

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ-UNIOESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO (NÍVEL MESTRADO)**

CARLA REGINA MOREIRA CAMARGO

**PERFIL CLÍNICO DA GESTAÇÃO TARDIA: ENFOQUE PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

**Foz do Iguaçu-PR
2018**

CARLA REGINA MOREIRA CAMARGO

**PERFIL CLÍNICO DA GESTAÇÃO TARDIA: ENFOQUE PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Nível de Mestrado da UNIOESTE, Campus Foz do Iguaçu – PR, para obtenção do título de Mestre em Ensino.

Linha de Pesquisa: Ensino em Ciências e Matemática.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Adriana Zilly

**Foz do Iguaçu-PR
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Camargo, Carla Regina Moreira

Perfil clínico da gestação tardia: enfoque para promoção da saúde / Carla Regina Moreira Camargo; orientador(a), Adriana Zilly, 2018.
60 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ensino, 2018.

1. Gestação Tardia. 2. Pré-Natal . 3. Educação em Saúde . 4. Promoção da Saúde. I. Zilly, Adriana. II. Título.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Foz do Iguaçu - CNPJ 78.680.337/0004-27
Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Fone: (45) 3576-8100 - Fax: (45) 3575-2733
Pólo Universitário - CEP 85870-650 - Foz do Iguaçu - Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

CARLA REGINA MOREIRA CAMARGO

Perfil Clínico da Gestação Tardia: Enfoque para promoção da Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino, área de concentração Ciências, Linguagens, Tecnologias e Cultura, linha de pesquisa Ensino em Ciências e Matemática, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Adriana Zilly

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Lucinar Jupir Forner Flores

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Marechal Cândido Rondon
(UNIOESTE)

Carmen Justina Gamarra

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)

Foz do Iguaçu, 15 de fevereiro de 2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças para superar todos os obstáculos;

À minha família, por acreditar que eu chegaria até esta etapa de minha vida;

Aos amigos e colegas, pelo apoio e incentivo constantes;

À orientadora Adriana Zilly, pelos ensinamentos, paciência e acima de tudo pela oportunidade oferecida nessa jornada. Minha eterna gratidão;

A todos os mestres que passaram por mim e compartilharam seus conhecimentos, contribuindo com meu aprendizado e evolução como ser humano, meu muito obrigada.

RESUMO

CAMARGO, C. R. M. **Perfil clínico da gestação tardia: enfoque para promoção da saúde.** Foz do Iguaçu, 2018. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ensino) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

Introdução: A gestação tardia teve um considerável aumento nos últimos anos no Brasil. O adiamento da gestação ocorre por motivos adversos e por essa razão possui maior risco de desenvolver complicações maternas, fetais e neonatais. O período do pré-natal se torna um momento propício para promoção da saúde dessas gestantes, pois além de reunir saberes e conhecimentos de diferentes profissionais para uma assistência de qualidade, favorece o vínculo e promove um atendimento mais humanizado. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em um hospital de referência na tríplice fronteira e apontar estratégias na educação em saúde para promoção da saúde da gestante tardia. **Métodos:** Estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no 1º semestre de 2017, composto por mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram pelo processo de parto no período de 2012 a 2016 em uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco em Foz do Iguaçu-PR. Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel®, para análise dos dados foi realizado o teste Qui Quadrado, utilizado um nível de significância de 5% e o valor de p de <0.05 . **Resultados:** No período de 2012 a 2016 ocorreram 2.605 partos de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, e que vem apresentando um aumento de partos em gestantes tardias, quanto à nacionalidade as brasileiras foram à maioria, à ocupação hospitalar foi maior pelo sistema público, a maioria eram multíparas, o parto cirúrgico foi o mais realizado, quanto ao pré-natal à maioria realizou, as intercorrências gestacionais mais encontradas foram a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a pré-eclampsia, o parto cirúrgico teve maior incidência para prematuridade, baixo peso e como desfecho neonatal, a unidade de terapia neonatal. **Conclusão:** Através da caracterização do perfil clínico das gestantes tardias, não evidenciou um perfil diferente da realidade de outros municípios e que ações de educação em saúde por meio de rodas de conversa, cartilha, acolhimento individual, podem ser realizadas como estratégia para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Idade materna; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

CAMARGO, C. R. M. **Clinical profile of late gestation: a focus to promote health.** Foz do Iguaçu, 2018. 60 p. Dissertation (Master in Teaching) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

Purpose: Late pregnancy has had a considerable increase in recent years in Brazil. Postponement of pregnancy occurs due to adverse reasons and therefore has a higher risk of developing maternal, fetal and neonatal complications. The prenatal period becomes a propitious moment to promote the health of these women, as well as gathering knowledge and knowledge of different professionals for a quality care, favors the bond and promotes a more humanized care. **Objective:** To describe the clinical profile of the pregnant woman aged 35 years or over in a referral hospital in the triple border and to identify strategies in health education to promote the health of late pregnant women. **Method:** A retrospective, quantitative study, carried out in the first semester of 2017, composed of women aged 35 years or over who underwent the birth process in the period from 2012 to 2016 in a hospital institution of reference for high risk gestation in Foz do Iguaçu-PR. Data were tabulated in Microsoft Excel ® spreadsheets. Data were analyzed using a Chi square test, using a significance level of 5% and p value of <0.05. **Results:** During the period from 2012 to 2016, 2,605 deliveries of women aged 35 years or more occurred, which has shown an increase in deliveries in late pregnant women; in terms of nationality, the Brazilian women were the majority, the hospital occupation was higher by the system. Most of the gestational complications were arterial hypertension, diabetes mellitus, and preeclampsia. The surgical delivery had a higher incidence for prematurity, low birth weight, and as neonatal outcome, the neonatal therapy unit. **Conclusion:** Through the characterization of the clinical profile of late pregnant women, it did not show a different profile of the reality of other municipalities and that health education actions through meetings, booklet, and individual reception, can be carried out as a strategy for the health promotion.

Key-words: Health Education; Maternal age; Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS

CM: Centímetro

DATA SUS: Departamento de Informática do SUS

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

ES: Educação em Saúde

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV: Vírus do Papiloma Humano

IBGE: Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

GIG: Grande para Idade Gestacional

MERCOSUL: Mercado Comum do Sul

MS: Ministério da Saúde

PE: Pré-Eclâmpsia

RMP: Rede Mãe Paranaense

PIG: Pequeno para Idade Gestacional

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RN: Recém-nascido

SESA/PR: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Único de Saúde

UCI: Unidade de Cuidados Intermediários

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição de partos totais e de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017.....	24
Figura 2- Porcentagem de intercorrências em primigestas e multíparas com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Incidência da nacionalidade e convênio em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017.....	25
Tabela 2 - Perfil da gestante tardia considerando dados de admissão. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017.....	26
Tabela 3 - Perfil da gestante tardia considerando dados obstétricos. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes. P-valor dos testes de Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu, 2017.....	27
Tabela 4 - Perfil da gestante tardia considerando dados do parto. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes. P-valor dos testes de Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu, 2017.....	29
Tabela 5 - Frequências de partos em relação a mulheres primigestas e múltiparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017.....	30
Tabela 6 - Frequências das intercorrências em mulheres primigestas e múltiparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para k proporções. Foz do Iguaçu, 2017.....	30
Tabela 7 - Frequências de problemas associados/intercorrências nas gestantes durante o período pré-natal. P-valor do teste de Qui Quadrado. Foz do Iguaçu, 2017.....	31
Tabela 8 - Frequências das características dos recém-nascidos em relação ao tipo de parto (Normal ou Cesárea). P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017.....	33
Tabela 9 - Frequências de peso e idade gestacional dos recém-nascidos em relação a mulheres primigestas e múltiparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017.....	34
Tabela 10 - Frequências das intercorrências maternas em relação ao tipo de parto (Vaginal ou Cirúrgico). P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017.....	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	14
3.1	Objetivo Geral	14
3.2	Objetivos Específicos	14
4	REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
4.1	Gestação Tardia.....	15
4.2	Pré-Natal e sua importância para a Promoção da Saúde da Gestante.....	17
4.3	Educação em Saúde para a Promoção da Saúde da Gestante Tardia.....	18
5	METODOLOGIA.....	20
5.1	Tipo de Pesquisa.....	20
5.2	Local do Estudo.....	20
5.3	Coleta dos Dados e População da Amostra.....	21
5.4	Critério de Inclusão e Exclusão.....	21
5.5	Instrumento de Coleta de Dados.....	21
5.6	Classificação das Variáveis.....	22
5.7	Análise dos Dados.....	22
5.8	Aspectos Éticos.....	23
6	RESULTADOS.....	24
7	DISCUSSÃO.....	36
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
9	REFERÊNCIAS.....	48
	APÊNDICE.....	57
	ANEXO.....	58

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) destacam que a gravidez tardia ou em idade avançada é compreendida como aquela que ocorre em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, nessa gravidez é mais passível de serem desenvolvidas complicações, o que torna a gestação de alto risco (BRASIL, 2012). Entretanto, o número desse público vem aumentando nos últimos anos no Brasil, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), de 100% dos nascidos vivos, 13% são de gestantes com 35 anos ou mais (MS, 2015).

O fato de se prorrogar a gestação pode ocorrer por motivos adversos, seja por êxito profissional, financeiro, constituição familiar, infertilidade ou contraceptivos (GRAVENA *et al.*, 2012).

A possibilidade de complicações durante a gestação em idade avançada pode estar associada à obesidade gestacional, diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-eclampsia, maior incidência de mortalidade materna e neonatal, além de aumentar o risco de fatores de anormalidades cromossômicas, abortos espontâneos, baixo peso ao nascer, prematuridade, parto cesáreo ou cirúrgico, entre outros (DAKOV *et al.*, 2014).

Sendo assim, a assistência a essa mulher deve ser pautada na organização de uma rede de referência ao atendimento da gestante, para que o pré-natal seja realizado com segurança, minimizando as complicações maternas e melhorando os resultados perinatais, observando-se a humanização da saúde (CANHAÇO *et al.*, 2015). Como uma das estratégias do setor da saúde para buscar melhoria da qualidade de vida da população, a promoção da saúde proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos a saúde e elabora mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade (BRASIL 2002; BUSS, 2000). A educação em saúde é considerada um dos principais instrumentos de possibilidade da promoção da saúde, contribuindo para a prevenção de doenças e o desenvolvimento da responsabilidade individual (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

O período do pré-natal se torna um momento propício para a intervenção dos profissionais da saúde com o objetivo de informar a gestante sobre os benefícios de um estilo de vida mais saudável durante e após a gestação, desde a entrega de um material didático com orientações até utilização de rodas de conversa em sala de espera (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

O incentivo a um estilo de vida mais saudável traz inúmeras vantagens, dentre as quais o aumento da capacidade funcional da placenta e a distribuição de nutrientes, alívio nos desconfortos intestinais, maior facilidade e menor tempo no trabalho de parto, redução das complicações obstétricas, efeito protetor contra parto prematuro, menor probabilidade do feto em ter excesso de peso ou baixo peso ao nascer, diminuição do risco de parto cesariano, redução do edema, câimbras e fadiga, melhor adaptação cardiovascular, aumento do nível de líquido amniótico, menor risco de desenvolver diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, prevenção do excesso de peso materno, da intolerância à glicose, das dores lombossacrais e hérnias de disco, manutenção da forma física e postura, melhor adaptação psicológica às mudanças corporais, melhora do sono, melhor recuperação pós-parto, menor tempo de hospitalização, entre outros (GOMES e COSTA, 2013; ACSM, 2013; FERREIRA et al., 2014; ESPÍRITO SANTO et al., 2014; MONTENEGRO, 2014; NASCIMENTO et al., 2014; SANTOS, 2015).

Nesse contexto, verifica-se a importância de conhecer o perfil clínico dessa gestante com idade igual ou superior a 35 anos, a fim de identificar quais as complicações pré-natais mais encontradas, a incidência de intercorrências maternas em relação ao tipo de parto, o desfecho neonatal, assim como apontar estratégias na educação em saúde para a promoção da saúde na gestação tardia, sendo esse o objeto do estudo.

2. JUSTIFICATIVA

A gravidez em idade avançada tem sido considerada de alto risco devido à probabilidade de desenvolver complicação materna, fetal e no recém-nascido decorrente da incidência crescente de síndrome hipertensiva, maior ganho de peso, presença de obesidade, miomas, diabetes, aborto e cesárea (GOLDMAN *et al.*, 2005; BRASIL 2012). A idade por si só pode não constituir fator de risco, pois o controle durante o período pré-natal e a adequada assistência no trabalho de parto condicionam prognósticos maternos e perinatais semelhantes aos das gestantes mais jovens, esperando-se resultados positivos dessas gestações (ALDRIGHI *et al.*, 2016).

Com o intuito de garantir a promoção da saúde, bem-estar, cuidados, acolhimento e vínculo com a gestante, a atuação da equipe multiprofissional de saúde se faz necessária, pois reúne saberes e conhecimento de diferentes profissionais para uma assistência de qualidade (PADILHA *et al.*, 2011).

Segundo Aldrighi *et al.*, (2016), a promoção da saúde de mulheres em gestação tardia precisa de cuidados individualizados, pautados na humanização do cuidado à saúde da mulher e no estímulo de uma reflexão sobre o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa população, pois faltam iniciativas governamentais que sejam direcionadas especificamente a esse público.

O MS, em conjunto com as Secretarias Estaduais, Municipais e o Distrito Federal, elaborou a Caderneta da Gestante, que é disponibiliza às gestantes informações sobre seus direitos, mudanças ocorridas durante a gravidez, desenvolvimento e crescimento do feto, sinais de risco em cada etapa da gravidez, hábitos saudáveis de vida (alimentação, exercícios físicos, entre outros), acompanhamento do pré-natal, sinais de parto, tipo de parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido e puerpério (BRASIL, 2016).

Em uma pesquisa realizada por Nascimento *et al.*, (2014), os autores constataram que falta padronização das informações nas orientações dessas mulheres quanto aos exercícios físicos e ressaltam a importância de sensibilizar os gestores públicos e profissionais de saúde para que programas adequados de atividade física durante a gestação sejam disponibilizados a todas as gestantes.

Para compartilhar práticas e saberes com as gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal, a utilização de um material educativo elaborado pela equipe de profissionais de

saúde como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas pode ter impacto no processo educativo direcionado pela educação em saúde na gestação (REBERTE *et al.*, 2012).

Outra estratégia para promover a educação em saúde que a literatura cita, que pode ser utilizada para uma assistência de qualidade e efetiva, é através das rodas de conversa, uma forma dialógica de educação em saúde para produzir uma reflexão e discussão sobre os assuntos relacionados a gestação tardia, podendo levar a uma sensibilização dessas mulheres frente a sua saúde, podendo também partir de um material de apoio, como um folheto, vídeo (SANTOS *et al.*, 2012; MANDRÁ e SILVEIRA,2013).

Esse contexto, no qual as mulheres optam por uma gestação tardia, vem crescendo nos últimos anos, e estas, pelo fator idade, estão mais predispostas a desenvolver complicações maternas e fetais. Por esse motivo, acredita-se que este projeto seja de relevância, pois visa a descrever o perfil clínico da gestante tardia e buscar na literatura as possíveis estratégias a serem trabalhadas para a promoção de sua saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em um hospital de referência na tríplice fronteira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a frequência de gestações quanto ao tipo de parto em mulheres primíparas e multíparas da gestação tardia;
- Identificar quais as intercorrências no período gestacional da gestação tardia;
- Verificar a incidência de intercorrências maternas em relação ao tipo de parto em primíparas e multíparas na gestação tardia;
- Observar ocorrência de prematuridade e baixo peso na gestação tardia entre as primíparas e multíparas;
- Analisar o desfecho neonatal da gestação tardia;
- Apontar estratégias na educação em saúde para promoção da saúde da gestante tardia.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Gestação Tardia

A análise da história da mulher permite mostrar como o seu papel social sofreu alterações, partindo de um modelo patriarcal, em que o papel da mulher era cuidar da casa, marido e filhos, e no período da urbanização e industrialização começa-se a atribuir às mulheres um papel profissional, antes somente privilégio dos homens. O trabalho feminino alterou o papel de mãe, esposa e mesmo o sexual antes lhe atribuído, e hoje as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, seja em busca de realização profissional ou com o intuito de complementar a renda familiar (PARADA e TONETE, 2009; BEZERRA *et al.*, 2015;).

A gravidez é considerada um acontecimento social, que corresponde a um processo ímpar e especial não somente da mulher e do homem, mas voltada também para as famílias e para a comunidade (PADILHA *et al.*, 2011). O desenvolvimento da medicina reprodutiva propiciou os meios contraceptivos, avanços na atenção à saúde materno-infantil, mudança histórico-social, adiamento do casamento, menor paridade e econômica da mulher. No tocante ao planejamento familiar, o adiamento da gravidez para depois dos 35 anos é opção de algumas mulheres, muitas vezes associadas ao maior nível socioeconômico e educacional (GRAVENA *et al.*, 2012).

No Brasil, os nascimentos provenientes de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos vêm aumentando nas últimas décadas, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Esse órgão apontou, em 2005, 279.190 nascidos vivos, enquanto em 2010 esse número foi de 299.183. No Estado do Paraná, em 2010 foram 13.651 nascidos vivos (GONÇALVES e MONTEIRO, 2012).

Em consonância com o MS, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez. Isso torna a gestação de alto risco, principalmente em primigesta, e exige uma atenção maior no pré-natal, pois é suscetível a riscos pré, peri e pós-natal para a mulher e para o recém-nascido (BRASIL, 2012).

Rodrigues *et al.*, (2012), assinalam que a gestação tardia representa cerca de 10% dos nascimentos e é fator de risco para algumas complicações obstétricas e clínicas, que podem ser decisivas no desfecho da gravidez (OJULE *et al.*, 2011). Teixeira *et al.*, (2015) pontuam

que essas gestantes têm maiores taxas de desfecho materno-fetal desfavoráveis, sendo necessária especial atenção em sua assistência.

A descrição desse tipo de gravidez inicia com a caracterização da fertilidade feminina, que teoricamente começa a entrar em declínio a partir dos 30 anos de idade, em um processo denominado climatério. Embora a menopausa ocorra em torno dos 50 anos, o período reprodutivo da maior parte das mulheres encerra-se uma década antes (GRAVENA *et al.*, 2012).

A mulher, aos 35 anos, apresenta uma considerável redução de probabilidades de concepção à medida que ocorre um declínio na quantidade e qualidade dos ovócitos disponíveis e se traduz no momento das possibilidades de anomalias cromossômicas e congênitas. O aumento da idade acarreta, ainda, a diminuição da função endócrina ovariana, tornando o ovário incapaz de sustentar sua função regular no eixo neuroendócrino, além de estar associada ao aumento de fibroides e carcinoma uterino, que pode criar um ambiente hostil à implantação do óvulo (PARADA e TONETE, 2009).

Mulheres com essa faixa etária, durante o período gestacional, podem apresentar o dobro de taxas de hospitalização quando comparadas com as abaixo dessa idade. No que se referem aos fatores orgânicos, ultrapassam vários obstáculos biológicos que se iniciam antes da concepção, cruzam todo o período gestacional e encontram expressão, muitas vezes, no pós-parto (OJULE *et al.*, 2011; BEZERRA *et al.*, 2015).

De acordo com Rodrigues *et al.*, (2012) e Bezerra *et al.*, (2015), a gestação tardia possui maior risco de adquirir complicações maternas, como, por exemplo, diabetes gestacional, hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, distocias, trabalho de parto prolongado, rotura prematura de membranas e patologias da tireóide. Risco acrescido de complicações fetais e do recém-nascido, denominados cromossomopatias, aborto espontâneo, baixo peso ao nascimento, microssomias, prematuridade e óbito neonatal.

Os fatores de risco que contribuem para hipertensão gestacional e para a pré-eclâmpsia são insuficiência renal, diabetes, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e a raça negra (SAMPAIO *et al.*, 2013). A classificação das doenças hipertensivas na gestação, de acordo com o MS (BRASIL, 2010), são: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional.

Dentre os distúrbios hipertensivos, a pré-eclâmpsia é considerada uma síndrome multissistêmica que pode ocorrer após a vigésima semana de gravidez e presença de proteinúria. Alguns sinais podem ser indicativos, tais como presença de edema, especialmente na face, ao redor dos olhos e mãos; ganho de peso acentuado; náuseas e/ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaleia e alterações visuais (visão borrada e/ou turva); hiperreflexia; taquipneia e ansiedade (OMS, 2013). Na fase inicial, a doença é assintomática, porém quando não identificada e tratada adequadamente, sua evolução natural é para as formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (AL-JAMEIL *et al.*, 2014).

A eclâmpsia distingue-se pela presença de convulsões em mulheres cuja gravidez se complicou devido à pré-eclâmpsia, excluindo outros diagnósticos diferenciais como epilepsia, meningite, sepse, entre outros (OMS, 2013).

A Síndrome de Hellp é um quadro clínico caracterizado por hemólise, elevação de enzimas e plaquetopenia. Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2010).

Além dos distúrbios hipertensivos, a hipertensão gestacional acontece pela primeira vez durante a gestação, sem presença de proteinúria e possui outras complicações associadas, como o deslocamento prematuro da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte fetal, edema pulmonar e cerebral. A hipertensão crônica é diagnosticada antes da gestação ou até a 20ª semana de gestação ou até o puerpério se a pressão arterial permanecer elevada (BRASIL, 2010).

Souza *et al.*, (2013) afirmam que a hipertensão atinge cerca de 10% das gestações, podendo se manifestar sob diversas formas clínicas. Representa uma das principais causas de óbito materno, associando-se a elevadas taxas de morbidade e mortalidade perinatal no Brasil e no mundo.

Mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) podem desenvolver complicações durante a gestação e contribuir com resultados negativos obstétricos, incluindo macrosomia fetal, hipoglicemia neonatal e parto cirúrgico (WENDLAND *et al.*, 2012). Os fatores de risco para DMG incluem maior paridade, idade materna avançada, história familiar de diabetes mellitus, raça não-branca, sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, antecedentes obstétricos como morte fetal ou neonatal, história de macrosomia fetal ou diabetes gestacional prévios, abortos de repetição e malformações congênitas fetais ou ganho de peso excessivo na gestação em curso (HUNSBERGER *et al.*, 2010; DESTCH *et al.*, 2011).

4.2. Pré-Natal e sua importância para a Promoção da Saúde da Gestante

A atenção ao pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender as necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto. Isso se evidencia como um fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas relativas a possíveis fatores de risco para complicações à saúde materna infantil (BRASIL, 2006).

O MS recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais (BRASIL, 2006). Uma assistência qualificada e humanizada no pré-natal deve ter a interação dos aspectos da infraestrutura dos serviços de saúde e do processo de trabalho, sendo a infraestrutura uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. O processo de trabalho, quando pautado na humanização da assistência, valoriza o vínculo com a gestante e a efetivação de ações de educação em saúde, abordagem multiprofissional que garante um olhar diferenciado sobre a usuária na intenção de atender às suas necessidades (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Guerra e Jucá (2016) revelou que as mulheres enfrentam dificuldades de distintas ordens para realizar o cuidado pré-natal, dentre estas questões psicológicas, situação socioeconômica, acessibilidade geográfica, superlotação dos serviços de saúde. Mesmo enfrentando tais situações, algumas não medem esforços para garantir assistência especializada na promoção à sua saúde e prevenção de agravos para seu filho.

Com o objetivo de garantir a promoção da saúde, bem-estar, cuidados, acolhimento e vínculo à gestante, a atuação da equipe multiprofissional de saúde se faz necessária, pois reúne saberes e conhecimento de diferentes profissionais para uma assistência de qualidade tanto para a gestante quanto para a criança (PADILHA *et al.*, 2011).

No estudo produzido por Pohlmann *et al.*, (2016), verificou-se que o modelo assistencial que direciona as ações na assistência pré-natal em um município do extremo sul do país foi biomédico e as práticas assistenciais embasadas nesse modelo não são as mais eficazes, uma vez que tratam somente dos aspectos biológicos da gestante, deixando de lado outras necessidades, de cunho educativo que envolve todas as esferas da vida da mulher. Os autores salientam a relevância de empoderar as mulheres sobre questões referentes aos seus

direitos, sobre o seu corpo, condutas e procedimentos, para que se possa dar voz ativa à população e que esta busque uma assistência digna. Ainda argumentam que se deve incluir ao modelo biomédico outros modelos, como o de promoção da saúde e prevenção de doenças.

4.3 Educação em Saúde para a Promoção da Saúde da Gestante Tardia

A educação em Saúde (ES) como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, capaz de revelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a ter autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO *et al.*, 2007). É considerada como um dos elementos fundamentais no processo da Promoção da Saúde, e suas atividades devem ser dirigidas para a transformação dos comportamentos humanos, focando em seus estilos de vida e nas relações da família e o meio social (HEIDEMANN *et al.*, 2012).

Sendo assim, a ES não se limita apenas a transmitir conhecimentos a um determinado público, mas estabelece vínculos entre pacientes / clientes e profissionais, promovendo a participação ativa da comunidade, a inclusão social, constantes remodelagem conceituais desses indivíduos quanto a hábitos que comprometam sua saúde e qualidade de vida. (JANINI *et al.*, 2015).

Falkenberg *et al.*, (2014) declaram que para promover a educação em saúde, é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais, isto é, a educação na saúde. Os autores ponderam que na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico.

Em um estudo conduzido por Rolim *et al.*, (2016), a utilização da educação popular é tida como estratégia incentivadora, de reflexão e mudança de atitudes, complementada por ações que buscam inserir os participantes dentro de suas próprias realidades. Trata-se da forma disponível para que os profissionais de saúde realizem um cuidado humanizado, contribuindo, de maneira ativa, com a população, alcançando os objetivos propostos pelo MS no que diz respeito à educação em saúde.

Guerra e Jucá (2016) destacam a importância de um pré-natal composto por uma equipe multiprofissional, estimulando ações de educação em saúde que contribuam para a

construção de espaços de troca entre mulheres e equipe de saúde, a fim de proporcionar um cuidado integral as mulheres.

Na intenção de promover a melhoria da assistência, com acolhimento e humanização do atendimento, mediante a educação em saúde, Santos *et al.*, (2012), abordaram essas temáticas de forma criativa e dinâmica, através de montagem com cartolinas e revistas do corpo feminino idealizado pelas mulheres, levando-as a refletir sobre as questões de gênero e os tabus da sociedade, outras estratégias foram vídeos educativos, rodas de conversa, palestra com convidados, entre outros, a fim de obter a atenção das gestantes que aguardam por atendimento na sala de espera em uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde também discutiram temas referentes aos tipos de parto, alívio da dor por meio da automassagem, amamentação, cuidados com o corpo e as mamas, com o recém-nascido, planejamento familiar e sexualidade na gravidez. A partir da construção da sala de espera, os autores asseveram que é possível um espaço de compartilhamento de experiências, sentimentos, afetos e socialização dos saberes técnico-científicos e populares.

Viellas *et al.*, (2014), enunciam ser baixa a proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal. Os autores evidenciam o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação, sendo priorizadas as orientações sobre sinais de risco, e reforçado o caráter biomédico da assistência.

Na direção de reforçar as orientações e promover melhor assistência, a elaboração de uma cartilha educativa se faz necessária para a adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva, sendo considerada como um recurso suplementar disponível à gestante. Seu conteúdo pode auxiliar na tomada de decisões relacionadas aos cuidados, de acordo com as preferências e os valores das próprias gestantes. Dessa maneira, a cartilha constitui um suporte aos profissionais e às gestantes para superarem dúvidas e dificuldades que permeiam o processo de gestação e parto (REBERTE *et al.*, 2012).

Não se pretende aqui construir um material didático, mas ao pesquisar o perfil clínico das parturientes com mais idade e o desfecho neonatal, espera-se conhecer a situação gravídica para posteriormente indicar ações e estratégias de promoção da saúde dessas mulheres.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é de corte transversal, retrospectiva, de abordagem quantitativa, por meio de um banco de dados secundário da própria instituição hospitalar de referência para alto risco.

O método retrospectivo proposto refere-se à observação, descrição e documentação dos aspectos e características em uma determinada população ou área de interesse relacionados a partir de anos anteriores da pesquisa até o momento presente, de forma a avaliar e analisar fatos e situações ocorridas (RODANOV e FREITAS, 2013).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Setor de Arquivos de uma instituição hospitalar de Foz do Iguaçu-PR, localizada na Região Sul do Brasil, com aproximadamente 264.044 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

A instituição situa-se em um município de tríplice fronteira, envolvendo o município de Foz do Iguaçu (Brasil), considerado vulnerável, a Cidade do Leste (Paraguai) e Puerto Iguassu (Argentina). Encontra-se no centro geográfico do Mercosul. Outra particularidade da cidade é que abriga em torno de 72 etnias.

Dentre os municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Foz do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, Missal, Matelândia, Medianeira e Itaipulândia, apenas Foz do Iguaçu possui uma instituição hospitalar para atender à gestante de alto risco, sendo referência para a 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Atende também gestantes do Paraguai e Argentina por fazer fronteira com essas cidades.

A instituição citada é referência para atendimento à gestação de alto risco tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para o sistema privado.

5.3 BUSCA DE DADOS E POPULAÇÃO DA AMOSTRA

A busca de dados para este trabalho ocorreu no 1º semestre de 2017. A população foi composta por todas as mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram pelo processo de parto na referida instituição hospitalar no período de 2012 a 2016.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram registros de mulheres submetidas a partos vaginais ou cesáreas, com nascimentos ocorridos no período de 2012 a 2016, independente do local de procedência. A faixa etária deveria ser igual ou maior que 35 anos e que tivessem ou não realizado pré-natal.

Os critérios de exclusão foram mulheres submetidas a procedimentos obstétricos como curetagem uterina, cerclagem ou laparotomia por gestação ectópica e faixa etária menor ou igual a 35 anos de idade.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para a busca de dados foi estruturado (Apêndice I), contendo variáveis organizadas da seguinte forma:

Dados obstétricos: número de gestações incluindo a atual, tipo de parto atual e anteriores (normal ou cesárea), aborto anterior (sim ou não), número de consultas da gestação atual, comorbidades atuais ou anteriores.

Dados de admissão da gestante: data, hora, dilatação da cérvix (DC), dinâmica uterina (DU) (presente ou não), batimentos cardíacos fetais (positivo ou negativo), condições da bolsa amniótica (íntegra ou rota), tipo de convênio no hospital (público, privado).

Dados do parto: admissão/hora, tipo parto (vaginal ou cirúrgico), episiotomia (sim ou não), apresentação do feto, anestesia, intercorrências.

Dados do recém-nascido: gênero, peso, idade gestacional, apgar 1º e 5º minuto, intercorrências, destino do recém-nascido após nascimento (alojamento conjunto, unidade de terapia intensiva neonatal).

5.6 AGRUPAMENTOS DAS VARIÁVEIS

A inserção no pré-natal foi classificada por intermédio do número de consultas segundo as recomendações do MS:

- a) Não realização do pré-natal;
- b) Pré-natal insuficiente (com menos de seis consultas);
- c) Pré-natal suficiente (acima de seis consultas).

As parturientes foram agrupadas em brasileiras, brasiguaias, paraguaias, argentinas e estrangeiras (BRASIL, 2016).

De acordo com Albuquerque (2010), brasiguaios são imigrantes brasileiros, que se estabeleceram no território da República do Paraguai, em áreas que fazem fronteiras com o Brasil.

O recém-nascido foi classificado quanto à idade gestacional, conforme a OMS (2006), em:

- a) Pré-termo todo nascimento antes de 37 semanas;
- b) A termo igual ou maior que 37 semanas até 41 semanas;
- c) Pós-termo igual ou maior de 42 semanas.

O peso do recém-nascido foi classificado em consonância com a OMS (WHO, 1995) em:

- a) Baixo peso (inferior a 2500g);
- b) Peso insuficiente (peso entre 2500 a 2990g);
- c) Peso adequado (peso entre 3000 a 3999g);
- d) Excesso de peso ou macrossomia (4000 g ou mais).

O Índice de Apgar de 1º e 5º minuto foi classificado como < 7 e ≥ 7 (APGAR, 1963).

O parto foi classificado como cirúrgico ou vaginal.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por esta pesquisa foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®, considerando o período de 2012 a 2016.

Para análise da incidência de gestantes em relação às variáveis nacionalidade e convênio, foi utilizado o teste Qui Quadrado para Bondade de Ajuste (Aderência). Na avaliação dos perfis de admissão, obstétricos e propriamente do parto das gestantes, aplicou-se para cada variável o teste Qui Quadrado para k proporções. Para a frequência de partos entre primigestas e múltiparas foi realizado o teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustados. A frequência de intercorrências no tocante ao número de filhos das mulheres foi avaliada por meio do teste de Qui Quadrado para K proporções. A avaliação dos problemas associados ao longo do período pré-natal foi realizada por meio da aplicação do teste de Qui Quadrado para Bondade de Ajuste. As características dos recém-nascidos (Peso, Idade Gestacional, Apgar 1º, Apgar 5º, Intercorrências e Destino) foram relacionadas com o tipo de parto por meio do teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustados. O mesmo tipo de análise estatística foi realizado para avaliação da associação entre baixo peso e prematuridade no que tange ao número de filhos das gestantes, bem como intercorrência associada ao tipo de parto.

Na intenção de determinar a possível significância, foi adotado um nível de significância de 5%. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi de <0.05 .

Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLStat Versão 2017 (ADDINSOFT, 2017).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, sob o parecer 2.009.310 e CAAE 39317914.6.0000.0107 (Anexo I) e atendeu às normas da Resolução 466/2012, que envolve pesquisa com seres humanos.

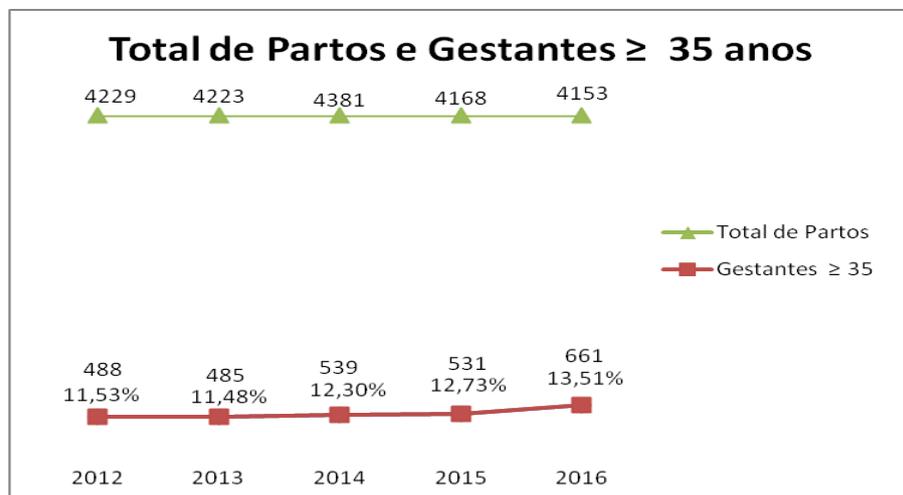
6. RESULTADOS

No período de 2012 a 2016, ocorreram 21.154 partos, sendo 2.605 (12,31%) em gestantes tardias no hospital de referência para alto risco da 9ª Regional de Saúde em Foz do Iguaçu-PR.

6.1 DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA QUANTO AO NÚMERO TOTAL DE PARTOS REALIZADOS EM GESTANTES TARDIAS

Foi possível verificar que no decorrer dos anos analisados de 2012 a 2016, o número de partos realizados por gestantes com idade igual ou superior a 35 anos apresentou um aumento. Nos anos de 2015 e 2016, a taxa total de partos teve uma diminuição, e em gestantes tardias uma crescente, como mostra a Figura 1.

Figura 1- Distribuição de partos totais e de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017



*Fonte: Elaborada pela autora (2018).

6.2 DISTRIBUIÇÕES DA FREQUÊNCIA QUANTO À NACIONALIDADE E CONVÊNIO

Em relação à nacionalidade, verificou-se que 2399 (92,06%) das gestantes eram brasileiras, 83 (3,2%) paraguaias, 54 (2,1%) apresentaram dupla cidadania (as chamadas brasiguaias), 31 (1,2%) argentinas e 36 (1,4%) de outra nacionalidade.

Quanto ao internamento hospitalar dessas gestantes, (70,9%) ocorreu pelo sistema público.

No que se refere ao convênio utilizado para realizar o parto cirúrgico, 86,25% foram pelo privado e 50,4% pelo público. No que tange ao parto vaginal, 13,75% foram pelo privado e 49,6% pelo público.

A incidência de gestantes se distribuiu de formas distintas em relação às variáveis nacionalidade e convênio ($p < 0,0001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Incidência da nacionalidade e convênio em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017

Variável	Categorias	Incidência de Gestantes (n)	%	p-valor
Idade materna	≥ 35 anos	2605	99,96	<0,0001
	CE	1	0,04	
Nacionalidade	Brasileira	2399 ^a	92,1	<0,0001
	Paraguaia	83 ^b	3,2	
	Brasiguaias	53 ^c	2,1	
	Argentina	31 ^d	1,2	
	Outras	36 ^d	1,4	
	CE	3	0,1	
Convênio	Público	1847 ^a	70,9	<0,0001
	Privado	756 ^b	29,0	
	CE	3	0,1	

*Fonte: Elaborada pela autora (2017).

**Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

*** CE = classificada erroneamente em um grupo inexistente

6.3 CARACTERIZAÇÕES DO PERFIL DA POPULAÇÃO QUANTO AOS DADOS DE ADMISSÃO, OBSTÉTRICO E PARTO

No que se referem aos dados da admissão, pode-se verificar que a maioria das parturientes analisadas não apresentava dilatação no internamento (1405; 53,91%). Vale destacar que a segunda (1 a 3 cm) e terceira (4 a 9 cm) categorias não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

A variável dinâmica uterina esteve presente em 1388 (53,26%) das mulheres estudadas, enquanto em 1205 (46,24%) esteve ausente. Na maioria dos casos, os batimentos cardíacos fetais foram presentes (2570; 98,62%), e a bolsa amniótica estava íntegra (2137; 82%).

Ao se considerar as variáveis relacionadas aos dados de admissão, foi constatado com 5% de significância estatística que em todas as variáveis analisadas as categorias são estatisticamente distintas (p -valor $< 0,0001$ (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil da gestante tardia considerando dados de admissão. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017

Variável	Categoria	Frequência	%	p-valor
Dilatação	Sem	1405 ^a	53,91	<0,0001
	1 a 3 cm	580 ^b	22,26	
	4 a 9 cm	568 ^b	21,80	
	expulsivo	39 ^c	1,50	
	CE	12	0,46	
	NI	2	0,08	
Dinâmica uterina	presente	1388 ^a	53,26	<0,0001
	Ausente	1205 ^b	46,24	
	CE	12	0,46	
	NI	1	0,04	
Batimentos cardíacos fetais	presente	2570 ^a	98,62	<0,0001
	Ausente	35 ^b	1,34	
	CE	1	0,04	
Bolsa amniótica	Íntegra	2137 ^a	82,00	<0,0001
	não íntegra	465 ^b	17,84	
	CE	2	0,08	
	NI	2	0,08	

*Fonte: Elaborada pelo (2017).

**Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

***CE: classificação errada (em alguma categoria inexistente); NI: dado não informado.

****Cm: centímetro

Em relação às variáveis vinculadas aos dados obstétricos, observou-se com 5% de significância estatística que em todas as variáveis analisadas as categorias são estatisticamente distintas (p -valor $< 0,0001$ (Tabela 3).

No tocante ao número de gestações dessas mulheres, 1667 (63,97%) das parturientes estavam na 3ª gestação ou mais, 635 (24,37%) na 2ª gestação e apenas 304 (11,67%) na 1ª gestação.

Em relação à realização do parto cirúrgico, essa variável foi discretizada em 3 categorias: nenhum, 1º parto, 2º parto ou mais. Verificou-se que 1539 (59,06%) das parturientes não tiveram nenhum parto, 683 (26,21%) estavam na 1ª cesárea e 383 (14,70%) estavam na 2ª cesárea ou mais.

Foi possível constatar ainda que 1802 (69,17%) das parturientes não tiveram aborto, enquanto 802 (30,79%) haviam abortado.

No que tange à realização do pré-natal, 2509 (98,24%) das gestantes estudadas o fizeram.

Quanto ao número de consultas do pré-natal, a maior frequência foi observada das parturientes que foram a sete consultas ou mais (1704; 65,44%), e a menor frequência (211; 8,10%) daquelas que compareceram de 0 a 3 consultas durante a gestação.

No que se referem às intercorrências clínicas durante o período gestacional, 2215 (85,03%) das gestantes não apresentaram intercorrências.

Tabela 3 - Perfil da gestante tardia considerando dados obstétricos. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes. P-valor dos testes de Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu, 2017

Variável	Categoria	Frequência	%	p-valor
Gestações	1ª	304 ^c	11,67	<0,0001
	2ª	635 ^b	24,37	
	3ª ou mais	1667 ^a	63,97	
Partos normais	Nenhum	1183 ^a	45,40	<0,0001
	1º parto	439 ^c	16,85	
	2º ou mais	984 ^b	37,76	
Parto cesárea	Nenhuma	1539 ^a	59,06	<0,0001
	1ª	683 ^b	26,21	
	2ª ou mais	383 ^c	14,70	
	CE	1	0,04	
Aborto	Sim	802	30,79	<0,0001

	Não	1802	69,17	
	CE	1	0,04	
Pré-natal	Sim	2509 ^a	98,24	
	Não	44 ^b	1,72	
	CE	1	0,04	<0,0001
Nº consultas pré-natal	0 a 3	211 ^c	8,10	
	4 a 6	622 ^b	23,89	
	>=7	1704 ^a	65,44	<0,0001
	CE	22	0,84	
Intercorrência na gestação	NI	45	1,73	
	Sim	390 ^b	14,97	<0,0001
	Não	2215 ^a	85,03	

*Fonte: Elaborada pelo (2018).

**Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

***CE: classificação errada (em alguma categoria inexistente); NI: dado não informado.

No tocante às variáveis vinculadas ao parto, foi constatado com 5% de significância estatística que em todas as variáveis analisadas as categorias são estatisticamente distintas (p -valor $< 0,0001$ (Tabela 4).

Verificou-se que a maioria dos partos foi realizada no hospital (1624; 62,32%), enquanto 365 (14,01%) aconteceram em domicílio e 617 (23,68%) em outro lugar.

Quanto ao tempo de trabalho de parto, em 1680 (64,47%) das pacientes durou de 1h a 7h59min, sendo esse o mais frequente. A minoria das pacientes (94; 3,61%) ficou mais de 24h em trabalho de parto.

No tocante à apresentação do feto, 2484 (95,32%) das pacientes tiveram uma apresentação cefálica do feto.

Quanto ao tipo de parto atual, 1585 (60,82%) das parturientes foram de partos cirúrgicos, enquanto 1021 (39,18%) tiveram parto vaginal.

Cabe ressaltar que pelo sistema público, o parto cirúrgico foi 50,4% e o vaginal 49,6%. No sistema privado, o cirúrgico teve maior frequência, com 86,25%, e o vaginal 13,75%.

No que se referem às lacerações/partos vaginais, na maioria dos casos (1948; 75,74%) não foi verificada nenhuma. Em relação à anestesia, a mais frequentemente utilizada foi a raqui/peridural (1571; 60,28%).

Por fim, 2532 (97,20%) dos indivíduos analisados não tiveram nenhuma intercorrência durante o parto.

Tabela 4 - Perfil da gestante tardia considerando dados do parto. Frequências absoluta e relativa percentual das categorias de resposta das variáveis das parturientes. P-valor dos testes de Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu, 2017

Variável	Categoria	Frequência	%	p-valor
Local nascimento	Hospital	1624 ^a	62,32	<0,0001
	domicílio	365 ^c	14,01	
	Outro	617 ^b	23,68	
Tempo trabalho de parto	<1h	232 ^c	8,90	<0,0001
	1h a 7h59min	1680 ^a	64,47	
	8h a 24h	590 ^b	22,64	
	>24h	94 ^d	3,61	
	CE	10	0,38	
Apresentação	Cefálica	2484 ^a	95,32	<0,0001
	Pélvica	124 ^b	4,76	
	Córmica	12 ^c	0,46	
	CE	1	0,04	
Tipo de parto atual	Vaginal	1021 ^b	39,18	<0,0001
	Cirúrgico	1585 ^a	60,82	
	CE	1	0,04	
Lacerações/partos vaginais	nenhuma	1948 ^a	75,74	<0,0001
	laceração vaginal	301 ^b	11,70	
	episiotomia	321 ^b	12,48	
	CE	2	0,08	
Anestesia	Sem	365 ^c	14,01	<0,0001
	Local	616 ^b	23,64	
	analgesia	40 ^d	1,53	
	raqui/peridural	1571 ^a	60,28	
	Geral	1 ^e	0,04	
	CE	13	0,50	
Intercorrências/ parto	Sim	73 ^b	2,80	<0,0001
	Não	2532 ^a	97,20	

*Fonte: Elaborada pela autora (2017).

**Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

***CE: classificação errada (em alguma categoria inexistente).

6.4 FREQUÊNCIAS QUANTO AO TIPO DE PARTO EM PRIMIGESTAS E MULTÍPARAS

Ao avaliar a frequência de tipos de partos entre mulheres primigestas e múltiparas, verificaram-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=27,67$; $p < 0,0001$), com significativa

maior frequência de parto vaginal entre as multíparas e mais cirúrgico entre as primigestas (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequências de partos em mulheres primigestas e multíparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017

	Primigesta	%	Multíparas	%	p-valor
Vaginal	77	25%	943	41%	<0,0001
Cirúrgico	227	75%	1357	59%	
NA	0	0%	2	0,1%	

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

** NA: não foi especificado o tipo.

6.5 INCIDÊNCIAS DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL EM PRIMIGESTAS E MULTÍPARAS

No total, foram avaliadas 304 primigestas e 2302 mulheres multíparas. Destas, 22% das primigestas apresentaram intercorrências no período gestacional, seguidas de 12% das multíparas com tais problemas.

Houve diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos de mulheres em relação à frequência de intercorrências ($\chi^2=21,59$; $p<0,0001$) (Tabela 6 e Figura 2). As intercorrências mais frequentes se deram entre as primigestas.

Tabela 6 - Frequências das intercorrências em primigestas e multíparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para k proporções. Foz do Iguaçu, 2017

Categorias	Intercorrências	N	%	p-valor
Primigesta	Sim	67	22%	<0,0001
	Não	194	64%	
	NA	43	14%	
Multíparas	Sim	279	12%	
	Não	1647	72%	
	NA	376	16%	

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

** NA: não foi especificado o tipo.

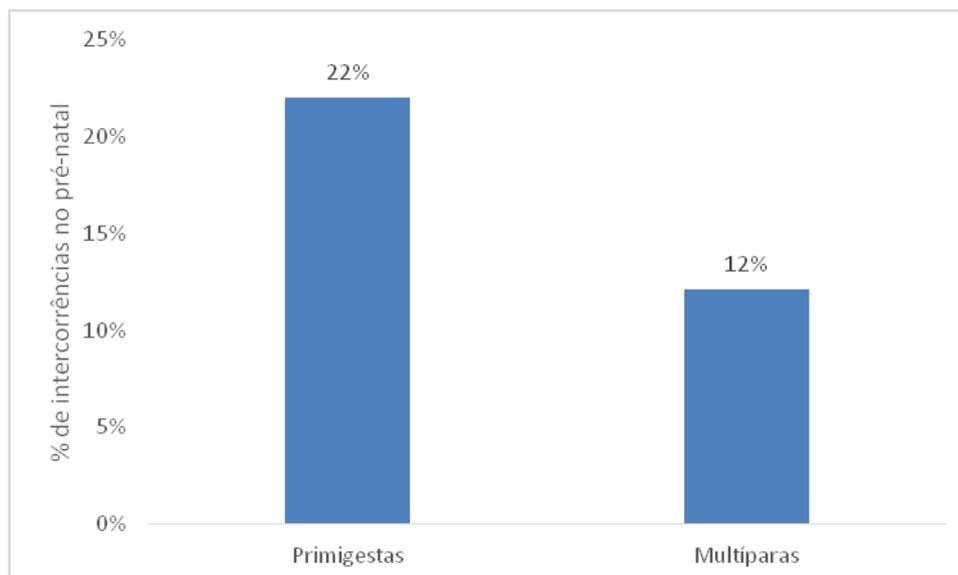


Figura 2 - % de intercorrências em primigestas e multíparas com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospital de referência, Foz do Iguaçu, 2017

6.6 INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

No tocante aos problemas associados/intercorrências no período pré-natal, foi possível observar 302 casos, totalizando 12% do total das gestantes tardias.

Dentre as gestantes, verificou-se maior frequência de Hipertensão Arterial (32,1%), crônica ou gestacional, seguida de 16,6% com Diabetes Mellitus e Pré-Eclâmpsia 14,2% ($\chi^2=1098$; $p<0,0001$; (Tabela 7), dentre outras.

Vale ressaltar que algumas mulheres apresentaram mais de uma intercorrência associada.

Tabela 7 – Frequências de problemas associados/intercorrências nas gestantes durante o período pré-natal. P-valor do teste de Qui Quadrado. Foz do Iguaçu, 2017

Intercorrências	N	%	p-valor
Hipertensão Arterial	97	32,1%	
Diabetes Gestacional	50	16,6%	
Pré-Eclâmpsia	43	14,2%	
Gemelar	30	9,9%	
Amniorrexe Prematura	17	5,6%	<0,0001
Descolamento Prematuro da Placenta	16	5,3%	
Macrossomia	16	5,3%	
Oligodramnio	13	4,3%	
Restrição do Crescimento Intra Útero	9	3,0%	

Descolamento da Placenta	6	2,0%
Hepatite	6	2,0%
Vírus da Imunodeficiência Humana	6	2,0%
Sangramento	5	1,7%
Má Formação	5	1,7%
Trombofilia	4	1,3%
Óbito Fetal	3	1,0%
Placenta Prévia	3	1,0%
Polidramnio	3	1,0%
Streptococcus	2	0,7%
Doença Hipertensiva Gestacional	2	0,7%
Mioma Uterino	2	0,7%
Placenta Prévia Marginal	2	0,7%
Bariátrica	1	0,3%
Cirurgia da Coluna	1	0,3%
Infecção do Trato Urinário	1	0,3%
Hematoma Placentário	1	0,3%
Plaquetopenia	1	0,3%
Miomectomia	1	0,3%
Obesidade	1	0,3%
Síndrome de Hellp	1	0,3%
Dengue	1	0,3%
Virus do Papiloma Humano	1	0,3%
Lúpus	1	0,3%
Insuficiência Placentária	1	0,3%

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

6.7 DADOS DOS RECÉM-NASCIDOS COM RELAÇÃO AO TIPO DE PARTO

No que se referem aos dados dos recém-nascidos, e empreendendo a associação com o tipo de parto, observou-se que as variáveis Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto e intercorrências não apresentaram diferenças significativas entre as mulheres que realizaram parto cirúrgico ou vaginal ($p > 0,05$). Por outro lado, as variáveis, Peso, Idade Gestacional e Destino do recém-nascido apontaram diferenças entre os dois grupos de mulheres ($p < 0,05$).

Observou-se que mulheres que realizaram parto cirúrgico apresentaram maior frequência de recém-nascidos com baixo peso (12,18%), prematuros (16,67%), assim como maior frequência de destino à UTI neonatal (7,07%).

Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, houve maior frequência de recém-nascidos com peso superior a 2500 g (90,69%), sendo a maioria a termo (85,2%). A maior parte teve destino para o alojamento conjunto (92,75%) e óbito (2,16%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequências das características dos recém-nascidos em relação ao tipo de parto (Vaginal ou Cirúrgico). P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017

Variáveis	Categorias	Vaginal	%	Cirúrgico	%	NA	p-valor
Peso	<=2500 g	90	8,82%	193	12,18%	0	0,005
	>2500 g	925	90,69%	1356	85,61%	0	
	NA	5	0,49%	35	2,21%	2	
Idade Gestacional	Prematuro	109	10,69%	264	16,67%	1	< 0,0001
	Termo	869	85,20%	1249	78,85%	0	
	Pós-termo	4	0,39%	4	0,25%	0	
Apgar 1°	NA	38	3,73%	67	4,23%	1	0,581
	<7	63	6,18%	106	6,69%	0	
	>=7	947	92,84%	1455	91,86%	1	
Apgar 5°	NA	9	0,88%	23	1,45%	1	0,202
	<7	24	2,35%	26	1,64%	0	
	>=7	986	96,67%	1536	96,97%	1	
Intercorrências	NA	9	0,88%	22	1,39%	1	0,719
	Sim	34	3,33%	57	3,60%	0	
	Não	984	96,47%	1524	96,21%	1	
Destino	NA	2	0,20%	3	0,19%	1	< 0,0001
	Alojamento conjunto	946	92,75%	1428	90,15%	0	
	UCI neonatal	5	0,49%	19	1,20%	0	
	UTI neonatal	43	4,22%	112	7,07%	0	
	Óbito	22	2,16%	15	0,95%	0	
	NA	4	0,39%	10	0,63%	2	

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

** NA: não foi especificado o tipo; UCI: Unidade de Cuidados Intermediários e UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

6.8 O BAIXO PESO E PREMATURIDADE EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE FILHOS

Ao avaliar o peso dos recém-nascidos no que tange ao número de filhos das gestantes, verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0,186$; $p=0,667$). As frequências de peso se distribuíram de forma equivalente entre as mulheres primigestas e múltiparas.

Encontrou-se os mesmos dados para a variável Idade Gestacional ($\chi^2=3,901$; $p=0,132$), ou seja, proporções de idades gestacionais equivalentes entre os grupos de mulheres (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequências de peso e idade gestacional dos recém-nascidos em relação a mulheres primigestas e múltiparas. P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017

Variáveis	Categorias	Primigestas	%	Múltiparas	%	p-valor
Peso	≤ 2500 g	43	14%	321	14%	0,667
	> 2500 g	252	83%	2029	88%	
	NA	9	3%	33	1%	
Idade gestacional	Prematuro	53	17%	321	14%	0,132
	Termo	236	78%	1882	82%	
	Pós-termo	0	0%	8	0%	
	NA	15	5%	91	4%	

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

** NA: não foi especificado o tipo.

6.9 INTERCORRÊNCIAS INTRAPARATO DE ACORDO COM O TIPO DE PARTO

Observou-se associação do tipo de intercorrência e o tipo de parto ($\chi^2=39,9$; $p<0,0001$), podendo-se considerar que Histerectomia, Anestesia Geral e Falha de indução foram significativamente mais frequentes entre as mulheres que realizaram o parto cirúrgico ($p<0,05$). Por outro lado, vácuo extrator foi significativamente frequente nas mulheres que realizaram parto vaginal ($p<0,05$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Frequências das intercorrências maternas em relação ao tipo de parto. P-valor do teste de Qui Quadrado para Independência. Foz do Iguaçu, 2017

Tipo de Intercorrências	Vaginal (n=55)	%	Cirúrgico (n=20)	%	p-valor
Curagem e/ou Curetagem	6	10,90%	0	0%	<0,0001
Histerectomia	0	0%	2	10%	
Óbito fetal e/ou aborto	5	9,1%	4	20%	
Anestesia Geral	0	0%	5	25%	
Fórceps	10	18,2%	0	0%	
Vácuo Extrator	28	50,9%	0	0%	

Falha de Indução	0	0%	2	10%
Sangramento	1	1,82%	0	0%
Outros	3	5,45%	4	20%
NA	2	3,63%	3	15%

* Fonte: Elaborada pela autora (2017).

** NA: não foi especificado o tipo.

7. DISCUSSÃO

Na análise realizada por Teixeira *et al.*, (2015), cujo objetivo foi avaliar a frequência de gestações no Brasil, constatou-se um aumento na incidência de partos de gestantes com idade igual ou superior a 34 anos. Sendo que no período compreendido entre 2006 a 2012, houve uma crescente, passando de 9,55% para 11,28% do total de partos com nascidos vivos. Na Região Sul, em 2012, houve 12,88% partos. Na presente pesquisa, também foi possível verificar essa crescente no período de 2012 a 2016, com destaque nos anos de 2015 a 2016, onde a taxa total de partos teve uma diminuição, e em gestantes tardias um aumento.

Em um estudo realizado em 359 unidades de saúde de 29 países da África, Ásia, América Latina e Oriente Médio que teve como objetivo avaliar a associação entre idade avançada materna e resultados adversos da gravidez, evidenciou-se uma prevalência de 12,3% na gestação tardia (LAOPAIBOON *et al.*, 2014). Na pesquisa atual, foram identificados 2.605 partos em mulheres com idade igual ou maior que 35 anos no período de 2012 a 2016, e foi possível verificar um aumento de 11,53% para 13,51% no número de partos.

Bezerra *et al.*, (2016) e Aldrighi *et al.*, (2016) asseveram que a gestação tardia está cada vez mais presente entre mulheres que optaram pela gravidez em um período mais maduro da vida, e deve ser valorizada nas consultas de pré-natal. Trata-se de um momento essencial para a preservação da saúde materno-infantil, razão pela qual os profissionais de saúde devem se atentar às características da gravidez nessa fase, visando identificar precocemente possíveis alterações e reduzindo a possibilidade de complicações durante o ciclo gravídico puerperal.

O acompanhamento no pré-natal tem como objetivo assegurar às gestantes o desenvolvimento saudável durante o período gestacional, possibilitar a prevenção e tratamento de doenças e de fatores de risco que podem levar à complicações para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2012).

A pesquisa de Domingues *et al.*, (2012) e Costa *et al.*, (2013) identificou que o número de consultas no pré-natal encontrava-se adequado, como preconiza o MS. No entanto, apontaram que esse resultado vem sendo observado provavelmente em decorrência de um maior número de consultas no último trimestre gestacional e que a primeira consulta do pré-natal ainda é baixa no primeiro trimestre de gestação. Esses autores discutem a necessidade de se repensar a qualidade das consultas e a capacitação técnica, científica e humana dos profissionais para promover o cuidado integral das mulheres nessa importante etapa de suas

vidas e argumentam que o maior número de consultas de pré-natal está fortemente associado a desfechos mais favoráveis.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), em 2012, implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), que teve como fundamento o marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse estado, foi adotada como modelo de atenção para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população, cuja estruturação baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da captação precoce da gestante e seu acompanhamento e da criança até um ano de vida (PARANÁ, 2012).

O guia da Rede Mãe Paranaense preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério. Em 2016, a OMS, recomendou o mínimo de oito contatos para os cuidados pré-natais a fim de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados.

No presente trabalho, apurou-se que 98% das parturientes fizeram o pré-natal e 65,44% com sete ou mais consultas. Todavia, há uma fragilidade nesta pesquisa, uma vez que não há identificação da primeira consulta de pré-natal ainda no primeiro trimestre, como recomenda o MS.

Martinelli *et al.*, (2014) sublinham que com acesso adequado ao serviço pré-natal o comprometimento da mulher se torna maior, uma vez que a parturiente receberá informação das propostas do programa, levando-a a se sentir integrada e responsável pelo cuidado, sendo esses elementos contribuidores para humanização na atenção obstétrica. Para o autor, essa dinâmica está longe de ser alcançada, visto que o atendimento a gestantes continua sendo realizado de forma fragmentada, impessoal e sem diálogo por parte da maioria das equipes de saúde.

Castro *et al.*, (2015) reforçam a importância de políticas públicas para o atendimento da saúde da gestante estrangeira, com uma assistência mais adequada, tendo a valorização das particularidades culturais e com flexibilização do modelo biomédico. No presente estudo, a maioria das gestantes internadas era brasileira, mas por ser uma cidade de fronteira com outros países, também recebe gestantes estrangeiras.

Em um estudo realizado por Costa *et al.*, (2016), no Sudoeste do Paraná, embora os dados obstétricos nos relatórios das pacientes analisadas não foram exclusivos de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, 70,5% foram multíparas, 23% estavam na terceira gestação e 21,3% na quarta gravidez, o que pode ter ocasionado a prevalência de 80,3% de

cesariana. Na atual pesquisa, foi verificado que a maioria das gestantes tardias eram múltíparas e o parto cirúrgico também predominou entre esse grupo.

O MS (2012) aponta que a cesariana eletiva tem indicação na existência de mais de duas cicatrizes anteriores em situações de emergência e sofrimento fetal.

Um estudo realizado por Velho *et al.*, (2012) aponta a desqualificação da assistência das mulheres que vivenciaram o parto vaginal e se reporta a uma reflexão imediata por parte dos profissionais que assistem essa gestante e de gestores em saúde. Relata que esses profissionais se encontram distantes e não conseguem identificar as reais necessidades da parturiente, assim como os gestores de políticas públicas, que apesar da assistência ao parto e nascimento no Brasil, necessitam repensar suas estratégias de ação para obtenção de melhores resultados na prática obstétrica.

De acordo com o MS (2013), a taxa cesariana na população de mulheres é de 56% (cerca de 1.600.000 cirurgias por ano), havendo uma diferença importante entre os serviços públicos (40%) e os privados de saúde (85%).

Nesta pesquisa, a taxa de internamento para realizar o parto cirúrgico pelo sistema público foi menor quando comparado com o sistema privado em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira *et al.*, (2016), com 55,5% no público e 93,8% privado, mas esse número não foi específico em mulheres com idade maior ou igual 35 anos. O objetivo foi identificar fatores associados à cesárea entre residentes do município de Maringá, PR, destacando que essa prevalência ainda é elevada considerando-se o proposto por órgãos nacionais e internacionais.

Com a idade materna avançada, a predisposição de desenvolver complicações durante a gravidez fica mais propensa, sendo esse o motivo a ser considerado de alto risco e exigir melhor atenção, visando minimizar os eventos obstétricos adversos e o risco de mortalidade materna (BRASIL, 2012; GONÇALVEZ *et al.*, 2012).

As publicações atuais têm se voltado para aspectos de riscos (pré, peri ou pós-natal) decorrentes da gestação e abordam gestantes com 35 anos ou mais. A idade tem sido vista como um fator determinante para o desenvolvimento de uma gestação de risco (GRAVENA *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa, verificou-se 12% das gestantes obteve intercorrência no pré-natal. Em relação ao pós-natal, não foi possível verificar devido à limitação do estudo.

Souza *et al.*, (2014) e Reis *et al.*, (2014) ponderam que o risco gestacional elevado, atribuído à gestante com fatores preexistentes e intercorrências obstétricas gestacionais, tem maior ocorrência de parto cirúrgico, embora a intervenção não se faça necessária em todos os casos.

No Brasil, o que mais determina ocorrência do parto cirúrgico, além do componente materno, é a interação de fatores historicamente construídos, como a qualidade da formação profissional, o protagonismo do obstetra, o modelo de assistência à maternidade, a forma de organização dos serviços de saúde, o pagamento por procedimentos, a percepção da maioria da população sobre a possível superioridade dessa via de parto, a conveniência e praticidade, dentre outras razões culturais (REIS *et al.*, 2014).

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde considera a taxa ideal de parto cirúrgico (cesariana) entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Os esforços devem se concentrar em garantir que o parto ocorra em situações realmente necessárias, ao invés de buscar atingir uma taxa específica de partos cirúrgicos (BRASIL, 2016).

Em um estudo realizado por Riscado *et al.*, (2016), as elevadas taxas de cesarianas no Brasil apresentam um grave problema de saúde pública e que deve ser revertida.

O estudo realizado por Ye *et al.*, (2016), cujo objetivo foi identificar a taxa adequada de cesariana ao nível da população, associada à mortalidade materna e neonatal, estabeleceu a compilação de todas as taxas disponíveis de cesariana em todo o mundo a nível nacional de cada país. Como resultado do estudo ecológico, foi sugerido que as taxas de cesáreas superiores a 10% não estão associadas a diminuições substanciais da mortalidade materna e neonatal após o controle de condições socioeconômicas e com base nas evidências ecológicas disponíveis. Com efeito, maiores taxas de cesariana podem não ser necessárias para atingir as menores taxas de mortalidade materna e neonatal ao nível da população.

No presente estudo, a taxa de parto cirúrgico no grupo estudado foi superior ao parto vaginal, especialmente em primíparas. Em relação às intercorrências no intraparto, com relação ao tipo de parto, verificou-se maior utilização do vácuo extrator no parto vaginal e no parto cirúrgico, observou-se maior ocorrência da histerectomia, anestesia geral e falha de indução.

Bittencourt *et al.*, (2013) assinalam que o medo e a dor, a influência cultural e familiar e o desejo em realizar a laqueadura tubária são fatores determinantes na escolha da cesárea. Assim, a escassez de informações à gestante colabora para a escolha do parto e se faz

necessário desenvolver educação ativa para o esclarecimento da população sobre os benefícios e as desvantagens das vias de parto.

A pesquisa de Glavind *et al.*, (2013) se propôs a investigar se a cesariana eletiva antes de 39 semanas completas de gestação, aumentaria o risco de desfechos neonatais ou maternos adversos. O período de realização foi março de 2009 a junho de 2011, em sete hospitais tercerizados dinamarqueses. Os autores concluíram que não foi encontrada uma redução significativa na taxa de admissão neonatal após cesariana eletiva em 39 semanas em comparação com 38 semanas de gestação.

No presente estudo, observou-se que as gestantes tardias que realizaram parto cirúrgico apresentaram maior frequência de recém-nascidos com baixo peso (12,18%), prematuros (16,67%), assim como maior frequência de destino à UTI neonatal (7,07%).

O parto cirúrgico pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, o parto deveria ser realizado apenas quando fosse necessário do ponto de vista médico (WHO, 2015).

Ainda não estão claros quais os efeitos das taxas de desses partos sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico (WHO, 2015). É essencial monitorar as taxas de partos cirúrgicos em hospitais levando em conta as características das mulheres atendidas nesses locais (WHO, 2015).

A pesquisa de Silva *et la.*, (2014) verificou a falta de apoio dos profissionais de saúde no momento da realização das consultas pré-natais no que se refere à orientação e esclarecimento das vias de parto. Os autores advertem que nesse momento os profissionais detêm um papel relevante como educador em saúde, oferecendo apoio e segurança, fazendo que a mulher decida de forma segura a via de parto.

De acordo com os mesmos autores, no sistema de saúde vigente no Brasil, nem sempre a escolha do parto é respeitada, uma vez que a opção da via de parto é quem pode pagar pelo serviço. Silva *et al.*, (2014) apontam a necessidade de capacitar profissionais para acompanhar o pré-natal, fortalecer a participação da equipe multidisciplinar de saúde de forma intensa no período gestacional a partir da realização de consultas pré-natais humanizadas, incluindo orientações e atendimentos qualificados as mulheres e suas famílias.

É importante salientar que o conjunto de evidências científicas que abordam a operação cesariana programada em relação à tentativa de parto vaginal é de baixa qualidade, não permitindo afirmar com clareza os benefícios e riscos para mulheres que não precisem daquela intervenção cirúrgica (BRASIL, 2016).

Segundo o MS (2013), as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as que mais se manifestam no período gestacional, cerca de 5% a 10%, classificadas como hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, e pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica. Além disso, a pré-eclâmpsia possui como fatores predisponentes a gestação gemelar, primiparidade, diabetes melítus, histórico familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal, gestação molar, nova paternidade.

Em consonância com o guia da Rede Mãe Paranaense (RMP), (PARANÁ, 2012), as doenças hipertensivas e as hemorragias são as causas mais frequentes de complicações gestacionais, representando 32,2% das mortes registradas em gestantes. Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

No estudo de Amorin *et al.*, (2017), a pré-eclâmpsia (PE) e os agravos hipertensivos configuram uma estatística alarmante e ocupam o primeiro lugar como causa de morte materna no Brasil. Embora a idade do grupo estudado tenha variado entre 14 a 50 anos, o risco para o surgimento da pré-eclâmpsia ocorreu em 24,8% da faixa de idade entre 32 a 38 anos, parcela significativa de mulheres com PE dos prontuários analisados, sendo essa faixa etária um risco aumentado, conforme o MS.

Neste trabalho, ao verificar a incidência de intercorrência gestacional, 12% das gestantes apresentaram alguma intercorrência durante o período gestacional. Observou-se ainda que no grupo a hipertensão arterial correspondeu a 32,1% e a pré-eclâmpsia a 14,2%, percentuais correspondentes ao estudo de Gonçalves (2012), em que a hipertensão arterial é a complicação mais encontrada no ciclo gravídico, ocorrendo principalmente em mulheres com idade avançada, em que a incidência de pré-eclâmpsia é de 3% a 4%. Na população maior de 40 anos, o aumento reflete entre 5% a 10%.

Em relação às diabetes mellitus gestacional (DMG), na presente pesquisa pode-se verificar que 16,6% tiveram o diagnóstico clínico. Em estudo realizado por Santos *et al.*, (2012), de 183 gestantes 6 (3,4%) obtiveram diagnóstico de DMG. Este autor destaca a importância de realizar corretamente o pré-natal e o rastreamento para o DMG a fim de evitar

complicações neonatais como aumento de partos cesáreos, policitemia, icterícia, hipoglicemia e aumento do risco de malformação congênita.

Em estudo conduzido por Fernandes *et al.*, (2012) que teve por objetivo avaliar as alterações epidemiológicas do perfil clínico e prognóstico obstétrico em pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional na Região Central de Portugal, verificou-se que em um universo de 44.593 partos, a incidência de diabetes prévia, durante os 8 anos estudados, foi de 4,4%. Constatou-se a média de idade materna e a proporção de gestantes com idade superior a 35 anos nos anos 2008 a 2009 foi significativamente elevada quando comparada com os demais anos. No período estudado, observou-se uma diminuição dos casos de gestantes com excesso de peso ou obesas. Ainda nesse estudo, a existência de DM prévia à gestação e de obesas foi praticamente nula, mas provavelmente a estatística desse dado pode ter uma fragilidade, visto que, por se tratar de um banco de dados secundário, as anotações podem não ter sido fiéis, mas corrobora com a tendência de outros estudos.

Na pesquisa de Alves *et al.*, (2017), observou-se nas gestantes tardias que cerca de 70% apresentaram algum tipo de complicação gestacional. A pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e rotura prematura de membranas foram os mais prevalentes, e fatores que poderiam ter influenciado tal resultado, como a baixa escolaridade e a paridade não foram significantes. Outro ponto relevante é o fato de as complicações terem sido mais frequentes entre aquelas que não tinham comorbidades. No presente estudo, foi possível identificar dentre as intercorrências gestacionais que a hipertensão arterial, diabetes mellitus, pré-eclâmpsia, e descolamento prematuro de placenta também foram as mais frequentes.

Em estudo realizado por Lima *et al.*, (2017), percebeu-se que a maioria das gestantes infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) descobriram sobre a doença durante o período gestacional. Nesse período, o aconselhamento e o teste anti-HIV são essenciais e integram os cuidados no pré-natal. No entanto, muitos profissionais ainda não estão preparados para realizar o aconselhamento, sendo necessária a implementação de estratégias de educação permanente que possam sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos com essa assistência. As gestantes com HIV precisam sentir-se acolhidas nos serviços de saúde e ter conhecimento para tomada de decisões com responsabilidades, visando a sua qualidade de vida e à segurança do recém-nascido.

Estudo de Mombelli *et al.*, (2015) no ano de 2008 a 2012 encontrou que a faixa etária de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos teve uma porcentagem de 51,7% de casos notificados. A peculiaridade de Foz do Iguaçu, em ser um município de fronteira, pode ser um fator a contribuir para a expansão da AIDS.

Aldrighi *et al.*, (2016) enunciam que, no campo assistencial, deve-se pensar na valorização da abordagem às gestantes mais velhas com a sensibilização dos profissionais para a importância das questões que envolvem essas gestantes e também a criação de grupos específicos juntamente com a equipe multiprofissional. O fortalecimento das iniciativas governamentais com vistas às necessidades das mulheres que engravidam em idade avançada visa fomentar a construção de políticas públicas que englobem um cuidado especializado a essas mulheres.

Em estudo realizado por Khalil *et al.*, (2013) verificou-se que a gestação tardia está associada ao aumento de risco para aborto espontâneo, pré-eclampsia, recém-nascido pequeno para idade gestacional (PIG), diabetes mellitus gestacional e cesariana. No entanto, não há correlação com a mortalidade neonatal, hipertensão arterial, parto prematuro ou grande para idade gestacional (GIG). Salienta-se que esses dados são de interesse tanto para os profissionais de saúde quanto para as mulheres que, por motivos pessoais, engravidam tardiamente, seja por oportunidades na carreira profissional, estudo, técnicas de contraceptivas e de reprodução assistida.

Na pesquisa de Ooki (2013), a idade materna avançada não produz risco adicional notável para as alterações congênitas não cromossômicas no geral, mas a prevalência de anormalidades cromossômicas por gravidez e nascimento vivo é mais evidente na faixa etária de mulheres de 30-35 anos e acima de 40 anos.

Estudo realizado em Israel e conduzido por Riskin *et al.*, (2014) objetivou comparar os resultados de recém-nascidos entregues no dia programado por cesariana eletiva versus aqueles que necessitaram de parto mais cedo ($38,8 \pm 0,8$ versus $37,9 \pm 1,1$ semanas de gestação). Como resultado, não encontraram nenhuma morbidade diretamente relacionada à parto por cesariana antes da data agendada, bem como não houve diferenças significativas na necessidade de ressuscitação após o parto. Entretanto, os recém-nascidos entregues antes da data programada foram internados em terapia intensiva, e as doenças respiratórias foram as mais encontradas devido à taquipneia transitória do recém-nascido ser associada à idade gestacional mais jovem ao parto em ambos os grupos.

No presente estudo, 90% dos recém-nascidos tiveram como desfecho neonatal o alojamento conjunto, mas 7,07% foram para UTI neonatal. A prematuridade representou 16,67% da amostra e não houve diferenças significativas entre as múltiparas e primíparas quanto ao baixo peso e prematuridade.

Freitas e Araújo (2015) encontraram a proporção de prematuros um pouco mais elevada entre as mulheres tendo parto vaginal, embora a hipótese de uma associação entre os elevados níveis de prematuridade em cesariana ter sido explorada. Os resultados são controversos, sendo necessários estudos mais detalhados sobre essa questão.

No estudo de Reis *et al.*, (2014), a prematuridade e o baixo peso ao nascer, além de elevada incidência (29,1% e 20,0%, respectivamente), a via de parto cesariana foram influências. Nesse caso, a cesariana não influenciou diretamente o resultado materno, mas aumentou as chances de um resultado neonatal desfavorável e a maioria dos casos avaliados também não teve assistência ao pré-natal.

Na pesquisa de Alves, *et al.*, (2017), a presença de algum tipo de complicação na gestação em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos foi preditiva para maior incidência de prematuridade e parto cirúrgico.

Na presente estudo, no que se refere aos dados dos recém-nascidos, e empreendendo a associação com o tipo de parto, observou-se que as variáveis Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto e intercorrências não apresentaram diferenças significativas entre as mulheres que realizaram o parto cirúrgico ou vaginal, mas que as mulheres que realizaram parto cirúrgico apresentaram maior frequência de recém-nascidos com baixo peso, prematuridade e como desfecho a UTI neonatal. E ao avaliar o peso dos recém-nascidos e idade gestacional entre primíparas e múltiparas, verificou-se que não houve diferenças estatísticas.

No artigo de Bezerra *et al.*, (2015), que analisou a associação entre idade materna avançada e as possíveis complicações na gestação, verificou-se que quanto mais tempo se adiar a gravidez, mais riscos podem aparecer. As complicações mais frequentes foram parto prematuro, baixo peso ao nascer, hipertensão/pré-eclâmpsia e índice de apgar baixo.

No trabalho de Bayrampour *et al.*, (2012), que comparou gestantes jovens e em idade avançada sobre a percepção de risco durante o período gestacional, constatou-se que as mais velhas têm maior percepção, e que o fator idade pode deixar a gravidez e o neonato mais vulneráveis. Por essa razão, os autores se preocupam como o desfecho da gestação pode afetar a saúde do recém-nascido.

Aldrighi *et al.*, (2016) sugerem a valorização na abordagem às gestantes mais velhas no campo assistencial, e que ao conhecer suas experiências, há possibilidade de apreender e compreender aspectos além dos apresentados em torno do risco gestacional. Assim, construir estratégias de atenção ao atendimento dessas mulheres condizentes com as suas necessidades, de modo a apoiar e diminuir suas preocupações, aumentando a satisfação materna com os

cuidados recebidos pelos profissionais da saúde, além de proporcionar troca de experiências com outras gestantes em situações similares e estimular a aceitação da gravidez em idade tardia. Os autores preconizam ainda que para propiciar melhora no campo assistencial, seria interessante a criação de grupos específicos de gestantes, juntamente com equipe multiprofissional, com atendimento humanizado, realizar a prevenção de agravos que podem ocorrer nesse período e promover a saúde.

Nesse contexto, ao conhecer a situação clínica das gestantes, pode-se apontar ações e estratégias de educação em saúde para promover a promoção da saúde, como fortalecer o vínculo dessas mulheres com a equipe de saúde, com um acolhimento mais humanizado, possibilitar a realização de rodas de conversa na sala de espera, promovendo a troca de experiências entre elas, levando-as a falar sobre suas dúvidas, angústias, medos e a escutar outros relatos, gerando reflexões, questionamentos, novos aprendizados e empoderamento dessas gestantes tardias.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No levantamento dos dados coletados no período de 2012 a 2016, identificou-se o perfil clínico das gestantes com idade igual ou superior a 35 anos que passaram pelo processo de parto em uma referida instituição hospitalar, sendo esse o objetivo geral da pesquisa. A referida instituição hospitalar, por ser referência para gestação de alto risco e estar geograficamente localizada em região de fronteira, inclusive com outros países, quanto a sua nacionalidade as brasileiras foram a maioria das gestantes. No tocante à ocupação hospitalar, foi maior pelo sistema público.

Nos dados da admissão, foi possível observar que a maioria das gestantes não apresentavam dilatação uterina, estavam presentes a dinâmica uterina e batimentos cardíacos fetais e a maioria estava com bolsa amniótica íntegra. No que tange aos dados obstétricos, verificou-se que a maior parte das mulheres estavam na terceira ou mais gestações, que realizaram acompanhamento pré-natal com número adequado de consultas, conforme preconiza o MS. No entanto, não foi possível identificar se realizaram a primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre de gestação e que a maioria não apresentou intercorrências gestacionais. Com relação aos dados do parto, o tempo de trabalho de parto da maioria teve a duração de 1 a 8 horas, quanto à apresentação do feto foi cefálica, a anestesia predominou a raqui/peridural e 12% teve complicação no parto.

O parto cirúrgico predominou tanto nas multíparas quanto primíparas. Destaca-se que a maioria das mulheres estavam na terceira ou mais gestação, o que pode ser uma justificativa para as multíparas quanto à via de parto. Dentre as intercorrências clínicas gestacionais mais encontradas, a hipertensão arterial (crônica ou gestacional), diabetes mellitus e a pré-eclampsia, foram as mais frequentes entre as primíparas, assim como o descolamento prematuro da placenta. Vale ressaltar que algumas mulheres apresentaram mais de uma intercorrência associada.

Em relação aos dados dos recém-nascidos e a via de parto, no parto cirúrgico teve maior incidência para prematuridade, baixo peso e como desfecho neonatal, a unidade de terapia neonatal. Não houve diferença estatística entre primigesta e multípara quanto à prematuridade e baixo peso. Pode-se verificar então que o parto cirúrgico não influenciou diretamente o resultado materno, mas aumentou as chances de um resultado neonatal desfavorável.

Ao verificar associação do tipo de intercorrência e o tipo de parto, pode-se notar que a histerectomia, anestesia geral e falha de indução foram significativamente mais frequentes entre as mulheres que realizaram o parto cirúrgico. Por outro lado, vácuo extrator foi significativamente frequente nas mulheres que realizaram parto vaginal.

O perfil clínico das gestantes (idade avançada) não evidenciou um perfil diferente da realidade de outros municípios, corroborando com outros resultados nacionais e que vários desses fatores podem ser evitáveis e controlados com adequada intervenção no âmbito dos serviços de saúde. Pode-se notar também um aumento de partos em gestantes tardias, assim como apontam outros estudos, em que mulheres estão optando pela gestação em um momento mais maduro da vida.

Defende-se a necessidade de se investir na qualificação de profissionais para prestar um atendimento mais humanizado durante o pré-natal, para que as gestantes se sintam acolhidas e comprometidas durante esse processo. O acesso e o acompanhamento adequado à saúde podem minimizar complicações obstétricas e promover melhora na qualidade de vida. Para isso, devem-se incluir ações de educação em saúde que podem ser feitas por meio de rodas de conversa, cartilha, acolhimento individual, desde que sua metodologia e práticas sejam constantemente revistas.

Em estudos futuros, deve-se considerar os fatores econômicos, sociais, religiosos e culturais, visto que neste estudo esses aspectos não foram contemplados. E por se tratar de uma cidade em região de fronteira com outros países, essas questões podem influenciar de forma direta ou indireta na escolha do tipo de parto, referências quanto aos riscos gestacionais e desfecho neonatal.

9. REFERÊNCIAS

ACSM. Acsm's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (9ª Edition). **Baltimore: Williams & Wilkins.** 2013.

ADDINSOFT. Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02. Licença ID 43894 (Node-lock).

ALBUQUERQUE, José L. Conflitos e integração nas fronteiras com os Brasiguaios. *Caderno CRH*, Salvador, Vol 23, n. 60, 2010.

ALVES, N.C.C, FEITOSA, K.M.A, MENDES, M.E.S, CAMINHA, M.F.C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúcha Enferm.** 38(4): e2017-0042; 2017.

AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda et al. Perfil de Gestantes com Pré-Eclâmpsia. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 11(4):1574-83, 2017.

ALDRIGHI, J. D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. Esc; Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016.

AL-JAMEIL, N. et al. Abrief overview of preeclampsia. **J Clin Med Res.** Feb;6(1):1-7, 2014.

APGAR, V.; JAMES, L. S. Futher observations os the newborn scoring system. **American Journal of Disease of Child**, Chicago, p. 104-419, 1963.

BAYRAMPOUR, H., HEAMAN, M., DUNCAN, K.A., TOUGH, S. Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. **J Midwifery Womens Health.** 57(5):445-53, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: MS; 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestão de alto risco: Manual técnico*. 5 ed. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Pré-natal e Puérpero: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BEZERRA, A.C.L., MESQUITA, J.S., BRITO, M.C.C., TEIXEIRA, F.V. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Rev Bras Ciênc Saúde**.19(2):163-8, 2015.

BITTENCOURT, F., VIEIRA, J. B., ALMEIRA, A.C. C. H. Concepção de Gestantes sobre o Parto Cesariano. **Cogitare Enferm**. 18(3):515-20, Jul/Set, 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33565>.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde colet**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CANHAÇO, Evandro Eduardo; BERGAMO, Angela Mendes, LIPPI, Umberto Gazi; LOPES, Reginaldo Guedes Coelho. Resultados perinatais em gestates acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. **Einstein**.13(1):58-64, 2015.

CASTRO, C.M., et al. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. **Civitas**. Porto Alegre. V.15, -e74, abr-jun, 2015.

COSTA, C.S.C, VILA, V.S.C., RODRIGUES, F.M., MARTINS, C.A, PINHO, L.M.O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 15(2): 516-22, abr/jun, 2013.

COSTA, L.D., CURA, C.C., PERONDI, A.R., FRANÇA, V.F., BORTOLOTTI, D.S. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.** Vol 21(2):1-8, 2016.

DAKOV T.; DIMITROVA V. Pregnancy and delivery in women above the age of 35. **Akush Ginekol.** Review Bulganan. 53 (1): 13-20. Review Bulganan. 2014.

DETSCH, J.C.M., ALMEIDA, A.C.R., BORTOLINI, L.G.C., NASCIMENTO, D.J., OLIVEIRA JUNIOR, F.C., RÉA, R.R. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 55(6):389-98, 2011.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012.

ESPÍRITO SANTO, Eleine Vanila Gomes do; CANIÇO, Hernâni Pombas; **Estilos De Vida na Gravidez, Evidências e Recomendações.** Tese de doutorado. 2014.

FALKENBERG, Mirian Benites et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014.

FERNANDES, Raquel Santos Robalo et al . Prognóstico obstétrico de pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 11, p. 494-498, Nov. 2012.

FREITAS, Paulo Fontoura; ARAUJO, Rafael Rodrigues de. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 3, p. 309-316, Sept. 2015.

FERREIRA, Alice de Fátima Negreiros Fumian; Neto, Nilo Terra Arêas; Morales, Anderson Pontes; Calomeni, Mauricio Rocha; **Atividade Física e Gestação: Riscos e Benefícios**, 2014.

GLAVIND, J., KINDBERG, S.F., ULDBJERG, N, KHALIL, M, MOLLER, A.M, MORTENSEN, B.B, RASMUSSEN, O.B, CHRISTENSEN, J.T, JORGENSEN, J.S, HENRIKSEN, T.B. Elective caesarean section at 38 weeks versus 39 weeks: neonatal and maternal outcomes in a randomised controlled trial. **BJOG**, 120(9):1123-32. Epub, May 20. 2013. Doi: 10.1111/1471-0528.12278.

GOLDMAN, C.J.; MALONE, F.D.; VIDAVER, J.; BALL, R.H.; NYBERG, D.A.; COMSTOCK, C.H, et al. Impacto of maternal age on obstetric outcome. **Obstet.Gynecol.**105(5):983-90, 2005.

GOMES, Damiéli de Oliveira, et al. Exercício Físico na Gravidez, Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai – IDEAU. **REVISTA DE EDUCAÇÃO DO IDEAU**, Vol. 8 – Nº 18 - Julho - Dezembro 2013.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA**. vol 40 (5): 275-9, Set-Out,2012.

GRAVENA, A.A.F.; SASS, A.; MARCON, S.S.; PELLOSO, S.M. Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev. Esc. Enferm. USP.**46(1):15-21, 2012.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2007.

GUERRA, Maria Ivana; JUCA, Vlória. Narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal em uma maternidade pública. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 17, n. 2, p. 253-264, set. 2016.

HEIDEMANN, I. T. S.B. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 11(3), 613-619, 2012.

HUNSBERGER, M., ROSENBERG, K.D, DONATELLE, R.J. Racial/ethnic disparities in gestational diabetes mellitus: findings from a population-based survey. **Womens Health Issues**. 20(5):323–8 10.1016, 2010.

IBGE, **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, abr-jun, 2015.

KHALIL, A. SYNGELAKI, A, MAIZ, N., ZINEVICH, Y., NICOLAIDES, K.H. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 42:634-43, 2013.

LAOPAIBOON, M. et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. **BJOG**. 121(Suppl. 1):49-56, mar, 2014.

LIMA, Suzane da Silva et al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência&Saúde**. 10(1):56-61, 2017.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso) &nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em novembro, 2017.

MANDRÁ, P. P.; SILVEIRA, F. D. F. **Satisfação de usuários com um programa de Roda de Conversa em sala de espera**. São Paulo: ACR, 2013.

MARTINELLI, G.M., SANTOS NETO, E.T., GAMA, S.G.N., OLIVEIRA, A.E. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. **Rev Bras Ginecol Obstet.**36 (2):56-64, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Departamento de Informática do SUS (BR). Estatísticas vitais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

MOMBELLI, Monica Augusta et al . Epidemia da aids em tríplice fronteira: subsídios para a atuação profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 3, p. 429-437, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300429&lng=en&nrm=iso. Acesso novembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680308>

MONTENEGRO, Léo de Paiva. **Musculação: abordagens para a prescrição e recomendações para gestantes.** 2014.

NASCIMENTO, Simony Lira do et al . Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 9, p. 423-431, Sept. 2014.

NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago, JUSTINO, Jéssica Micaele Rebouças, TAVARES, Maria Isabel Paiva Linhares, MORAIS, Fátima Raquel Rosado. Caracterização da Infraestrutura e do Processo de Trabalho na Assistência ao Pré-Natal. **Cogitare Enferm.** 21(4): 01-10, Out/dez, 2016.

OJULE, D.; IBE V.C; FIEBAI P.O. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. **Ann Afr Med.** 10(3):204-8, 2011.

OLIVEIRA, A.C.M., GRACILIANO, N.G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços da Saúde.** 24(3): 441-51, 2015.

OOKI, S. Maternal age and birth defects after the use of assisted reproductive technology in Japan, 2004–2010. **International Journal of Women's Health**. 5:65-77, 2013.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Brasília: OMS; 2013.

PADILHA, F. J.; PREGSCHADT, G. P.; BRAZ, M. M.; GASPARETO, A. A saúde da mulher e assistência a gestação no Sistema único de Saúde (SUS): Uma Revisão Bibliográfica. Santa Maria, RS. **Grupo Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia**, 2011.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 13 (2):385-392, Abr-Jun, 2009.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Saúde (SESA)**. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Paraná, 2012.

_____. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA). Superintendência de Atenção à Saúde, 2013.

POHLMANN, Flávia Conceição et al . MODELO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO EXTREMO SUL DO PAÍS. **Texto contexto- enferm**. Florianópolis, v.25, n.1, e3680013, 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Edição. Ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013.

REBERTE, Luciana Magnoni, et al. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. ;20(1):101-8, 2012.

REIS, Z.S.N; LAGE, E.M; AGUIAR, R.A.L.P; GASPAR, J.S.; VITRAL, G.L.N.; MACHADO, E.G. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 36(2):65-71, 2014.

RISCADO, L.C, JANNOTTI, C.B, BARBOSA, R.H.S. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. **Texto Contexto Enferm.** 25(1):e3570014, 2016.

RISKIN, A. et al. Does cesarean section before the scheduled date increase the risk of neonatal morbidity? **IMAJ**, 16:559–63, September, 2014.

RODRIGUES, C.M. et al. Comparação da gravidez adolescente e tardia em 2009. **Revista de saúde amato lusitano.** v.31, p.13-17,2012.

ROLIM, K. M. C. et al. Educação em Saúde às Gestantes: Estratégia de Promoção aos Cuidados do Recém-Nascido. **Investigação Qualitativa em Saúde.** Volume 2. 2016.

SAMPAIO., T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclampsia. **Revista Saúde Física & Mental- UNIABEU** v.2 n.1 Janeiro – Julho. 2013

SANTOS, Débora Souza et al . Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 62-67, Mar. 2012.

SANTOS, Tânia Maurício dos. **Padrão de Atividade Física e Saúde na Gravidez e Pós-Parto: Implementação de um Programa de Atividade Física na Gravidez.** Rio Maior, 4 de fevereiro de 2015 Mestrado em Atividade Física em Populações Especiais.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa et al. Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na Escolha da Gestante. **Rev Enferm**, UFSM. 4(1):1-9, Jan/Mar, 2014. Doi: 10.5902/217976928861.

SOUZA, A.S.R., AMORIM, M.M.R, NETO, M.J.V., FILHO, J.R.B.O, JÚNIOR, F.A.S. Fatores associados com centralização fetal em pacientes com hipertensão arterial na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 35(7):309-16, 2013.

SOUZA, P.J, PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. **Cad Saúde Pública.** 30 Suppl:51-3, 2014.

TEIXEIRA, E.C., et al. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil - análise da frequência entre 2006 e 2012. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 14(1):6-11, 2015.

YE, J., et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **Bjog**. 123(5):745-753,2016. Doi:10.1111/1471-0528.13592.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRUGGEMANN, O. M.; CAMARGO, B. Vivência do Parto Normal ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a Percepção de Mulheres. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 21(2): 458-66, Abr-Jun, 2012.

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

WENDLAND, E.M., TORLONI, M.R., FALAVIGNA, M, et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 12:23, 2012. Doi:10.1186/1471-2393-12-23

WHO, World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates. **World Health Organization**. Geneva, 2015.

ANEXO I
Parecer do CEP – Comitê de ética e Pesquisa

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PARTOS E NASCIMENTOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO NA TRÍPLICE FRONTEIRA

Pesquisador: Rosane Meire Munhak da Silva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 39317914.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.009.310

Apresentação do Projeto:

Projeto a ser desenvolvido em um hospital que atende gestantes de alto risco no município de Foz do Iguaçu, visando caracterizar epidemiologicamente essa população. Inicialmente apresentou o projeto como proposta de especialização, solicita emenda para execução de uma dissertação de mestrado e alteração do período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a caracterização epidemiológica dos partos vaginais e cesarianas que ocorreram em uma instituição hospitalar referência para alto risco na tríplice fronteira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta a descrição dos riscos e benefícios de modo claro e adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.009.310

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_730867_E1.pdf	07/04/2017 16:53:27		Aceito
Outros	solicitacaoCEP.pdf	07/04/2017 16:47:46	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Outros	termo de comp.ass.pdf	11/11/2014 14:14:52		Aceito
Outros	autorização2.pdf	06/11/2014 19:06:47		Aceito
Outros	autorização1.pdf	06/11/2014 19:06:28		Aceito
Outros	instrumento PE.docx	06/11/2014 19:02:45		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Sheila Cristina Rocha Brischliari) (1).pdf	06/11/2014 19:02:15		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Rosane Meire Munhak da Silva)2.pdf	06/11/2014 19:01:56		Aceito
Outros	declaração.pdf	06/11/2014 19:01:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto geral (2).docx	06/11/2014 19:00:50		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	06/11/2014 18:59:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.009.310

CASCADEL, 10 de Abril de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.pppg@unioeste.br

