

FREQUÊNCIA DA IDADE MATERNA E TIPOS DE PARTOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE MOGI GUAÇU/ SP

de Carvalho, Thamires Romero¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada
thamires_romero.c@hotmail.com

Zuim, Nádia Regina Borim²

Faculdades Integradas Maria Imaculada
nadiazuim@gmail.com

RESUMO

A idade materna pode exercer influência tanto sobre as condições de nascimento de uma criança quanto na saúde da própria puérpera, e apesar de existirem controvérsias a respeito da força que apenas a idade de forma isolada seja responsável pelos problemas de uma gestação em adolescentes e em mulheres que engravidam tardiamente, é conhecida a influência do fator idade sobre a gestação. O objetivo do trabalho foi verificar a idade materna e o tipo de parto realizado no município de Mogi Guaçu no período de 2013 a 2016. Por meio das fichas de notificação compulsória disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica foi classificada a faixa etária materna, o número de nascidos vivos, o tipo de parto realizado, e o número de nascidos vivos residentes de risco por critério da Vigilância Epidemiológica. De acordo com dados de 2013 á 2016, o número total de partos no município foi de 7.682. Em relação ao total do tipo de parto realizado, 5.053 (66%) foram cesáreos. Na avaliação relacionada com a idade materna, observou-se que a mais frequente foi de 25-29 anos com 2.114 (27%) e com menor frequência a faixa etária de 10-14 com 31(0,41%) dos partos realizados. Quanto à análise dos nascidos vivos com riscos tendo como característica mães adolescentes, representou um total de 1.106 (45%). Outro fator que foi o índice de baixo peso ao nascer totalizou 1.395 (36%) dos anos analisados. Os resultados deste trabalho indicam a necessidade de políticas de saúde, para verificar e favorecer na diminuição do parto cesáreo contribuindo para a saúde materna e do recém-nascido.

Palavras-chaves: Idade materna. Tipos de parto. Nascidos vivos.

¹ Graduada em Biomedicina pelas FIMI (2017)

² Doutorado e Mestrado em Parasitologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Possui graduação em Ciências Biologia pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada. Atualmente é Coordenadora do Curso de Biomedicina das Faculdades Integradas Maria Imaculada de Mogi Guaçu/SP. Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa das FIMI.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Tais programas preconizavam proteção aos grupos de risco e em situações menos favoráveis, como nos casos de gestantes (FREITAS et al., 2009).

Com base na situação descrita, em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando a ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres. Essas mudanças foram reivindicadas pelas próprias mulheres devido às desigualdades nas relações sociais entre o sexo masculino e feminino. Observava-se que os problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina não recebiam atendimento, sendo o acesso à saúde somente no ciclo gravídico-puerperal, ficando as mulheres sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2011).

De tal forma, o PAISM incluía ações preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação e assistência à mulher no que se refere à clínica ginecológica, ao pré-natal, ao parto e puerpério, ao climatério, ao planejamento familiar, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao câncer de colo de útero e de mama, dentre outras. Quando se faz uma reflexão sobre o contexto geral da história do PAISM, pode-se observar que ele, mesmo internacionalmente, foi o precursor, ao direcionar atendimento especializado à saúde integral da mulher, excluindo ações isoladas e incluindo a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2011).

A assistência pré-natal tem por objetivo principal acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais vivenciado, de maneira distinta, por cada gestante. A oferta de uma assistência de qualidade está ligada à valorização de aspectos relacionados à gestação, que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas em grupo ou individuais (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

No decorrer da gestação, o corpo passa por adaptações fisiológicas profundas e significativas, as quais envolvem todos os sistemas. Essas alterações ocorrem da primeira semana até o final da gravidez e caracterizam-se como ajustes funcionais em resposta ao aumento da carga fisiológica (NOGARETTI, 2006).

O parto é o estágio resolutivo da gestação e consiste na expulsão do bebê para o mundo exterior. As condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança, e essas condições podem ser fortemente influenciadas pela idade materna. A faixa etária da mulher gestante tornou-se um fator de discussão na atualidade, visto que, com o passar dos anos, o corpo envelhece e há queda progressiva da fecundidade. A acentuada mudança na qualidade dos oócitos, a frequência e a eficiência da ovulação, a função sexual, a saúde uterina e o risco de complicações gestacionais são fatores mais relacionados ao aumento da morbimortalidade (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

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

Existem algumas definições sobre a idade da gestante: a gravidez após a idade de 34 anos é denominada gravidez tardia, sendo fator de risco para a mórbida. Todavia, a gestação em mulheres com mais de 35 anos torna-se mais evidente e reiterada em decorrência do rigoroso controle da natalidade, do aumento no nível de educação das mulheres, de melhorias na atenção à saúde, do progresso da tecnologia de reprodução assistida, do casamento tardio, do aumento das taxas de divórcios e das novas uniões, fatores que influenciam a maternidade tardia (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

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

Ao se avaliar a fecundidade feminina, há cerca de 30 anos, 90% das mulheres tinham pelo menos um filho até os 44 anos; já em 2002, o número de mulheres sem filhos quase tinha duplicado. As mulheres que têm filhos os têm em menor quantidade quando comparadas com trinta anos atrás. Quando confrontado o número de filhos entre as mulheres, observa-se que em 2002 menos de 30% das mulheres tinham três ou mais filhos e que na década de 1970, 60% das mulheres tinham três ou mais filhos (ORSHAN, 2010).

O Brasil passou por importantes transformações na estrutura e na dinâmica da população, como a diminuição progressiva da mortalidade de um modo geral e a queda abrupta da taxa de fecundidade. Essa diminuição tem sido progressiva, visto que em 1970, era

de 5,8 filhos por mulher, caiu para 2,3 filhos em 2000 (IBGE, 2001) e em 2010, foi de 1,81 filhos por mulher (IBGE, 2010).

As mulheres, de acordo com dados de 2010, estão tendo filhos com idades mais avançadas em função da mudança no comportamento reprodutivo, principalmente das residentes em áreas urbanas (IBGE, 2010). Isso se deve ao fato de que as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho ou as que almejam adentrar neste, valorizam a formação acadêmica e o constante aperfeiçoamento é uma exigência, o que adia a maternidade. Já que as jornadas de trabalhos são iguais a dos homens e o salário geralmente desigual. Sabe-se que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e à morbidade e mortalidade materna. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos (GRAVENA et al., 2013).

O parto normal é aquele que ocorre espontaneamente entre 37 e 41 semanas completa de gestação. Ele oferece muitos benefícios para a mãe e o bebê. Porém, por medo das dores ou por falta de informação, muitas mulheres descartam esta opção. Durante a gestação, além de o bebê estar em formação, o corpo da mãe também passa por diversas mudanças para que ocorra o parto normal. De acordo com o Ministério da Saúde, a mulher se recupera mais rápido no parto normal, além de correr menos riscos de infecções e hemorragias. Porém, é válido ressaltar que em caso de complicações médicas, o obstetra poderá optar pela cesariana, prezando pela saúde da mãe e do bebê (CONITEC, 2016).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil. Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (CONITEC, 2016).

A cesariana, por sua vez, é uma técnica cirúrgica realizada para tirar o bebê de dentro do útero materno. É feita uma incisão transversal ou longitudinal sobre a pele e camadas de tecido da gestante. Em seguida ocorre a extração do feto, a retirada da placenta e a sutura. Geralmente, a cesariana é indicada em casos onde o parto normal é inviabilizado, como por exemplo: dilatação incompleta, descolamento prematuro da placenta, sangramento intenso, mãe portadora de sífilis ou HIV. Apesar dessas indicações pontuais, hoje em dia,

muitas mulheres ou médicos optam pelo nascimento através da cesárea. Entretanto, é necessário se atentar para o fato de que a cesárea é um procedimento cirúrgico, com recuperação mais lenta e dolorosa que no parto normal e humanizado (CONITEC, 2016).

Em 2016, o ministério publicou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesariana, com parâmetros que devem ser seguidos pelos serviços de saúde. A proposta é auxiliar e orientar profissionais da saúde a diminuir o número de cesarianas desnecessárias, já que o procedimento, quando não indicado corretamente, traz riscos como o aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil, sem contar o tempo de internação, início tardio da amamentação, elevação de gastos para o sistema de saúde, entre outras complicações (CONITEC, 2015).

Nos últimos anos, o parto humanizado (ou natural) vem conquistando adeptos no mundo inteiro. Este termo é utilizado a fim de definir o atendimento respeitoso e centrado no bem-estar da gestante. Com inúmeros benefícios já comprovados, o parto natural é recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Existem diferenças significantes entre o parto normal e humanizado. No parto normal ocorrem alguns procedimentos médicos rotineiros, que por vezes, são desnecessários, causando estresse à gestante. São eles: o corte na vagina, a colocação de soro na veia, a raspagem dos pelos, a lavagem intestinal, a suspensão da alimentação, o repouso na cama hospitalar e a proibição da presença de um acompanhante. O parto humanizado sem intervenções são realizadas apenas quando há uma real indicação, se diferencia do normal pelas atitudes médicas centralizadas nas necessidades da gestante (CONITEC, 2016).

A necessidade de a mulher desempenhar papéis simultâneos como mãe e dona de casa, trabalhadora, traz à tona o conflito base para entender sua entrada no mercado de trabalho, associada à diminuição da taxa de fecundidade. Pode-se entender, numa proporção inversa, que, quanto maior a participação da mulher no mercado de trabalho, menor a taxa de fecundidade. Logo, pode-se dizer que os motivos básicos para a queda de fecundidade foram provocados por fatores sociais e econômicos ela passou a assumir novos papéis, além de ter aumentado sua participação no mercado de trabalho, assim como a escolaridade e o acesso à informação (DIAS JÚNIOR, 2010).

Neste contexto o objetivo do trabalho foi verificar a frequência da idade materna e o tipo de parto realizado no município de Mogi Guaçu no período de 2013 a 2016. Classificar a faixa etária da mãe; verificar o número de nascidos vivos; o tipo de parto realizado e

demonstrar a frequência dos nascidos vivos residentes de risco por critério da Vigilância Epidemiológica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pela Plataforma Brasil sob o número do CAAE 73738017.7.0000.5679

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal retrospectiva realizada no município de Mogi Guaçu/SP, com dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município. foram analisadas as fichas de notificações compulsórias do período de 2013 a 2016.

Para os critérios de inclusão da população estudada foram analisadas todas as fichas de notificação compulsória de pacientes que tiveram filhos no período de 2013 a 2016.

Portanto, como critérios de exclusão analisados os resultados de outros tipos de notificações, e de fichas de pacientes que tiveram filhos com notificações anteriores a 2013 e posteriores a 2016.

Os participantes tiveram sua identidade mantida em sigilo, e vale destacar que a pesquisadora não entrou em contato direto com o paciente, ficando dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

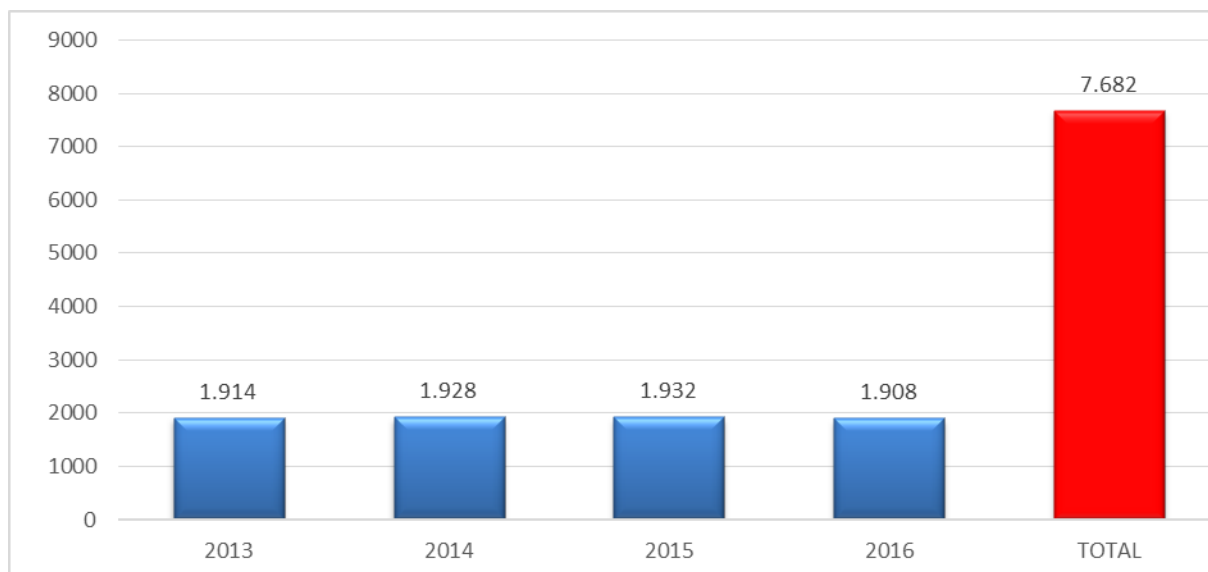
Das fichas de notificações registrou-se a idade materna, o número de nascidos vivos, tipo de parto realizado e os nascidos vivos residentes de risco por critério da Vigilância Epidemiológica.

Os dados coletados foram separados em categorias diversas observando-se a especificidade da pesquisa, trabalhando-se sempre com os totais relativos e absolutos em cada categoria.

3 RESULTADOS

De acordo com as análises das fichas foram registrados um total de 7.682 nascidos vivos no Município de Mogi-Guaçu/SP. Maior frequência ocorreu no ano de 2015 com 1.932 (24,5%) nascimentos. **(Figura 1).**

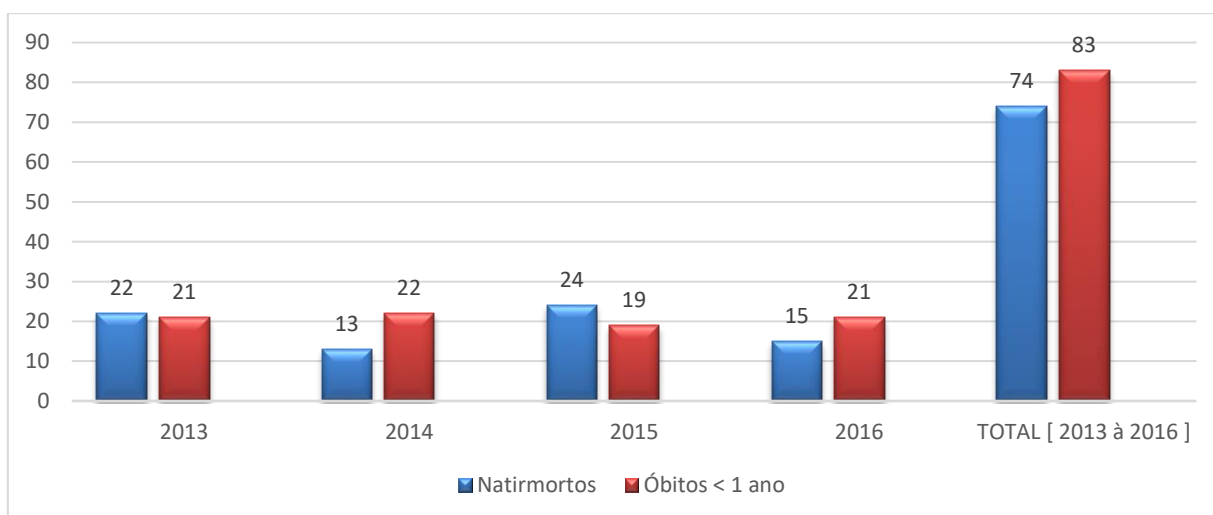
Figura 1 - Frequência de Nascidos Vivos no período de 2013 a 2016.



Fonte: Autor, 2017.

No período analisado foram registrados um total de 74 natimortos, maior frequência no ano de 2015 com 24 (32,5%) natimortos. **(Figura 2)**. De acordo com os registros de óbitos em crianças menores de 1 ano, foram um total de 83 óbitos. A maior frequência ocorreu no ano de 2014, com 22(26,5%) óbitos.

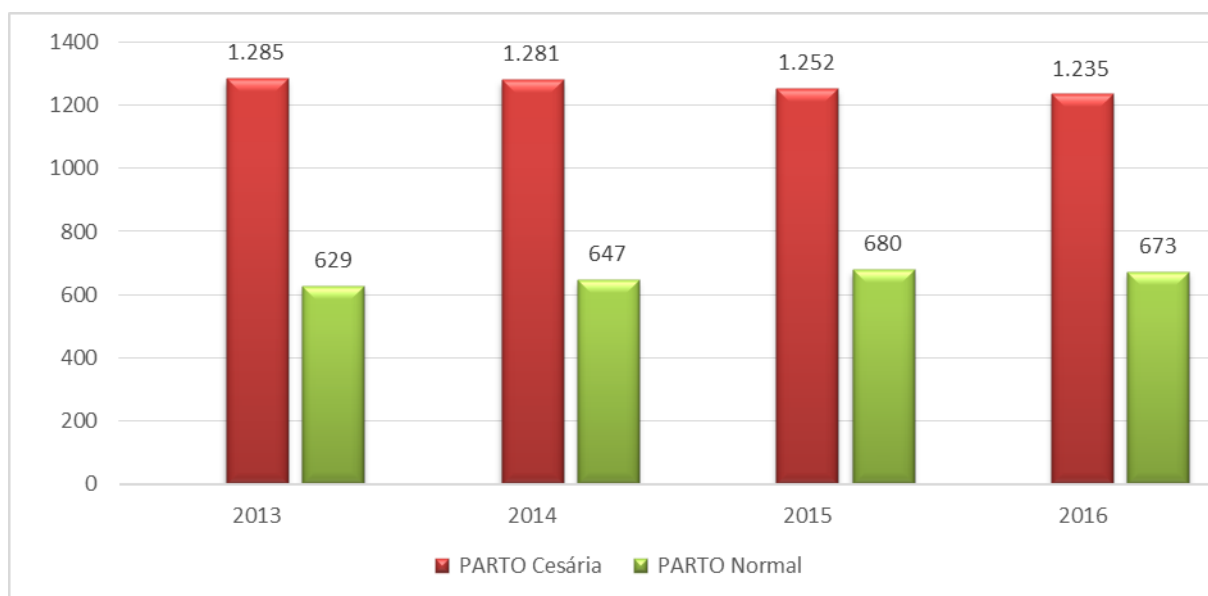
Figura 2- Frequência de natimortos e óbitos de crianças menores de 1 ano do período de 2013 a 2016.



Fonte: Autor, 2017.

Em relação ao tipo de parto realizado, 5.053 (66%) foram cesáreas, para 2.629 (34%) vaginal. A maior frequência de parto cesáreo ocorreu no ano de 2013 com 1.285 (25,4%) dos casos. **(Figura 3)**

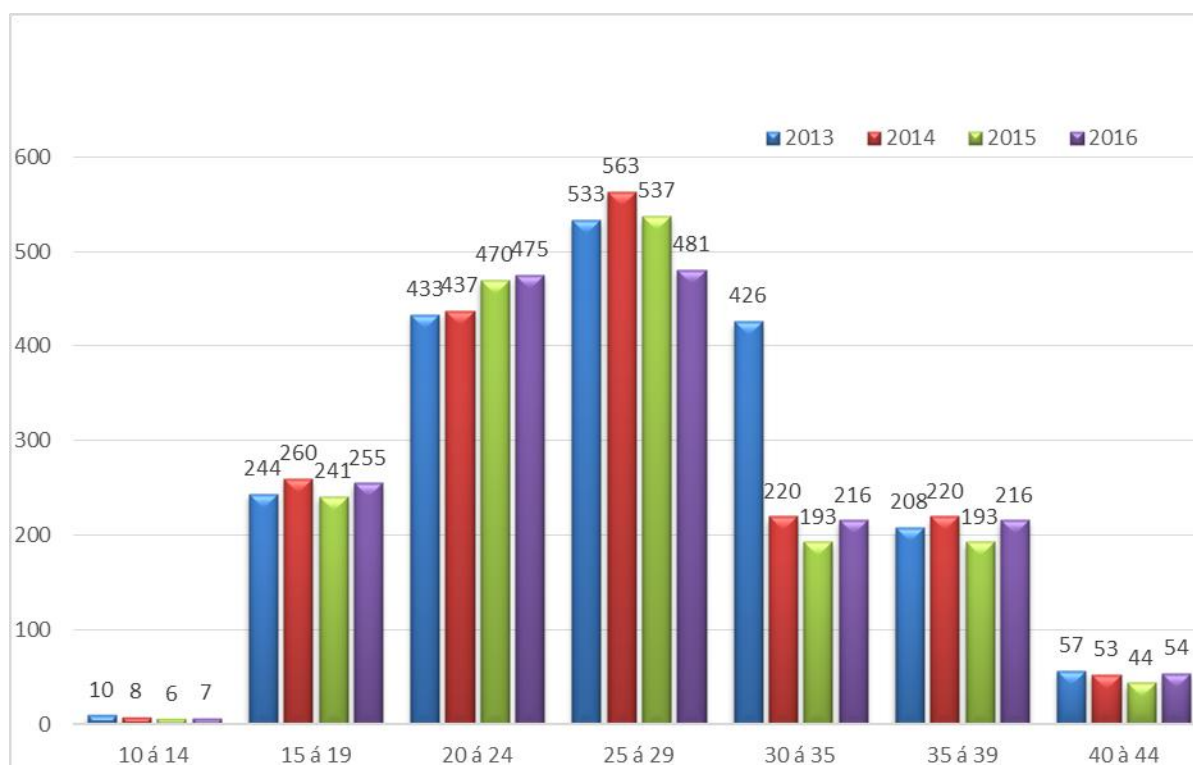
Figura 3 - Frequência de Tipos de partos realizados no período de 2013 á 2016.



Fonte: Autor, 2017.

De acordo com a faixa etária materna, observou-se que a mais frequente foi de 25-29 anos com 2.114 (27%), e com menor frequência de 10-14 anos com 31 (0,40%) partos realizados no período analisado. **(Figura 4).**

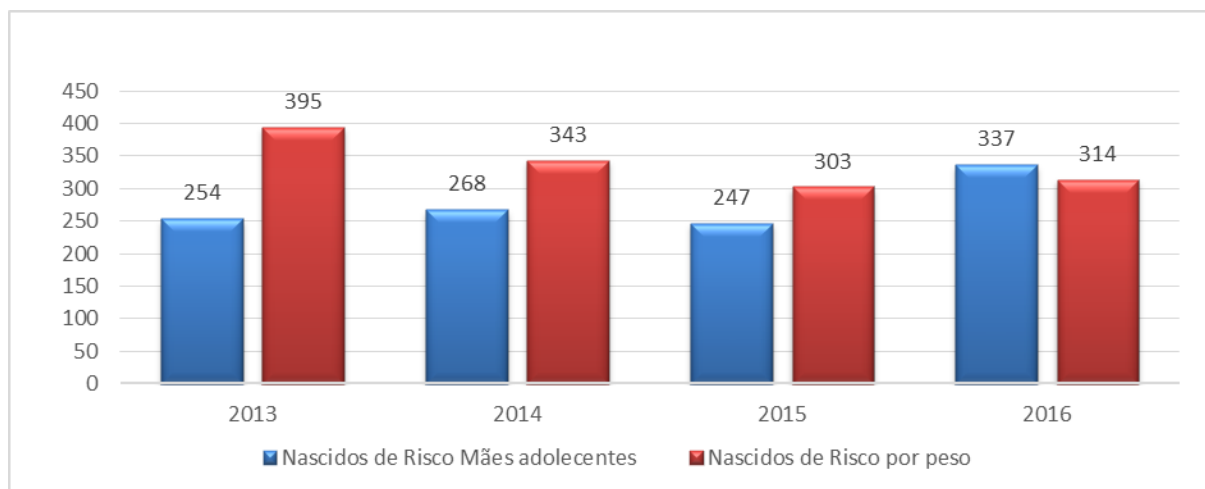
Figura 4 - Frequência da idade materna no período de 2013 a 2016.



Fonte: Autor, 2017.

Com relação à análise dos nascidos vivos com riscos segundo a vigilância epidemiológica de Mogi Guaçu/SP, representou um total de 2.461 nascimentos. O mais frequente risco, foi o índice de baixo peso ao nascer, que totalizou 1.355 (55%) dos casos. Tendo como risco mães adolescentes foram 1.106 (45%) nascimentos. Como critério de risco de mães adolescentes o ano de 2012 apresentou maior frequência com 395 (36%) dos casos. (Figura 5).

Figura 5- Frequência de Nascidos de risco por critério da Vigilância Epidemiológica no período de 2013 a 2016.



Fonte: AUTOR, 2017.

4 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança no perfil de nascimentos no Brasil. Segundo BERQUÓ; CAVENAGHI (2006), a educação e o aumento da renda das mulheres afetam negativamente a fecundidade. Ou seja, a melhora no grau de instrução e da inserção das mulheres no mercado de trabalho, fatores que colaboram para sua independência, foi fundamental na redução do número de nascimentos observado na última década no Brasil.

De acordo com as análises das fichas de notificação compulsória, foram registrados um total de 7.682 nascidos vivos no município de Mogi Guaçu/SP no período de 2013 á 2016. Com maior frequência em 2015 com 1.932 (24,5%) dos casos. Percebeu-se no estudo que o número de nascimentos manteve-se constante e teve pouca variação ano a ano. **(Figura 1)**. De acordo com Seade (2015) considerando o Estado de São Paulo como lugar de residência da mãe, foram registrados 625.750 nascidos vivos. Historicamente, dado seu volume populacional, a Região Metropolitana de São Paulo concentra a maior parte dos nascimentos: 51% deles ocorreram na RMSP, seguida pelas regiões administrativas de Campinas (14,35%) e Sorocaba (6,74%). Em comparação com 2013, observa-se aumento de 2,36% no total estadual. Todas as regiões administrativas registraram crescimento, chegando a 5,73% em São José do Rio Preto e a 4,16% em Barretos. Na Região Administrativa de Santos, o aumento do número de nascimentos foi o menor no Estado: 1,44%.

No período analisado foi registrado um total de 74 natimortos, com maior frequência no ano de 2015 com 24 (32,5%) **(Figura 2)**. De acordo com a Fundação Sistema Estadual de

Análise de Dados (SEADE, 2015), No Estado de São Paulo o número de natimortos vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos: Houve redução de 8,71% na comparação dos anos de 2014 e 2013, sendo que em relação a 2000 essa redução foi mais intensa, atingindo 40,41%.

De acordo com os óbitos em crianças menores de um ano, ocorreu um total de 83 registros (**Figura 2**). Ao se fazer a relação do total de nascidos vivos e o número de óbitos de crianças menores de um ano corresponderam a 1% no período analisado. Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2015), 47% dos municípios paulistas tiveram taxa de um dígito na mortalidade infantil. Observou-se uma redução nos últimos anos, mas ressaltando que esta taxa de mortalidade pode reduzir ainda mais. Identificou-se que nos primeiros dias de vida é que ocorre uma alta concentração de óbitos, havendo a necessidade de melhoria no atendimento pré-natal e condições de parto. Visto que ocorrem diferenças regionais nestas taxas, é importante a identificação de fatores que influenciam as taxas elevadas.

A maior frequência ocorreu no ano de 2014, com 22 (26,5%) óbitos. Em 2014 menos taxa registrada pelo estado de São Paulo 11,43 óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos. A menor já registrada no estado. (WALDVOGEL et al., 2012).

De acordo com a frequência de tipos de partos realizados no período analisado observou-se 5.053 partos cesáreos representando 66%. Enquanto o parto vaginal com 2.629 representando (34%) (**Figura 3**). O Brasil atingiu, na última década, níveis de incidência extremamente elevados, superiores aos de qualquer outro país de cirurgias cesarianas. (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2001). A generalização da cirurgia é vista como um problema de saúde pública por acarretar maior risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido e prejudicar a amamentação (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). A assistência ao parto tem sido crescentemente marcada por intervenções técnicas e tecnológicas e ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer (DINIZ, 2009). A produção de conhecimentos e o debate acadêmico no campo da saúde coletiva sobre a decisão, a escolha ou a preferência relacionada ao tipo de parto, no Brasil, apresentam as elevadas taxas de cesariana como um grave problema de saúde pública e um quadro que deve ser revertido. Prevalece a ideia de que a responsabilidade pelo crescimento da cirurgia é dos profissionais e que a maioria das mulheres brasileiras prefere o parto vaginal.

De acordo com a faixa etária materna, do município de Mogi Guaçu/SP nos anos de 2013 á 2016 observou-se que a mais frequente foi de 24-29 anos com 2.114 (27%), e com

menor frequência de 10-14 anos que com 31 (0,40%) partos realizados. **(Figura 4)**. Quanto às mães adolescentes, sugere-se uma vigilância especial no seguimento de saúde, por meio de atendimentos na unidade, de parcerias com escolas, entidades não governamentais e grupos da comunidade, de tal forma que, por meio de educação em saúde, seja possível contribuir para um futuro melhor desse grupo, podendo ser a gravidez uma decisão posterior e consciente. Crosby, Ramphul e Murphy (2014), analisaram dados referentes a mulheres que tiveram o primeiro filho num hospital irlandês entre 2000 e 2011, com o objetivo de comparar os partos das mães muito jovens e das mulheres com mais de 35 anos com os partos das mulheres com idades entre os 20 e 34 anos. Cerca (3%) das mulheres incluídas no estudo tinham 17 anos ou menos e perto de (2%) o tinham mais de 39 anos. Das mulheres (78%) tinham entre os 20 e os 34 anos.

De acordo com estatísticas de nascimento (YAZAKI, 2013), observou que segundo idades da mãe de cinco em cinco anos, a distribuição dos nascidos vivos entre 2000 e 2014, e a proporção de nascimentos entre as mulheres com menos de 30 anos de idade apresentou reduções, enquanto para aquelas com mais de 30 anos houve aumento nessa proporção, caracterizando deslocamento da estrutura da fecundidade para idades mais avançadas. Crosby, Ramphul e Murphy (2014) observaram também que mães adolescentes têm um risco mais elevado de terem partos prematuros, enquanto as mães mais velhas têm uma probabilidade mais elevada de serem submetidas à cesariana.

Com relação à análise dos nascidos vivos com riscos segundo a vigilância epidemiológica de Mogi Guaçu/SP, representou um total de 2.461 nascimentos. O mais frequente risco foi o índice de baixo peso ao nascer, que totalizou 1.355 (55%). Tendo como risco mães adolescentes foram 1.106 (45%). Como critério de risco de mães adolescentes o ano de 2012 apresentou maior frequência com 395 (36%) **(Figura 5)**. Em um trabalho realizado por Minamisawa et al. (2004), sobre os fatores associados ao Baixo Peso Nascidos foram: parto prematuro, mães com baixa e avançada idade, não casadas, que fizeram menos que sete consultas de pré-natal, que não sabiam ler e escrever, que tiveram parto não hospitalar e RN do sexo feminino. Ou seja, para um adequado acompanhamento pré-natal a mulher deve fazer mais do que seis consultas durante a gestação. No entanto, seja por desinformação das mulheres ou por falha da equipe de saúde, o acesso ao serviço deve ser facilitado para que se possa detectar problemas que podem ser resolvidos durante a gravidez

A realidade do Brasil, na decisão de qual parto a escolher, não está sendo levado em conta os riscos e benefícios para saúde e também não leva em consideração a idade das mães.

O poder lucrativo que as cesárias proporcionaram para o parto está sendo levado em conta nas decisões das escolhas do parto. Por mais natural e benefício para mãe o parto natural, a escolha de hora e data, para o nascimento está sendo levado em conta mais que a saúde para mãe e filho (CROSBY; RAMPHUL; MURPHY, 2014).

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que na análise das fichas de notificações compulsórias no período de 2013 a 2016 verificou-se 7.682 nascidos vivos no Município de Mogi-Guaçu/SP. Com maior número de nascidos no ano de 2015 com 1.932 (24,5%).

De acordo com a faixa etária materna, a mais frequente foi de 24-29 anos com 2.114 (27%) dos anos analisados. Em relação ao tipo de parto realizado, 5.053 (66%) foram cesáreas, enquanto o vaginal com 2.629 (34%). A maior frequência de parto cesáreo ocorreu no ano de 2013 com 1.285 (25,4%).

Com relação à análise dos nascidos vivos com riscos segundo a vigilância epidemiológica de Mogi Guaçu/SP, representou um total de 2.461 nascimentos. O mais frequente risco foi o índice de baixo peso ao nascer, que totalizou 1.355 (55%). Tendo como risco mães adolescentes foram 1.106 (45%). Como critério de risco de mães adolescentes o ano de 2012 apresentou maior frequência com 395 (36%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Fecundidade em declínio**. CEBRAP. n. 74. São Paulo, mar, 2006.

BRASIL. **Apresentação. Brasília**: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>. Acesso em: 8 jun. 2017.

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

CONITEC. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CROSBY, B.A.; RAMPHUL, N.; MURPHY, B.J. Antenatal discussion of the risks and benefits of VBAC and ERCS. **An International Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 124, n. 11, p.1440-1441, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12881/abstract>>. Acesso em: 01 out. 2017.

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

DINIZ, S.G. Women's movement defends birth centres in Brazil. **Reprod Health Matters**, v. 17, n.34, p.188-9, 2009.

FAISAL-CURY, A, MENEZES, P,R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n.2, p.233-39, 2006.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**[Internet], v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

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

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

MINAMISAWA, R. et al. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004.

NOGARETTI, J. **O índice de satisfação quanto ao atendimento fisioterapêutico das puérperas no alojamento conjunto do Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Trabalho de Conclusão (Curso de Fisioterapia), Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, Santa Catarina; 2006.

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

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S.. A Decisão Pela Via De Parto No Brasil: Temas e Tendências Na Produção Da Saúde Coletiva. **Texto Contexto Enferma.**, v. 25, n.1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

SANTOS, A.L.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Assistência Pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, v. 11 (Especial), p.61-71, 2010.

WALDVOGEL, B. et al. **Mudanças nos componentes da dinâmica demográfica paulista**. SP Demográfico, ano 12, n. 3, set. 2012.



IMACULADA

FACULDADES MARIA IMACULADA