

# **INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS**

MILLENA CAVALCANTI MONTEIRO  
ROGÉRIA MÁXIMO DE LAVÔR  
GUÊDIJANY HENRIQUE PEREIRA  
MARIA JUSSIANY GONÇALVES DE ABRANTES  
MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRASIL  
millena\_cavalcanti@hotmail.com

## **INTRODUÇÃO**

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

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

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

Considerando que o Sistema de Informação de Nascidos Vivos, através da Declaração de Nascido Vivo (DNV) é uma importante fonte de informação para estatísticas vitais, esta pesquisa teve como objetivo analisar a influência da idade materna sobre os resultados perinatais a partir da Declaração de Nascido Vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba, em 2007, e esta torna-se ferramenta de assistência, posto que permitirá o conhecimento acerca da influência da idade materna e resultados perinatais de mães adolescentes e das mães na fase adulta. Desta forma, seus achados poderão ser utilizados para maior entendimento de indicadores epidemiológicos, e subsidiar o planejamento de ações mais adequadas aos problemas de saúde enfrentados pela população investigada.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de natureza exploratória, do tipo documental. Realizada no município de Cajazeiras – Paraíba, Brasil.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa foi baseada nos princípios da beneficência, do respeito à dignidade e da justiça, que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2008). O projeto desta pesquisa foi apresentado à Direção da IX Gerência Regional de Saúde. Foi feita a solicitação por escrito a esta direção, para que fosse possível ter acesso ao arquivo de Declarações de Nascido Vivo. Esse projeto foi, também, encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, para a sua análise e aprovação. Além disso, assegura-se que, no processo de coleta e divulgação dos dados foram respeitados os requisitos da resolução supracitada no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DNV relativas aos sujeitos que compuseram este estudo. Para a

coleta de dados nas referidas fichas foi construído um instrumento contendo espaço para a transcrição literal dos registros contidos nas DNV referentes à gestação, parto e recém nascido. A coleta de dados ocorreu diretamente nos arquivos da IX Regional de Saúde de Cajazeiras, PB.

Foram incluídos como amostra desta pesquisa os dados das 830 DNV encontradas nos arquivos pesquisados, correspondentes aos nascimentos que ocorreram no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007.

Com abordagem quantitativa dos achados, as variáveis idade da mãe, dados relativos à gestação, ao parto e ao recém-nascido, contidas nas DNV foram analisadas estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados e codificados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para o estudo da correlação entre as variáveis foram utilizados os testes do qui-quadrado e o teste exato de Fisher, adotando-se um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Com base nesta análise estatística, as tabelas foram elaboradas contendo números absolutos e percentuais e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

## RESULTADOS

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

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

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

\* Foram excluídas as DNV sem informação.

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

Conforme os dados da Tabela 1 em ambas as faixas etárias pesquisadas houve predominância de gestações a termo (compreendida entre 36 semanas e 41 semanas e 6 dias), representando 97,1 % dos casos. Estatisticamente, não se comprova que a idade exerça influência sobre a duração da gestação ( $p=0,201$ ), constituindo-se variáveis independentes.

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

Em gestações de alto risco, frequentemente, complicações clínicas ou obstétricas estão presentes. Nessas situações, algumas particularidades dificultam a possibilidade de se obter o parto por via vaginal. A prematuridade, por exemplo, que esteve presente em 2,9% dos casos

no presente estudo, dificulta a indução do trabalho de parto, principalmente quando não se observa maturação do colo uterino, influenciando no aumento da proporção de cesáreas. (NOMURA et al., 2004).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\* Foram excluídas as DNV sem informação.

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

Ao correlacionar a variável idade materna e o número de consultas pré-natais não foi encontrada significância estatística ( $p=0,516$ ), conforme os dados expressos na Tabela 3, ou seja, constituem-se variáveis independentes. Também pode-se observar que a maioria das mães em estudo (60,5%), em ambas as faixas etárias realizou menos de 7 consultas pré-natais. Gonçalves e Gigante (2006) ressaltam que o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) é de 6 consultas referentes a uma gestação de baixo risco. Entretanto, os dados da DNV não permitem fazer uma análise precisa dos dados, pois enquanto MS preconiza 6 como número ideal de consultas, a DNV agrupa esta variável em: nenhuma, 1-3, 4-6, 7 e mais consultas e ignorado. Por este motivo, nesta pesquisa, para facilitar a avaliação estatística dos achados, agrupamos em < 7 e 7 e mais consultas.

Nahagama e Santiago (2006) afirmam que a participação do cuidado pré-natal está relacionada a diversos fatores, seja os ligados à gestante ou ao serviço de saúde. Sendo o processo de trabalho envolvido na área da saúde complexo e, ao mesmo tempo, forte determinante nos resultados. A preocupação com a maior cobertura e a adequada assistência pré-natal neste estudo corrobora as idéias de Coutinho et al. (2003), ao ressaltarem que, por meio deste acompanhamento, pode-se realizar ações educativas em saúde, como orientar as gestantes quanto ao cuidado com a própria saúde e à adoção de hábitos de vida saudáveis para si e para seu filho, identificar situações de riscos para a gestação e o parto, aplicar intervenções oportunas e evitar desfechos desfavoráveis para a mãe e para o bebê, além de favorecer o vínculo entre a gestante e o programa de atenção à saúde da mulher e da criança, para seguimentos posteriores. Para que isso ocorra, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre e ser acompanhada integralmente ao longo de sua gravidez, perfazendo assim mais de seis consultas.

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

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

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

\* Foram excluídas as DNV sem informação.

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

Mães adolescentes têm sido consideradas de maior risco para resultados desfavoráveis no peso ao nascer e idade gestacional. No entanto, sugere-se que não seja uma causa direta ou determinante independente.

Ao correlacionar o peso do RN com a idade materna (Tabela 4) detectou-se que 7,2% de todas as mulheres tiveram filhos com peso menor que 2.500 g, sendo 1% entre as adolescentes, 5,2% entre as adultas e 1% das mulheres com idade acima de 35 anos. Em relação aos RN, 86,5% apresentaram bom peso ao nascer, com resultados proporcionais entre os grupos das faixas estudadas e, estatisticamente, não se comprovou que existe influência idade materna sobre o peso do recém-nascido, com significância de  $p=0,181$ .

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

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

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se compreender que as avaliações em saúde são necessárias para estabelecer níveis e tendências de resultados específicos, identificar suas características e determinantes, assim como para avaliar a efetividade de programas destinados a influenciar os resultados obtidos.

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE P. C, et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26. n. 9. p. 697-702. 2004;
- BARBOSA, M. V. O, et al. Parto cesárea: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19. n. 6. p. 1611-1620. 2003;
- CAMANO L.; SOUZA E. **Assistência ao parto e à tocurgia**. Manual de orientação. FEBRASGO. São Paulo, 2002;
- CARNIEL. E. F. et al. A declaração de nascido vivo como orientadora de ações em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v. 3. n. 2. p. 165-174. 2006;
- COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Juiz de Fora. v. 25. n. 10. p 717-724. 2003;
- KASSAR, S. B. et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. v. 5. n. 3. p. 293-299. 2005;
- MARIOTONI, G. G., AZEVEDO, A. B. F. **A gravidez na adolescência é fator de baixo peso ao nascer?** Revista Chilena de Pediatria. v. 71. n. 5. Santiago, 2003;
- MORAES, C. L.; REICHECHEIM, M. E. Validade do exame clínico do recém nascido para a estimativa da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16. n. 1. p. 1-19, 2000;
- NAGAHAMA E. E. I.; SANTIAGO S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22. n. 1. p.173-179. 2006;
- NOMURA R. Y. M, et al.. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**. v.38. n.1. São Paulo, 2004;
- \_\_\_\_\_. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 12 nov. 2008.
- SANTOS, G. L. N., et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 31. n. 7. p. 326-334. 2009;
- SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e vias de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Campinas. v. 31. n. 7. p. 321-325. 2009;
- YAZLLE M. E. H. D., et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista Saúde Pública**. v. 35. p. 202-206, 2001.
- MONTEIRO, M.C; PEREIRA,G.H; ABRANTES, M. J G de; LAVÔR, R. M de; FARIAS, M.C.D de. **INFLUÊNCIA DA IDADE MATERNA SOBRE OS RESULTADOS PERINATAIS**. p.7, 2009.

Rua Senador João Arruda, nº 18. Centro. Bonito de Santa Fé – Paraíba. CEP: 58960-000. Tel.: (83) 9983-7306. millena\_cavalcanti@hotmail.com