAHAMONDES, 2005).*

Define-se gestação tardia aquela que ocorre após os 35 anos de idade. As mulheres que engravidam mais tardiamente, em grande parte dos casos, apresentam ótimo estado de saúde, gestações planejadas e desejadas, muitas vezes de reprodução assistida, não raro pela redução de fertilidade que a idade representa. Entre as gestantes tardias estão também aquelas que foram mães mais cedo e agora são multíparas, com ou sem comorbidades associadas, e que se tornam um contingente vulnerável a merecer atenção especializada. (SILVA e SURITA, 2009).

Segundo Silva e Surita (2009), as adolescentes vêm apresentando idade de menarca cada vez mais precoce, início mais cedo de relações sexuais e, conseqüentemente, gravidezes mais jovens. Além dessas características, os autores afirmam que as adolescentes têm apresentado maiores índices de gravidez, enquanto outras mulheres em idade reprodutiva, como as de idade mais avançada têm apresentado taxas de fertilidade cada vez menores.

Para analisar alguns fatores que podem influenciar na qualidade de vida de mulheres e crianças, podemos destacar questões que são constantemente estudadas na literatura atual, a fim de medir a associação entre a idade materna e condições perinatais, a começar pela gravidez na adolescência.

3.2 Gravidez na adolescência

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS - PARAIBA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência corresponde ao período da vida situado entre 10 e 19 anos. Estima-se que haja atualmente mais de 1 bilhão de pessoas nessa faixa etária, o que representa quase 20% da população mundial, e que no Brasil, há cerca de 32 milhões de jovens de ambos os sexos entre 10 e 19 anos (TAVARES, FERRARI e SOLER, 2006).

Hercowitz (2002) afirma que a adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à identidade adulta, determinando sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social.

Na adolescência o indivíduo passa por transformações sexuais, chegando à maturidade sexual, culminando com a capacidade reprodutiva. Contudo, muitas vezes, ele fica exposto aos riscos e perigos pertinentes a esta fase da vida. A falta de uma orientação sexual tanto na escola, como também, e principalmente na família, leva o adolescente à desinformação, e, conseqüentemente, ao perigo (XIMENES NETO et al., 2007). Os autores afirmam que dessa forma, o adolescente descobre nesta fase o sexo, e faltam orientações que façam com que este adolescente possa compreender sua sexualidade, aceitar seu novo corpo e, posteriormente, saber prevenir-se de situações que possam vir a comprometer seus projetos de vida, como a maternidade e a paternidade sem planejamento, situações que causam grande impacto social.

A gravidez na adolescência é acompanhada de várias alterações que atingem o indivíduo como um todo. Estas variam entre características biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além de jurídico-sociais.

Campos (2000) relata que a gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma baixa autoestima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja autoestima é baixa, com rendimento escolar deficiente, permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria,

reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém. Para o autor, a facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada.

Para Gama (2004) a utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade, sendo a posse do contraceptivo a prova formal de vida sexual ativa.

Ximenes Neto et al. (2007) consideram que devido à relevância para a saúde pública, a gravidez na adolescência possui um risco social que merece destaque principalmente pelos problemas que dela derivam, como o abandono escolar, os riscos durante a gravidez, muitas vezes advindos da não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Ressaltam, também, que essa situação pode acarretar conflitos familiares, que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão, entre outros fatores, desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, à discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da mulher adolescente.

No que diz respeito ao recém-nascido, a mortalidade infantil tem sido relatada como o principal fator conseqüente da gravidez na adolescência. Apesar dos vários avanços nos diagnósticos pré-natais, a prematuridade e o baixo peso ao nascer permanecem como as principais causas de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida (GAMA, 2004).

Algumas das principais complicações obstétricas podem ocorrer em maior intensidade nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Podemos citar anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, e complicações puerperais. Existem riscos, tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam a longo prazo, nos filhos de adolescentes (FORESTI, 2001).

Entretanto, conforme Vitalle (2001), a adolescência não influencia na ocorrência de baixo peso, porém aumenta em 1,3 vezes o risco de ocorrência de prematuridade. Segundo o autor, pode-se responsabilizar a inadequada condição econômica como o fator de risco mais importante na determinação de prematuridade e baixo peso, pois, controladas as demais variáveis (idade materna, tabagismo, cuidado pré-natal) encontrou-se o risco aumentado de

1,8 vezes de prematuridade e 2,1 vezes de baixo peso ao nascimento quando a parturiente provinha do baixo nível econômico.

Percebe-se, então, que a gestação no início da vida reprodutiva é fator relevante para estudos e pesquisas, uma vez que a gravidez, assim como o parto e a maternidade são eventos peculiares que, acontecendo nesta fase da vida podem trazer consequências para a saúde física, para o aspecto econômico e emocional, indo sobre a mãe adolescente e seu conceito (TAVARES, FERRARI e SOLER, 2006).

3.3 Gravidez na idade adulta

Foram poucos os estudos nacionais que abordaram as gestações após os 35 anos. Laurenti e Buchalla (1985) demonstraram que pode existir aumento da mortalidade perinatal em crianças com baixo peso ao nascer e que são filhos de mães nos extremos da idade reprodutiva, assim como em mulheres que faziam uso mais de 10 cigarros/dia. Halpern et al. (1996) relataram possível correlação de baixo peso ao nascer e prematuridade durante a gravidez em gestantes com 20 anos ou menos, porém sem relato de índices maiores em gestantes tardias. Azevedo et al. (2002) verificaram que há tendência para índices maiores de prematuridade e de baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva, e que nas gestantes com 35 anos ou mais predominou a macrossomia, mas não evidenciaram aumento no número de cesáreas nos extremos de idade, pelo grande número de partos domiciliares nesta população estudada.

De acordo com o Censo 2000, à medida que aumentam os anos de estudo, o padrão da fecundidade torna-se mais tardio (IBGE, 2003). Dados de nascimentos nos Estados Unidos mostram que, entre 1990 e 2001, as taxas para mulheres maiores que 35 anos apresentaram esta tendência de aumento, ao contrário das outras faixas etárias (CARNIEL, 2006).

As informações sobre os riscos associados à idade avançada são inconsistentes e conflitantes, devido a outras variáveis, como: paridade e doenças preexistentes, que prejudicam a avaliação de riscos associados à idade materna, isoladamente (ANDRADE et al., 2004). Os riscos são elevados mesmo para uma mulher saudável, sobretudo em relação à prematuridade e ao aumento na frequência de cesárea. Existe um conceito geral acerca de um maior risco obstétrico, que seria decorrente da frequência aumentada de doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e miomas, que acarretam riscos potenciais à gravidez (AZEVEDO et al., 2002). Nesse grupo de gestantes, também são observadas aumento de complicações obstétricas, como trabalho de parto pré-termo,

hemorragia anteparto, hipertensão induzida pela gestação, apresentações anômalas, distócias, gestação prolongada, oligoidramnia, polidramnia e ruptura prematura de membranas (ANDRADE et al., 2004).

A presença de condições patológicas entre gestantes com mais de 35 anos faz com que esse grupo seja hospitalizado durante a gravidez três a quatro vezes mais que em outras faixas de idade, sendo a hipertensão arterial (HA) a complicação clínica mais comum na gestação dessas mulheres. A HA também está associada com resultados maternos e perinatais diversos e está entre as principais causas de morte materna no Brasil. O risco de diabetes também pode aumentar com a idade, chegando a ser seis vezes maior entre as mulheres com mais de 40 anos. O risco de mortalidade perinatal, e principalmente de óbito fetal, cresce com o aumento da idade materna e tem uma ascensão mais acentuada nas últimas semanas de gestação, muitas vezes levando à morte intrauterina de fetos viáveis, sem que se consiga o diagnóstico preciso do fator causal (SANTOS et al., 2009).

Algumas complicações obstétricas, como placenta prévia e descolamento prematuro da placenta, também são mais frequentes entre as gestações tardias. Entretanto, quando são controladas a paridade e a HA, o risco de descolamento prematuro de placenta desaparece, pois a placenta prévia tem risco independente relacionado à idade materna. Nulíparas com mais de 40 anos têm risco dez vezes maior que nulíparas entre 20 e 30 anos para placenta prévia (ANDRADE et al., 2004).

Senesi et al., (2004) apontam que o risco para as mulheres de faixa etária avançada são minimizados por uma boa assistência obstétrica e perinatal, tendo em vista que a qualidade do atendimento obstétrico é fator primordial na prevenção dos problemas perinatais, independente da faixa etária das mulheres grávidas.

3.4 O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

Baseado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em vigor desde 1976, o SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos, foi criado a partir da necessidade da implantação de um sistema de informação confiável, cujos dados fossem colhidos diretamente no local onde ocorreu o nascimento (hospitais ou outras instituições de saúde) ou informados pelo cartório, nos casos de partos domiciliares, a exemplo de sistemas já implantados em outros países e de algumas experiências nacionais. Assim, a partir de março de 1990, este sistema foi oficialmente implantado no país, inicialmente nas capitais, estendendo-se, posteriormente, para os outros municípios da federação (MELLO JORGE et al., 1992).

Nessa mesma época, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 13 de julho de 1990) estabeleceu que:

os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos ou particulares, são obrigados a: fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato (Art. 10, p.9)

com o objetivo de, juntamente com outras medidas, garantir à criança proteção à vida e à saúde (BRASIL, 1990). Elaborou-se um documento básico para a coleta de dados, a Declaração de Nascido Vivo (DNV), impressa em papel carbonado em três vias de cores diferentes (primeira via – branca, segunda via – amarela e terceira via – rosa), numeradas previamente, emitida pelo Ministério da Saúde. O preenchimento deve ser feito no local onde ocorreu o nascimento ou, para partos domiciliares, pelo cartório onde a criança foi registrada. No caso de gestações múltiplas, deve haver uma DNV para cada uma das crianças. A declaração deve ser preenchida para todas as crianças nascidas no país, a partir do conceito de nascido vivo da Organização Mundial da Saúde (OMS):

todo produto da concepção que, independente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta. (BRASIL, 2001, p.24).

3.5 A Declaração de Nascido Vivo

A Declaração de Nascido Vivo – DNV, inicialmente, foi configurada em oito blocos, contendo informações sobre a identificação do nascimento, do cartório, do local de ocorrência, do recém-nascido, da gestação e do parto, da mãe, do pai e do responsável pelo preenchimento (ANEXO B). A partir de 1999 a DNV foi modificada, com inclusão ou alterações de variáveis, de tal forma que se adequasse à realidade epidemiológica atual e possibilitasse a coleta de outras informações também importantes para o conhecimento das características deste grupo específico da população, tais como variáveis referentes às informações do cartório, local de ocorrência do parto, dados da mãe, dados da gestação e parto, do recém-nascido, identificação da mãe e da criança e informações sobre o responsável pelo preenchimento (ANEXO C) (BRASIL, 2001).

Estabeleceu-se um fluxo para esses documentos de tal forma que, após o preenchimento, a primeira via (branca) deve permanecer na instituição onde ocorreu o parto,

até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema. A segunda via (amarela) deve ser entregue aos familiares para fins de registro civil, e o cartório deve guardá-la para seus procedimentos legais. A terceira via (rosa) deve ser arquivada no estabelecimento onde ocorreu o parto ou utilizada para a localização de puérperas e recém-nascidos, visando ao planejamento de ações específicas de saúde. Nos partos domiciliares, a DNV deve ser preenchida em estabelecimentos de saúde ou em cartórios. A via branca será encaminhada à Secretaria de Saúde para processamento, a amarela será retida no cartório e a via de cor rosa ficará com a família para ser apresentada na Unidade de Saúde na primeira consulta médica do recém-nascido (BRASIL, 2001).

Considerando o objetivo desta pesquisa, dentre as variáveis contidas na DNV, daremos destaque às quatro variáveis que serão utilizadas nesta pesquisa: idade gestacional, vias de parto, a consulta pré-natal e o peso do recém-nascido (RN).

3.5.1 Idade gestacional

A idade gestacional (IG) é uma variável contida na Declaração de Nascido Vivo que merece muita atenção. É considerada uma das variáveis mais estudadas na epidemiologia perinatal. De acordo com Gomes (2001), a maioria das crianças de alto risco nasce antes da data provável do parto. A incidência de complicações neonatais é mais alta no RN pré-termo; além disso, a prematuridade é geralmente aceita como principal fator isolado na taxa de mortalidade infantil.

Kilsztajn et al. (2002) propõem que, a hipótese de que o parto pré-termo nas adolescentes poderia ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres, visando assegurar melhor prognóstico a fetos menores, uma vez que nenhuma diferença significativa na morbimortalidade perinatal foi demonstrada.

No estudo de Silveira et al. (2008) foi constatado que entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estavam associadas à prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. Esse dado reflete o quanto a prematuridade é decisiva nos óbitos infantis e, portanto, deve ter seu controle e manejo adequado a intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade.

No estudo de Rades, Bittar e Zugaib (2009) consta que apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes

neonatais. Porém, a morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas.

O nascimento prematuro pode significar riscos para o aprendizado escolar através de alterações cognitivas e comportamentais, particularmente por distúrbios perceptivos, da atenção e hiperatividade. Méio et al. (2004) demonstraram que os prematuros apresentam escores cognitivos inferiores aos de controles a termo, correlacionados ao peso de nascimento e à idade gestacional. Para os autores, de acordo com as alterações cognitivas, em geral, são observadas mais tardiamente e se agrupam em problemas evolutivos e de má organização, que afetam especialmente funções cognitivas, como memória e/ou linguagem, podendo estar associadas a instabilidades psicomotoras.

3.5.2 Vias de parto

A cesárea é um procedimento cirúrgico desenvolvido com o objetivo de salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É um recurso que pode ser utilizado quando houver algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Como todo procedimento cirúrgico, *a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal* (BARBOSA, et al., 2003, p.1615).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender às indicações médicas de cesáreas, seria necessária uma incidência de cesariana em torno de 15%. Possivelmente esse índice seja mais elevado em centros que dão assistência às gestações de alto risco. Contudo, a OMS relata que tem havido aumento da incidência de cesariana em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento como na América Latina, onde cerca de 800 mil cesarianas desnecessárias são realizadas anualmente.

Segundo Silva e Surita (2009), a via de parto, levando-se em consideração a idade materna, sempre foi uma questão polêmica, baseada em algumas características do preconceito de que as adolescentes não estivessem “prontas” para dar à luz por parto vaginal, com bacias e musculatura uterina imaturas para a parturição e por despreparo emocional. Entretanto, os autores afirmam que os dados da literatura mostram exatamente o contrário, que o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto.

As taxas de cesariana vão aumentando com o avançar da idade materna. Entre as mulheres acima de 35 anos, existem dois grupos distintos: aquelas que iniciaram a vida reprodutiva mais tarde e planejam a gestação; e o das multíparas com taxas anteriores elevadas de parto vaginal. Nesse grupo estão também as mulheres com cesariana iterativa, pós-datismo, macrosomia fetal, acretismo placentário, e outras comorbidades que elevam a incidência de complicações e de partos operatórios.

A maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser rejeitada quando não há indicação médica, porque implica maior risco de complicações para mãe e filho. Neiva (1981) afirma que a mulher tem o direito de decidir qual a via de parto de sua preferência, e ao médico caberia apenas aceitar a decisão de sua paciente. Todavia, Faúndesa et al. (2003) afirmam que outros dão preferência ao parto cesáreo em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica.

Entretanto, a cesariana aumenta a morbi-mortalidade materna e do recém-nascido, bem como os custos de saúde quando comparada ao parto. Por outro lado, a cesárea, em gestações de alto risco, é procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminui consideravelmente a mortalidade materno-infantil (VICTORA, 2001).

3.5.3 A consulta pré-natal

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades materna e perinatal, têm motivado o surgimento de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal.

O cuidado pré-natal compreende um conjunto de atividades no transcurso da gravidez que requerem tempo e outros investimentos, tanto por parte da mulher, como de profissionais e de organizações que se dedicam à oferta desse cuidado. A atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública (SILVEIRA e SANTOS, 2004).

Os coeficientes de mortalidade materno-infantis são influenciados pela assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos orgânicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Todavia, cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de

medidas relativamente simples, visando a melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde (BEMFAM, 1997).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. As desigualdades no uso desta assistência ainda persistem. O percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal é alto. Há também grande diferença na cobertura, segundo regiões geográficas. O controle pré-natal, segundo recomendações de organismos oficiais de saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas.

O parâmetro de número mínimo de consultas recomendado pelo *American College of Gynecology and Obstetrics* (ACOG), varia entre onze e 14 consultas. Porém, a Organização Mundial de Saúde tem discutido recentemente se o número de consultas recomendado pelo ACOG não é exagerado, pois alguns estudos têm mostrado que não há diferença significativa nos resultados perinatais com a redução do número de visitas durante o pré-natal (RODRIGUES FILHO, COSTA e IENO, 1994; SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001). O Ministério da Saúde (Brasil, 1988) recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, e deve ter início precoce, até o quarto mês de gestação. O intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar oito semanas.

A atenção pré-natal deve ter como objetivo o ingresso precoce, a periodicidade dos atendimentos e a captação das gestantes. A primeira visita pré-natal, bem como a continuidade das visitas antenatais são referidos como possíveis elementos contribuintes na diminuição das taxas de morbimortalidade perinatal. Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006).

3.5.4 O peso do recém-nascido

O baixo peso ao nascer (BPN), definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o peso de nascimento inferior a 2.500 gramas, constitui uma preocupação para a saúde pública. Pode ser decorrente da prematuridade, do retardo de crescimento intrauterino ou da combinação de ambos. As condições de saúde de recém-nascidos podem ser analisadas segundo vários parâmetros, entre eles, o seu peso ao nascer. Essa medida é função da massa

corpórea, cuja constituição é o resultado de um processo complexo para o qual concorrem inúmeros fatores de origem biológica, social e econômica. São encontrados inúmeros estudos sobre fatores potencialmente determinantes do peso ao nascer, como o sexo do recém-nascido, sua etnia, o peso e as estaturas materna e paterna, a idade, a situação socioeconômica e a escolaridade materna, os nascimentos múltiplos, a duração da gestação, a paridade, o intervalo interpartal, a história obstétrica anterior, cuidados pré-natais, o ganho de peso e a morbidade materna durante a gravidez.

Supõe-se que o estudo do peso ao nascer consiga mostrar evidências da atuação de fatores de natureza diversa sobre o recém-nascido, como por exemplo, crianças derivadas de populações com níveis sociais distintos podem demonstrar características incomuns, podendo ser considerado um bom indicador de qualidade de vida.

Nascimento (2005) cita que dentre os diversos fatores de risco já pesquisados para a ocorrência de baixo peso ao nascer, destacam-se a idade materna, o nível educacional, o estado marital, o ganho de peso na gestação, a paridade e o relato de fumo.

O menor crescimento e o menor desenvolvimento infantil ocasionam maior demanda por serviços de saúde e podem comprometer a escolarização da criança (LEAL, GAMA e CUNHA, 2005). Os autores apontam que, no Brasil, a prevalência de Baixo Peso ao Nascer - BPN foi, em média, 8% no ano de 2002, ao passo que essa taxa foi de 5% nos países desenvolvidos. Diversos fatores decorrentes da carência socioeconômica e/ou de uma inadequada assistência à saúde podem estar envolvidos.

O BPN decorre de fatores relacionados ao feto, ao meio, à gestante e à atenção de saúde. Em relação ao feto, BPN pode ser propiciado por síndromes e doenças genéticas. O meio pode interferir através de poluição, irradiação, carência de recursos nutricionais e condições habitacionais e de saneamento que propiciam as infecções. Os fatores maternos podem ocasionar o BPN por meio de deficiências nutricionais, doenças gestacionais ou não, biótipo, entre outros (ENES, 2007).

É contraditória a influência da idade materna na duração da gestação e no peso ao nascer. Mães adolescentes têm apresentado características que as consideram de maior risco para resultados desfavoráveis no peso ao nascer e idade gestacional. No entanto, sugere-se que esta não seja uma causa direta ou determinante independente (SANTOS, MARTINS e SOUSA, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de natureza exploratória do tipo documental.

A pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde de uma população definida e na quantificação destes eventos (GRIEP, 2010, p.3).

As pesquisas da natureza exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores(...). Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos. (GIL, 1999, p. 44).

Segundo Rampazzo (2004), a pesquisa é chamada documental porque procura os documentos de fonte primária, provenientes de órgãos que realizaram as ações, e é importante não porque responde definitivamente a um problema, mas porque proporciona uma melhor visão do problema pesquisado.

4.2 Local do estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optamos pelo município de Cajazeiras, por se tratar de uma cidade pólo para as cidades circunvizinhas e prestar assistência às gestantes e puérperas através da Maternidade municipal.

Cajazeiras se destaca pela quantidade de partos realizados ao ano (uma média de 3 partos/dia em 2007), oferecendo uma ampla amostra de dados e grandes condições para uma análise detalhada e eficaz para a concretização dos objetivos propostos.

4.3 População e amostra

Esta pesquisa teve início com a coleta de dados da população a partir das Declarações de Nascido Vivo do ano 2007 na cidade de Cajazeiras, Paraíba, através das fichas de primeira via (cor branca) da Declaração de Nascido Vivo, arquivadas na Secretaria de Saúde do município. Foram incluídos como amostra desta pesquisa, os dados das 830 DNV encontradas nos arquivos pesquisados, correspondentes aos nascimentos que ocorreram no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007.

4.4 Coleta de dados: Instrumento e procedimentos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi definido como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (ANEXO C).

A Declaração de Nascido Vivo atual é composta por sete blocos de variáveis e 41 campos de preenchimento obrigatório para definição do perfil da mãe e do recém-nascido. Cada bloco é responsável por uma compartimentalização dos dados, sendo assim divididos: Bloco I – Cartório; Bloco II – Local de ocorrência; Bloco III – Mãe; Bloco IV – Gestação e parto; Bloco V – Recém-nascido; Bloco VI – Identificação e Bloco VII – Responsável pelo preenchimento.

Após o conhecimento acerca dos dados que envolvem a Declaração de Nascido Vivo e sua importância para alcançar os objetivos propostos, utilizamos um roteiro estruturado para a coleta de dados inerentes à pesquisa (APÊNDICE C). Este roteiro contemplou itens que permitiram caracterizar os dados utilizados nesta pesquisa como: idade da mãe, duração da gestação, tipo de parto, número de consultas pré-natal realizadas durante a gestação e peso do recém-nascido.

A coleta de dados ocorreu na Secretaria de Saúde do município de Cajazeiras, onde a primeira via da Declaração de Nascido Vivo é arquivada e permanece até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais competentes.

Para uma análise mais específica, caracterizamos os dados em três grupos, para os quais o critério utilizado foi a faixa etária: até 18 anos (consideradas mães adolescentes), 19 a 35 anos (mães adultas jovens) e acima de 35 anos (mães adultas). Estas faixas etárias foram correlacionadas estatisticamente com dados da mãe referentes à duração da gestação (consideradas pré-termo aquelas com duração da gestação menor que 37 semanas e a termo aquelas com duração entre 37 a 41,6 semanas), tipo de parto (se vaginal ou cesárea), número de consultas pré-natal (< 7 consultas e 7 e mais), e peso do recém-nascido (classificado como menor que 2.500, de 2.500 a 3.999 e acima de 4.000, considerados em gramas).

4.5 Posicionamento ético

Primeiramente, foi solicitado à Comissão de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, a permissão para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Na condução da referida pesquisa foram considerados os aspectos éticos básicos para as

pesquisas envolvendo seres humanos, que são os princípios da beneficência, do respeito à dignidade e da justiça, preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Diante disso, o projeto desta pesquisa respeitou os requisitos da resolução supracitada, no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DN relativas às mães que compuseram o estudo.

Em maio de 2010, foi feita a visita à Direção da IX Gerência Regional de Saúde, onde a pesquisa foi realizada, para comunicar à Senhora Secretária Municipal de Saúde desta unidade, o interesse em desenvolver esta pesquisa, o qual foi formalizado através de uma solicitação por escrito, devidamente esclarecida e assinada (ANEXO A), para que fosse possível ter acesso ao arquivo de Declarações de Nascimento Vivo.

Após autorização e aprovação para desenvolvimento desta pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB (ANEXO D), demos início à transcrição dos dados para o roteiro de pesquisa durante o mês de junho de 2010, através da pesquisadora. À medida que os dados foram coletados, também se organizou e arquivou-se em pastas com a classificação segundo idade materna.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados, na Secretaria de Saúde da cidade de Cajazeiras, foram analisados a partir de uma abordagem quantitativa. Uma razão para a pesquisa ser quantitativa foi descobrir quantas pessoas desta determinada população compartilhavam uma característica ou um grupo de características. Esta análise quantitativa apresenta os dados em percentuais.

Para obtenção dos objetivos propostos, enumerou-se e codificou-se os instrumentos de coletas de dados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para o estudo da correlação entre as variáveis, utilizamos o teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Com base nesta análise estatística, elaboramos as tabelas contendo números absolutos e percentuais, e discutiu-se à luz da literatura pertinente à temática abordada.

Convém destacar que esta análise quantitativa foi embasada em constantes leituras e releituras de todo o material bibliográfico levantado para esta pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na Tabela 1, verifica-se a duração da gestação de mães conforme a idade. Apesar do avançado suporte neonatal, a prematuridade permanece como uma das principais causas de mortalidade e morbidade perinatal. O parto pré-termo pode ocorrer devido ao trabalho de parto pré-termo biológico ou por intervenção médica, possivelmente advinda de outras complicações na gravidez (SANTOS et al., 2009). Estas duas causas têm diferentes fisiopatologias e abordagens terapêuticas. Foi proposta a hipótese de que o parto pré-termo nas adolescentes poderia ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres, visando assegurar melhor prognóstico a fetos menores. Entretanto, nenhuma diferença significativa na morbidade perinatal foi demonstrada (AZEVEDO, 2002). Para mulheres mais velhas, a maior probabilidade de complicações na gravidez aumentaria o risco de nascimento pré-termo, mas não está claro se o risco de prematuridade espontânea é aumentado nestas mulheres.

Tabela 1 - Distribuição dos nascidos vivos de acordo com idade materna e duração da gestação.

Idade materna	n		Duração da gestação				p
			Pré-termo		A termo		
	n	%	n	%	n	%	
Até 18 anos	119	14,5	5	0,6	114	13,9	0,201
19 a 35 anos	643	78,6	14	1,8	629	76,8	
>de 35 anos	56	6,8	3	0,4	53	6,4	
Total	818*	100	22	2,9	796	97,1	

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Foram excluídas as DNV sem informação.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

Conforme os dados da Tabela 1, podemos encontrar características comuns ao nascimento de filhos de mães adolescentes e adultas. Em ambas as faixas etárias pesquisadas houve predominância de gestações a termo (compreendida entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias), representando 97,1 % dos casos. Estatisticamente, não se comprova que a idade exerça influência sobre a duração da gestação ($p=0,201$), constituindo-se variáveis independentes.

Na presente pesquisa, detectamos que a frequência de registro apresentou pequenas falhas, pois não havia informações em 12 DNV. Na prática, um mesmo RN pode ter várias maneiras de ser avaliado quanto ao tempo gestacional, e essas diversas maneiras podem levar à formação de falsos indicadores que utilizam esta medida no preenchimento da DNV. (GOMES, 2001).

Para Moraes e Reichenheim (2000), o exame clínico do RN logo após seu nascimento, em algumas situações, é o único meio disponível, tanto para pediatras, como para pesquisadores na área de saúde perinatal, para medir a IG. A falta de acesso ao pré-natal, ou seu início tardio por grande parte das mulheres brasileiras, impossibilita a realização da USG nos períodos gestacionais de maior capacidade diagnóstica deste método. Além disso, a data da última menstruação - DUM é desconhecida em algumas situações. Nessas circunstâncias, a utilização do exame clínico do recém-nascido apresenta-se como a única estratégia para estimar a IG da criança.

Em gestações de alto risco, frequentemente, complicações clínicas ou obstétricas estão presentes. Nessas situações, algumas particularidades dificultam a possibilidade de se obter o parto por via vaginal. A prematuridade, por exemplo, que esteve presente em 2,9% dos casos no presente estudo, dificulta a indução do trabalho de parto, principalmente quando não se observa maturação do colo uterino, influenciando no aumento da proporção de cesáreas. Da mesma forma, a presença de cicatriz uterina é situação contra-indicada na indução do trabalho de parto. Assim sendo, cesárea iterativa, quando a paciente apresenta duas ou mais cesáreas anteriores, torna-se situação cada vez mais frequente no Brasil (NOMURA et al., 2004).

Os dados demonstrados, na Tabela 2, informam que, em relação à idade materna, observou-se menor percentual entre as pacientes que evoluíram para parto vaginal (42,5%). Yazlle et al. (2002) encontraram que a ocorrência de anormalidades clínicas é diretamente proporcional à idade materna, influenciando, muitas vezes, o aumento na incidência de cesarianas. Os autores relatam a influência da idade materna na incidência de intercorrências clínicas como hipertensão arterial crônica e diabetes e, descrevem também, aumento importante da taxa de cesárea em nulíparas com idade superior a 35 anos. Algumas condições maternas associadas ao possível comprometimento fetal costumam ser mais frequentes e mais graves nesta faixa etária e, portanto, podem elevar o número de cesáreas por indicação fetal. As distócias ocorridas durante o trabalho de parto também possuem tendência a ocorrer mais vezes entre as gestantes com idade avançada e são parcialmente responsáveis por maior número de cesáreas (ANDRADE, 2004), além da análise da incidência de complicações

maternas relacionadas à cesárea mostrar, nesse mesmo estudo, em valores absolutos, maior número de complicações relacionados a este procedimento.

Tabela 2 - Distribuição dos nascidos vivos segundo idade materna e tipo de parto.

Idade materna	n	%	Tipo de parto						p
			Vaginal		Cesáreo		Ignorado		
			n	%	n	%	n	%	
Até 18 anos	122	14,7	58	7	63	7,6	1	0,1	0,345
19 a 35 anos	652	78,6	277	33,3	372	44,8	3	0,4	
> de 35 anos	56	6,7	18	2,2	38	4,6	0	-	
Total	830	100	353	42,5	473	57,0	4	0,5	

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

Na presente pesquisa não se constatou associação significativa quanto à via de parto e idade materna nos dados aqui relatados ($p=0,345$). Como não há informação na DNV a respeito da opção pela cesárea, não há como caracterizar se a ação foi realizada por necessidade obstétrica ou apenas eletiva.

Esse estudo mostrou que, assim como em outras localidades do país, a ocorrência de cesariana (57%) em Cajazeiras, em 2007, está muito além do recomendado por órgãos nacionais e internacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender as indicações médicas de interrupção operatória da gravidez, seria necessária uma incidência de cesariana em torno de 15%. A análise dos fatores de risco sugerem que sua indicação pareceu não se basear somente em normas técnicas, mas em diversas razões como as apontadas em outros estudos, tais como crença de que este tipo de parto é um procedimento seguro, sem sofrimento e com maior conforto para a mãe; noção de que esta intervenção representa assistência de melhor qualidade, por maior conveniência médica; pela possibilidade de laqueadura; por desinformação e falta de participação das mulheres nas decisões relacionadas à gravidez; por falta de comunicação entre médico e paciente, dentre outros (BARBOSA et al., 2003; CAMANO, 2002).

Cabe ressaltar que, embora haja a ideia de que as mulheres tenham preferência pelo parto cesáreo, por receio da dor do parto vaginal, por razões estéticas ou por temor de prejuízo na vida sexual, vários autores mostraram que o parto vaginal é esperado pela maioria das

gestantes, tanto as usuárias do SUS quanto as dos serviços privados (BARBOSA, et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2002).

A opção pelo parto vaginal é justificada por elas pela recuperação pós-parto mais rápida, pelo medo do parto cesáreo e pela dor provocada pela incisão cirúrgica. Aquelas que referiram desejar a cesariana foi pela possibilidade de esterilização, em situações concretas de dor, ou por medo da reação dos profissionais às suas queixas durante o trabalho de parto (HOTIMSKY, 2002). Foi observado também que muitas dessas mulheres desconheciam o motivo da indicação da cesariana, sugerindo que há indução médica para a realização do parto cirúrgico (OLIVEIRA et al., 2002; MORAES, 2002).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal (SILVEIRA e SANTOS, 2004).

Na Tabela 3, verifica-se a influência da idade materna sobre o número de consultas pré-natais realizadas.

Tabela 3 - Distribuição dos nascidos vivos segundo idade materna e número de consultas pré-natal.

Idade materna	n	%	Número de consultas pré-natais				P
			< 7		7 e mais		
			n	%	n	%	
Até 18 anos	121	14,8	79	9,7	42	5,1	0,516
19 a 35 anos	643	78,7	384	47,0	259	31,7	
> de 35 anos	53	6,5	32	3,9	21	2,6	
Total	818*	100	495	60,5	322	39,5	

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Foram excluídas as DNV sem informação.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

Ao correlacionar a variável idade materna e o número de consultas pré-natais, não foi encontrada significância estatística ($p=0,516$), conforme os dados expressos na Tabela 3, ou seja, constituem-se variáveis independentes. Também pode-se observar que a maioria das mães em estudo (60,5%), em ambas as faixas etárias realizou menos de 7 consultas pré-natais. Gonçalves e Gigante (2006) ressaltam que o número mínimo de consultas preconizadas pelo

Ministério da Saúde (MS) é de 6 consultas referentes a uma gestação de baixo risco. Entretanto, os dados da DNV não permitem fazer uma análise precisa dos dados, pois enquanto MS preconiza 6 como número ideal de consultas, a DNV agrupa esta variável em: nenhuma, 1-3, 4-6, 7 e mais consultas e ignorado. Por este motivo, nesta pesquisa, para facilitar a avaliação estatística dos achados, agrupamos em < 7 e 7 e mais consultas.

Nahagama e Santiago (2006) afirmam que a participação do cuidado pré-natal está relacionada a diversos fatores, sejam os ligados à gestante ou ao serviço de saúde; sendo o processo de trabalho envolvido na área da saúde complexo e, ao mesmo tempo, forte determinante nos resultados. Reafirmaram sua relevância ao apontar as diferentes dimensões intervenientes no cuidado pré-natal. A avaliação do processo de atenção pré-natal também permitiu aos autores inferir que a principal dificuldade para a utilização do serviço de saúde encontrou-se na forma de sua organização, que mostrou ser um obstáculo ao ingresso precoce da gestante ao cuidado. Esta característica deve ser estudada posteriormente, a fim de compreender quais as principais circunstâncias locais que levam as mães a não realização do número de consultas pré-natais preconizadas pelo Ministério da Saúde. A preocupação com a maior cobertura e a adequada assistência pré-natal, neste estudo, corrobora as idéias de Coutinho et al. (2003), ao ressaltarem que, por meio deste acompanhamento, pode-se realizar ações educativas em saúde, como orientar as gestantes quanto ao cuidado com a própria saúde e à adoção de hábitos de vida saudáveis para si e para seu filho, identificar situações de riscos para a gestação e para o parto, aplicar intervenções oportunas e evitar desfechos desfavoráveis para a mãe e para o bebê, além de favorecer o vínculo entre a gestante e o programa de atenção à saúde da mulher e da criança, para seguimentos posteriores. Para que isso ocorra, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre e ser acompanhada integralmente ao longo de sua gravidez, perfazendo assim mais de seis consultas

Supõe-se, também, que a análise de características sócio-demográficas possa influenciar na adesão ao pré-natal. Características como baixa escolaridade, falta de conhecimento da importância dessa assistência, ocupação, renda e local de residência devem ser estudadas paralelamente a esta situação encontrada. HAIDAR et al. (2001, p.1027) afirmam que

mães com maior instrução tinham chance duas vezes maior de efetuarem mais de seis consultas, sugerindo que este tenha iniciado mais precocemente; assim, essas mães dariam mais importância ao pré-natal e/ou teriam um acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação.

Tabela 4 - Distribuição dos nascidos vivos de acordo com idade materna e peso ao nascimento.

Idade materna	n	%	Peso do Recém-Nascido (g)						p
			Até 2.500		2.500 a 3999		>4000		
			n	%	n	%	n	%	
Até 18 anos	122	14,8	8	1,0	106	12,9	8	1,0	0,181
19 a 35 anos	645	78,4	43	5,2	559	67,9	43	5,2	
> de 35 anos	56	6,8	8	1,0	47	5,7	1	0,1	
Total	823*	100	59	7,2	712	86,5	52	6,3	

p (significância estatística teste qui-quadrado se $p < 0,05$).

* Foram excluídas as DNV sem informação.

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, Paraíba: janeiro a dezembro, 2007.

Mães adolescentes têm sido consideradas de maior risco para resultados desfavoráveis no peso ao nascer e idade gestacional. No entanto, sugere-se que não seja uma causa direta ou determinante independente. Este questionamento tem motivado vários estudos à procura de respostas que esclareçam se existe e a que se deve a maior prevalência de baixo peso ao nascer que possa ser observada entre filhos de mães adolescentes.

Na gestação durante a adolescência, existem os fatores biológicos como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso gestacional insuficiente, que, somados aos fatores socioculturais (baixa escolaridade, pobreza e marginalidade social), e à inadequada alimentação, podem estar envolvidos na situação do baixo peso ao nascer (FRANCESCHINI et al., 2003).

No estudo de Andrade et al (2002), a média de baixo peso do recém-nascido foi menor em mães adolescentes, bem como a frequência de BPN, o que concorda com outras investigações que verificaram maior proporção de BPN entre recém-nascidos de mães adolescentes. Em Ribeirão Preto, Goldani et al. (2000) verificaram 10,6% de BPN entre mães adolescentes, e no município de São Marcos (RS), 15,3% de BPN entre essa população (CHEMELLO, 2004). A prevalência de BPN em países desenvolvidos varia de 4 a 7% (MONTEIRO, 2002).

Ao correlacionar o peso do RN com a idade materna (Tabela 4), detectou-se que 7,2% de todas as mulheres tiveram filhos com peso menor que 2.500 g, sendo 1% entre as adolescentes; 5,2% entre as adultas e 1% das mulheres com idade acima de 35 anos. Em relação aos RN, 86,5% apresentaram bom peso ao nascer, com resultados proporcionais entre

os grupos das faixas estudadas. Estatisticamente, não se comprovou que existe influência da idade materna sobre o peso do recém-nascido, com significância de $p=0,181$.

Este estudo está em concordância com a pesquisa de Mariotoni e Azevedo (2003), em que os autores não encontraram diferenças de prematuridade e baixo peso ao nascer entre adultas e adolescentes, e por sua vez, ressaltam o caráter interveniente das condições assistenciais na principal característica que pode influenciar este fator.

A idade cronológica, por si só, não é um bom fator preditivo na determinação do peso ao nascer, devendo ser considerada juntamente com fatores outros, mais especificamente os socioeconômicos. De uma forma geral, a análise desse impacto é uma questão complexa, especialmente quando muitas variáveis maternas são consideradas simultaneamente. A análise de eventos biológicos, especialmente os relacionados ao desenvolvimento humano e à gravidez em suas faixas etárias, deve seguir um modelo que contemple as várias situações existentes na vida de um indivíduo. É fundamental considerar a interação das várias dimensões, tais como a socioeconômica, psicológica e cultural sobre as respostas biológicas consideradas e/ou estudadas. A diversidade de situações encontradas dentro de um grupo social pode interferir, e conferir, ao mesmo tempo, diferentes respostas nas manifestações biológicas dos grupos em estudo (KASSAR et al., 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa, compreendemos que as avaliações em saúde são necessárias para estabelecer níveis e tendências de resultados específicos, identificar suas características e determinantes, assim como para avaliar a efetividade de programas destinados a influenciar os resultados obtidos.

Na busca pelos objetivos propostos no desenvolvimento desta pesquisa, comprovamos, estatisticamente, que a idade das mães adolescentes e adultas atendidas durante todo o ano de 2007 na cidade de Cajazeiras, Paraíba, não exerceu influência com a duração da gestação, prevalecendo gestações a termo em ambas faixas etárias; no tipo de parto, com predominância de cesáreas; na adesão ao pré-natal, com menos de 7 consultas; e no baixo peso ao nascer, em que todas as faixas etárias apresentaram maior incidência de recém-nascidos com peso considerado ideal (entre 2.500 e 3.999g).

No que diz respeito à prematuridade, as mães em estudo apresentaram-se dentro dos padrões ideais, porém, reafirma-se que é necessária uma análise mais criteriosa quanto à fidelidade deste dado.

Uma limitação dessa pesquisa foi a impossibilidade de avaliar todas as situações que poderiam determinar a ocorrência do parto cesáreo, visto que a análise fundamentou-se somente nas variáveis das DNVs. No entanto, os resultados obtidos poderão subsidiar a implementação de políticas de saúde materno-infantil, de modo que a assistência à gestante seja realizada dentro de critérios técnicos, éticos e humanitários, proporcionando maior segurança e menor índice de complicações materno-infantis.

Com relação à baixa adesão ao pré-natal, recomenda-se que a gestante matricule-se precocemente para o acompanhamento gestacional, o que permitirá uma vigilância sobre os riscos para hipertensão ou outras anormalidades, ser assegurada uma nutrição adequada e desenvolver o acompanhamento necessário. Dessa forma, é necessário que os serviços de saúde estabeleçam estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, que garantam a oferta e acesso aos serviços e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal.

A exposição da população estudada aos fatores de risco, como baixa adesão ao pré-natal, não exerceu impacto sobre o peso ao nascer, pois se observou reduzido índice de baixo peso. No entanto, recomenda-se o trabalho de orientação à saúde como característica diferencial de outras populações nos quais esta prevalência é elevada. Acredita-se que a valorização da mãe e do seu conceito, o alerta para os fatores de risco, a orientação

nutricional e, especialmente, o compartilhamento de suas angústias e ansiedades podem modificar conceitos pré-estabelecidos e gerar maior preocupação com sua saúde. Estas considerações necessitam de maior atenção no momento do planejamento de políticas públicas de saúde, em especial à assistência prestada pelos profissionais em ações voltadas à saúde materno-infantil nos serviços de saúde.

Sugerimos, então, que esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. É necessário, portanto, ampliar a cobertura dos programas destinados à saúde da mulher e da criança, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns da gravidez, e organizar o sistema de atendimento entre os níveis de assistência. Seria importante, também, a reformulação da ficha da Declaração de Nascido Vivo, incluindo-se a correta distribuição do preenchimento do número de consultas pré-natais para avaliação mais consistente da adesão ao pré-natal.

Acredita-se que, em nível local, gestantes adolescentes e adultas possivelmente submetidas às mesmas condições socioeconômicas e de assistência pré-natal possam apresentar resultados relativos à evolução da gestação, com características biológicas semelhantes em resultados perinatais, fazendo-se necessária uma avaliação de fatores sócio-econômicos e demográficos, a fim de averiguar a influência da idade materna sobre resultados perinatais.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano 2009/2010 Atividades	Novembro/09	Dezembro/09	Janeiro/10	Fevereiro/10	Março/10	Abril/10	Maio/10	Junho/10	Julho/10
Elaboração do projeto				X	X	X			
Entrega do projeto							X		
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta de Dados								X	
Análise dos dados								X	
Redação do TCC				X	X	X	X	X	X
Revisão da redação							X	X	
Entrega do TCC									X
Defesa da banca									X

REFERÊNCIAS

ANDRADE P. C, et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26. n. 9. p. 697-702. 2004;

AZEVEDO, G. D. et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Natal. v. 24, n. 3. p.181-185. 2002;

BARBOSA, M. V. O, et al. Parto cesárea: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19. n. 6. p. 1611-1620. 2003;

BEMFAM. Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM. 1997;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília (DF). 1988;

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001;

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, publicada no Diário Oficial de 16 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do Adolescente**. Brasília. p.9. 1990;

CAMANO L.; SOUZA E. **Assistência ao parto e à tocurgia**. Manual de orientação. FEBRASGO. São Paulo, 2002;

CAMPOS, M. A. B. Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. **Rio de Janeiro**. v. 13. n. 11. p. 25-26. 2000;

CARNIEL. E. F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v. 3. n. 2. p. 165-174. 2006;

CHAMELLO C. S. **Perfil epidemiológico das adolescentes grávidas na cidade de São Marcos, RS** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2004;

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Juiz de Fora. v. 25. n. 10. p 717-724. 2003;

ENES, C. C. Fatores de risco gestacionais para o peso do primogênito. **Pediatria**. São Paulo. v. 29. n. 3. 2007;

FAUNDESA, A. et al. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto**. Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. Campinas, SP. Departamento de Tocoginecologia. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil, 2003;

FORESTI, R. G. R. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psiquiatria, Escola

Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. **Comunicação e Saúde**. São Paulo, 2001;

FRANCESCHINI, S. C. C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Revista Nutrição**. Campinas. v. 16. n. 2. p.171-179. 2003;

GAMA, S. G. N, et al. **Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998**. Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2004;

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999;

GOLDANI M. Z., et al. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16. p. 1041-1047. 2000;

GOMES, K. R. O. Qualidade do dado referente à idade gestacional no sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC) em Teresina-PI. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. v. 1. n. 2. 2001;

GRIEP, R. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica**. Disponível em: <<http://www.www.sanitarista.kit.net/irndex/fundamentospesquisaepidemiologica.ppt>> Acessado em: 04/04/2010;

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, F. U.; NASCIMENTO, L. F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17. n. 4. p. 1025-1029. 2001;

HALPERN R., et al. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v. 72. p. 369-373. 1996;

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**. Rio de Janeiro. v. 38, n. 8.p. 392-395. 2002;

HOTIMSKY S. N., et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**. v. 18. n. 5. p. 1303-1311. 2002;

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativas de população**. Rio de Janeiro: IBGE; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>>; Acessado em 02/04/2010;

KASSAR, S. B. et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. v. 5. n. 3. p. 293-299. 2005;

KILSTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 37. n.3. 2003;

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades: Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Revista de Saúde Pública**. v. 19. p. 225-232. 1985;

LEAL M. C; GAMA S. G. N.; CUNHA C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. São Paulo, **Revista de Saúde Pública**, v. 39. p. 100-107. 2005;

MÉIO, M. D. B. B. et al. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade escolar. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v. 80. n. 6. 2004;

MARIOTONI, G. G., AZEVEDO, A. B. F. **A gravidez na adolescência é fator de baixo peso ao nascer?** Revista Chilena de Pediatria. v. 71. n. 5. Santiago, 2003;

MELLO JORGE, M. H. P., et al. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. **Série Divulgação**. n.7., p. 1-47. 1992;

MONTEIRO C. A, BENÍCIO M. H. A., ORTIZ L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Revista Saúde Pública**. v. 34. p. 26-40. 2002;

MORAES, C. L.; REICHECHEIM, M. E. Validade do exame clínico do recém nascido para a estimativa da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16. n. 1. p. 1-19, 2000;

MORAES M. S, GOLDENBERG P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Caderno de Saúde Pública**. v. 17. n.3. p. 509-519. 2002;

NAGAHAMA E. E. I.; SANTIAGO S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22. n. 1. p.173-179. 2006;

NASCIMENTO, L. F. C. Análise hierarquizada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer. Guaratinguetá. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 23. n. 2. p. 76-82. 2005;

NEIVA, J. G. Índice de cesariana. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 9. p. 516- 518. 1981;

NOMURA R. Y. M, et al.. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**. v.38. n.1. São Paulo, 2004;

OLIVEIRA S. M. J. V., et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 10. n. 5. p. 667-674. 2002;

PINTO E SILVA J. L.; BAHAMONDES L. Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27. n. 12. p. 759-767. 2005;

RADES, E., BITTAR, R. E., ZUGAIB, M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo. v. 26. n. 8. 2009;

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação. 2. ed. São. Paulo : Loyola, 2004;

RODRIGUES FILHO J.; COSTA W.; IENO G. M. L. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 28. p. 284-289. 1994;

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. 224-231. 2008;

SANTOS, G. L. 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. 326-334. 2009;

SENESI L. G, et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionados à idade maternal igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26. n. 6. p. 477-482. 2004;

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e vias de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Campinas. v. 31. n. 7. p. 321-325. 2009;

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20. n.5. p.1160-1168. 2004;

SILVEIRA, et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. Pelotas. v. 42. n. 5. p. 957-964. 2008;

TAVARES, B. B.; FERRARI, C. D.; SOLER, Z. A. S. G. Caracterização da gestação e parto das adolescentes de São José do Rio Preto em 2003. São José do Rio Preto. **Arquivo Ciência Saúde**. v. 13. n. 1. p. 12-17. 2006;

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 4. n. 1. p. 3-69. 2001;

VITALLE, M. S. S. - **Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível sócio-econômico (Antropometria e outras variáveis)**. São Paulo, v. 1 e 2, [Tese mestrado - Escola Paulista de Medicina], 2001;

XIMENES NETO F. R. G., et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 60. n. 3. p. 279-285. 2007;

YAZLLE M. E. H. D., et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista Saúde Pública**. v. 35. p. 202-206, 2001.

APÊNDICES

- APÊNDICE A** – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável;
- APÊNDICE B** – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Participante;
- APÊNDICE C** – Instrumento de coleta de dados;
- APÊNDICE D** - Previsão orçamentária.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me pela orientação da aluna Millena Cavalcanti Monteiro, do Curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitula-se "INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS" e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, 13 de maio de 2010.

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

APÊNDICE B



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, Millena, Cavalcanti Monteiro, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com minha orientadora, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, 13 de maio de 2010.

Millena Cavalcanti Monteiro

Millena Cavacanti Monteiro

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

1. N° da Declaração de Nascido Vivo _____

2. Idade: _____;

3. DADOS DA GESTAÇÃO E PARTO:

3.1 Duração da gestação:

1. () Menos de 22
2. () De 22 a 27
3. () De 28 a 31
4. () De 32 a 36
5. () De 37 a 41
6. () 42 e mais
7. () Ignorado

3.2 Tipo de parto:

1. () Vaginal;
2. () Cesáreo;
3. () Ignorado.

3.3 Número de consultas pré-natal:

1. () Nenhuma
2. () De 1 a 3
3. () De 4 a 6
4. () 7 e mais
5. () Ignorado

4. DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

4.1 Nascimento: _____ / _____ / 2007

4.2 Peso: _____ (em gramas).

Responsável pela coleta de dados: _____

APÊNDICE D – Previsão orçamentária

Todas as despesas com a pesquisa serão custeadas pelo(a) pesquisador(a).

Item	Descrição	Quant.	Valor unitário	Valor total
01	Cartucho colorido	01	65,00	65,00
02	Cartucho preto	02	35,00	70,00
03	Capa dura	05	20,00	100,00
04	Encadernação	05	2,50	7,50
06	Impressora	01	350,00	350,00
07	Xerox	100	0,10	100,00
Total				692,50

ANEXOS

- ANEXO A** – Ofício à Instituição onde foi realizada a pesquisa;
- ANEXO B** – Declaração de Nascido Vivo;
- ANEXO C** – Declaração de Nascido Vivo atual;
- ANEXO D** – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – UEPB.



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA**

Ofício 057-2010 - Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 13 de maio de 2010.

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

Ao: Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira
Secretária de Saúde do Município de Cajazeiras-PB

Solicitamos a V. Sa., autorização para a aluna **MILLENA CAVALCANTI MONTEIRO** – matrícula 50612129, coletar dados referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada “**INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS**”, a partir do documento Declaração de Nascido Vivo, ano 2007, sob a orientação da professora Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, durante o período letivo 2010.1.

Na certeza de pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.


Atenciosamente,


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

ANEXO B

ANEXO 1

I		01 - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº																																						
II	 <p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (1ª VIA - ORGÃO DE PROCESSAMENTO)</p>	<p>CARTÓRIO</p>	02 - CARTÓRIO DE		04 - DATA DO REGISTRO																																			
			03 - Nº DO REGISTRO		05 - MUNICÍPIO																																			
			06 - UF	07 - CÓDIGO																																				
III	08 - INDICAR COM UM "X" NO QUADRO		09 - ENDEREÇO																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>HOSPITAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>OUTRO ESTAB. DE SAÚDE</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>DOMICÍLIO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>OUTRO LOCAL</td></tr> </table>		1	HOSPITAL	2	OUTRO ESTAB. DE SAÚDE	3	DOMICÍLIO	4	OUTRO LOCAL	10 - MUNICÍPIO																													
	1	HOSPITAL																																						
2	OUTRO ESTAB. DE SAÚDE																																							
3	DOMICÍLIO																																							
4	OUTRO LOCAL																																							
		11 - UF	12 - CÓDIGO																																					
SE OCORRIDO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			13 - NOME DO ESTABELECIMENTO		14 - CÓDIGO																																			
IV	15 - NASCIMENTO		16 - SEXO (MARCAR COM "X" NO QUADRO)		17 - PESO AO NASCER (ATÉ A 5ª HORA)																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">DATA</th><th>HORA</th><th>MIN.</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		DATA			HORA	MIN.											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>MASCULINO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>FEMININO</td></tr> </table>		1	MASCULINO	2	FEMININO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td>1º MINUTO</td></tr> <tr><td> </td><td>5º MINUTO</td></tr> </table>		1º MINUTO		5º MINUTO												
DATA			HORA	MIN.																																				
1	MASCULINO																																							
2	FEMININO																																							
	1º MINUTO																																							
	5º MINUTO																																							
V	18 - DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		20 - TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		21 - TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>0 - 21</td><td style="text-align: center;">4</td><td>37 - 41</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>22 - 27</td><td style="text-align: center;">5</td><td>42 E MAIS</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>28 - 36</td><td style="text-align: center;">6</td><td>IGNORADA</td></tr> </table>		1	0 - 21	4	37 - 41	2	22 - 27	5	42 E MAIS	3	28 - 36	6	IGNORADA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>UNICA</td><td style="text-align: center;">4</td><td>MAIS DE 3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>DUPLO</td><td style="text-align: center;">5</td><td>IGNORADO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>TRÍPLICE</td><td colspan="2"></td></tr> </table>		1	UNICA	4	MAIS DE 3	2	DUPLO	5	IGNORADO	3	TRÍPLICE			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>ESFONTÂNEO</td><td style="text-align: center;">4</td><td>OUTRO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>OPERATÓRIO</td><td style="text-align: center;">5</td><td>IGNORADO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>FORCEPS</td><td colspan="2"></td></tr> </table>	1	ESFONTÂNEO	4	OUTRO	2	OPERATÓRIO	5	IGNORADO	3	FORCEPS	
1	0 - 21	4	37 - 41																																					
2	22 - 27	5	42 E MAIS																																					
3	28 - 36	6	IGNORADA																																					
1	UNICA	4	MAIS DE 3																																					
2	DUPLO	5	IGNORADO																																					
3	TRÍPLICE																																							
1	ESFONTÂNEO	4	OUTRO																																					
2	OPERATÓRIO	5	IGNORADO																																					
3	FORCEPS																																							
VI	22 - NOME		23 - IDADE																																					
	24 - GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		RESIDÊNCIA HABITUAL		30 - FILHOS TIDOS (INDICAR QUANTOS) NÃO INCLUIR ESTA GESTAÇÃO																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>NENHUMA</td><td style="text-align: center;">4</td><td>2º GRAU</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>1º GRAU INCOMPLETO</td><td style="text-align: center;">5</td><td>SUPERIOR</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>1º GRAU COMPLETO</td><td style="text-align: center;">6</td><td>IGNORADO</td></tr> </table>		1	NENHUMA	4	2º GRAU	2	1º GRAU INCOMPLETO	5	SUPERIOR	3	1º GRAU COMPLETO	6	IGNORADO	25 - ENDEREÇO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td>NASC VIVOS</td></tr> <tr><td> </td><td>NASC MORTOS</td></tr> <tr><td> </td><td>TOTAL</td></tr> </table>		NASC VIVOS		NASC MORTOS		TOTAL																	
1	NENHUMA	4	2º GRAU																																					
2	1º GRAU INCOMPLETO	5	SUPERIOR																																					
3	1º GRAU COMPLETO	6	IGNORADO																																					
	NASC VIVOS																																							
	NASC MORTOS																																							
	TOTAL																																							
26 - BAIRRO		27 - MUNICÍPIO																																						
28 - UF		29 - CÓDIGO																																						
VII	31 - NOME																																							
	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO																																							
VIII	32 - NOME		33 - FUNÇÃO																																					

PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATORIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.

ATENÇÃO: ➔ ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANEXO C

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº 40598569

I Cidade	1) Cidade		Código		2) Registro		3) Data		
	2) Município								3) UF
II Local de Ocorrência	4) Local da Ocorrência 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros Estab. Saúde 3 <input type="checkbox"/> Residência 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Ignorado			7) Estabelecimento		Código			
	6) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento da residência da mãe (Rua, Praça, Avenida, etc.)					Número	Complemento	1) CEP	
III Mãe	10) Bairro/Distrito			Código	11) Município de ocorrência			Código	12) UF
	13) Nome da Mãe				14) Cartão SUS				
III Mãe	13) Idade (anos)	14) Estado Civil 1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente 5 <input type="checkbox"/> Ignorado		15) Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 2 3 <input type="checkbox"/> De 3 a 4 4 <input type="checkbox"/> De 5 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 6 <input type="checkbox"/> Ignorado		16) Ocupação habitual e ramo de atividade		17) Nome da mãe antes do casamento 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica se não ignorado 2 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	18) Residência da mãe 19) Logradouro		Número		Complemento		21) CEP		
IV Gravidez	22) Bairro/Distrito		Código	23) Município			Código	24) UF	
	25) Duração da gestação (em semanas) 1 <input type="checkbox"/> Menor de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		26) Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorado		27) Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		28) Número de consultas de pré-natal 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 4 <input type="checkbox"/> 7 e mais 5 <input type="checkbox"/> Ignorado		
V Nascimento	29) Nascimento Hora		30) Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		31) Índice de Apgar 1º minuto		32) 5º minuto		
	33) Raça/cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena		34) Peso ao nascer em gramas						
VI Identificação	35) Catequizada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Qual? Código 3 <input type="checkbox"/> Ignorado								
	36) Possível direito da mãe				37) Possível direito do pai				
VII Emissor	38) Responsável pelo preenchimento Nome								
	39) Função		40) Identidade		41) Órgão Emissor		42) Data		

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO D



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO

CAAE 0191. 0.133.000-10

Pesquisador Orientador: Maria do Carmo Duarte Andrade de Farias

Andamento do Projeto CAAE- 0191.0.133.000-10

Título do Projeto de Pesquisa

Influência da idade materna sobre os resultados perinatais

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	26/05/2010 14:45:12	02/06/2010 10:31:27		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	20/05/2010 08: 22:09	Folha de Rosto	FR – 341885	Pesquisado r
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/05/2010 14:45:12	Folha de Rosto	0191.0.133.000-10	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	30/06/2010 13:03:10	Folha de Rosto	0191.0.133.000-10	CEP

**Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora CEP-UEPB**