

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE  
SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

*40*  
*Smal*  
*Smal*

TRABALHO CIENTIFICO

PRIMIPARIDADE EM GESTANTE IDOSA

DOUTORANDOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Nomes: CARLOS IVAN BEDUSCHI - 8215412-0

<sup>e</sup>  
PAULO ROBERTO DE SOUZA - 8215440-6

Blumenau, 1º de junho de 1987

## Í N D I C E

FOLHA DE ROSTO

AGRADECIMENTOS .....1

INTRODUÇÃO .....2

CASUÍSTICA E MÉTODOS .....3

APRESENTAÇÃO .....4

DISCUSSÃO .....II

RESUMO .....14

BIBLIOGRAFIA .....16

## II - AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos aos doutores Luiz Carlos Lins, chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Isabel e Juarez Zimmermann, preceitor do estágio de Ginecologia e Obstetrícia, igualmente aos doutores Elisiário Pereira e Lucindo Pereira Filho, médicos do corpo clínico do Hospital Santa Isabel, por nos terem guiado de maneira elucidativa e incentivadora durante todo o tempo de confecção deste trabalho contribuindo com grande material literário sobre o referido assunto, permitindo assim uma abordagem mais ampla sobre o tema em estudo.

#### IV - INTRODUÇÃO

É o parto o estadio resolutivo do ciclo grávido puerperal. Não seria ocioso portanto, já que é essencial, nominar e dividir os diversos

Rezam os léxicos, para primípara, a fêmea que tem o primeiro parto ou segundo Magalhães, a que vai parir a primeira vez. É importante ainda nominarmos em diferentes grupos as parturientes consideradas PRECOCES e as consideradas IDOSAS. São precoces as que, em estréia funcional, pariram ou vão parir antes dos 16 anos; e idosas as que cumpriram ou estão em via de cumprir a função depois dos 28 anos.

O assunto, porém, é muito controvertido sobretudo no que tange aos limites da primiparidade tardia. Os extremos são: 26 anos segundo Dutta a 35 anos segundo Mangiagalli, Nathanson, Kuder e Johnson, Benjamin, Eastman; passando por 28 anos' segundo Leopold, Escola Brasileira com Magalhães e Briquet.

Ribeiro estabeleceu a idade para pacientes gestantes, como sendo em plena capacidade reprodutora, a de 18 a 20 anos, época em que o organismo está em maturidade sexual. É tido como aceito também, que a idade aparente, deduzida do desenvolvimento psicossomático da parturiente, é mais importante que a idade cronológica.

Através do presente trabalho procuramos analisar e discutir globalmente os casos de primiparidade em pacientes com 28 anos ou mais, ocorridos no Hospital Santa Isabel, comparando-as com um grupo controle.

### III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Dos dois mil, duzentos e um (2.201) partos realizados no Hospital Santa Isabel, na cidade de Blumenau-SC, no período de 01.01.86 a 31.12.86, foram analisados seiscentos e noventa e quatro (694) casos, já que estes estamos dentro dos limites estabelecidos de gestante idosa, ou seja, pacientes que tinham mais de vinte e oito (28) anos de idade. Caracterizamos este grupo como sendo o grupo controle e partimos para a análise mais objetiva de pacientes que realmente se enquadraram dentro do proposto, ou seja, pacientes primíparas com vinte e oito (28) anos ou mais e que foram em número de cento e duas (102) pacientes.

Realizamos uma coleta sistemática e individual dos dados das pacientes, adquiridos nos arquivos do hospital, mais precisamente nos departamentos de Ginecologia e Obstetrícia Centro Obstétrico e Centro de Neonatologia do Hospital Santa Isabel.

Foram analisados os seguintes dados:

1. Idade da paciente
2. Paridade da paciente
3. Tipo de parto realizado
4. Peso do recém-nascido
5. Apgar do recém-nascido no 1º minuto
6. Apresentação fetal
7. Anormalidades ocorridas durante o trabalho de parto
8. A realização ou não de um acompanhamento médico pré-natal

Foi utilizado um método de análise gráfica para avaliar e relacionar de maneira objetiva os dados colhidos, para então serem analisados comparativamente com outros dados de pesquisas já realizadas e descritas na literatura médica.

V. APRESENTAÇÃO

TABELA I

\* Relacionando a idade da paciente com a sua paridade

<u>Paridade</u>								
<u>Idade</u>	<u>Primigesta</u>		<u>Secundigesta</u>		<u>Tercigesta</u>		<u>Multigesta</u>	
	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
28-30	58	51,7	120	58,2	68	36,3	41	21,6
31-35	40	35,7	72	34,9	91	48,6	75	39,6
36-40	13	11,6	13	6,3	22	11,7	43	22,7
41-45	1	0,8	1	0,4	6	3,2	26	13,7
46...	0	0	0	0	0	0	4	2,1
<b>TOTAL</b>	112	100	206	100	187	100	189	100

TABELA II

\* Relacionando o tipo de parto do grupo em estudo I com o grupo controle II

<u>Paridade</u> Tipo de parto	I		II	
	Nº	%	Nº	%
Normal	2	1,7	97	16,6
c/Epísio	35	31,2	242	41,5
Forceps	1	0,8	0	0
Cesáreo	74	66,0	243	41,7
TOTAL	112	100	582	100

Estão acima incluídos no item referente a parto abdominal (cesareana) todas as indicações: cesareana iterativa e a pedido.

TABELA III

\* Relacionando idade da paciente com o peso do recém-nascido do grupo em estudo.

Idade	0-1.500		1.501-2.500		2.501-3.500		3.501-4.500		4.500	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
28-30	4	66,6	1	16,6	42	56,7	13	48,1	0	0
31-35	1	16,6	2	33,3	28	37,8	8	29,6	1	100
36-40	1	16,6	3	50	3	4,0	6	22,2	0	0
41-45	0	0	0	0	1	1,3	0	0	0	0
45...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	100	6	100	74	100	27	100	1	100

Obs. Dos 114 RN chegamos à conclusão que:

0-1500 - 6 = 5,2%  
 1501-2500 - 6 = 5,2%  
 2501-3500 -74 = 64,9%  
 3501-4500 -27 = 23,6%  
 4500 . . . - 1 = 0,8%

---

100 %



TABELA IV

\* Relacionando a idade da paciente com o Apgar do RN no grupo em estudo I

Idade	0		1 - 3		4 - 6		7 - 8		9 - 10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
28-30	0	0	1	50	5	62,5	40	51,2	14	58,3
31-35	1	50	0	0	2	25,0	28	35,8	9	37,5
36-40	1	50	1	50	1	12,5	9	11,5	1	4,1
41-45	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0
45...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Obs. Dos 112 partos realizados, foram analisadas 114 crianças pois um era trigemelar.

Dos 114 RN chegamos a seguinte conclusão:

APGAR

0 - 2 = 1,75%  
 1-3 - 2 = 1,75%  
 4-6 - 8 = 7,01%  
 7-8 - 78 = 68,04%  
 9-10 - 24 = 21,05%  
 TOTAL 114 =100%

TABELA V

\* Relacionando a idade da paciente com o Apgar do RN  
no grupo controle II

Apgar	0		1 - 3		4 - 6		7 - 8		9 - 10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
28-30	4	44,4	4	33,3	14	41,1	125	38,1	90	43,4
31-35	3	33,3	4	33,3	9	26,4	138	42,0	86	41,5
36-40	1	11,1	3	25,0	7	20,5	47	14,3	19	9,1
41-45	1	11,1	0	0	4	11,7	15	4,5	12	5,7
45...	0	0	1	8,3	0	0	3	0,9	0	0
TOTAL	9	100	12	100	34	100	328	100	207	100

Obs. Dos 582 partos foram analisados 590 RN, pois 8 eram gemelares.

Dos 590 RN chegamos a seguinte conclusão:

<u>APGAR</u>	Nº	%
0 -	9	= 1,52
1-3 -	12	= 2,03
4-6 -	34	= 5,76
7-8 -	328	= 55,59
9-10 -	207	= 35,08
TOTAL	590	100%

TABELA VI

\* Contendo as várias anormalidades ocorridas nos grupos estudados I e II.

Ocorrência	I	II
DPP	0 - 0%	7 - 16,27%
DPP	5 - 35,71%	16 - 37,20%
Distócia de colo	3 - 21,42%	4 - 9,30%
Eclâmpsia	1 - 7,14%	0 - 0%
Pré-eclâmpsia	2 - 14,28%	8 - 18,60%
Placenta prévia	0 - 0%	3 - 6,97%
Rutura prematura de membrana	2 - 14,28%	2 - 4,65%
Situação transversa	1 - 7,14%	1 - 2,32%
Procidência de cordão	0 - 0%	1 - 2,32%
Fratura de fêmur	0 - 0%	1 - 2,32%
TOTAL	14 - 99,97%	43 - 99,95%

TABELA VII

\* Relacionando a quantidade das anormalidades nos grupos I e II de acordo com a idade da paciente.

<u>Idade</u>	I	II
28 - 30	7 - 50,00%	13 - 30,23%
31 - 35	5 - 35,71%	20 - 46,51%
36 - 40	2 - 14,28%	6 - 13,95%
41 - 45	0 - 0%	3 - 6,97%
46. . .	0 - 0%	1 - 2,32%
TOTAL	14 - 99,99%	43 - 99,98%

## VI - DISCUSSÃO

Em estudos realizados recentemente ficou demonstrado que cerca de 85% das mulheres tem seus filhos entre os 19 e 31 anos de idade. Isto não é válido para as camadas extremas, já que a gravidez em pacientes em idade superior a 40 anos é mais comum. Isto se deve ao fato de que a baixa renda induz a um também desconhecimento dos sistemas de controle da natalidade; já as camadas sociais mais privilegiadas, ou porque estão se casando ou vão se casar pela 2ª ou 3ª vez, sentem a necessidade de consolidar esta nova união, dando a luz a um novo filho, produto já desta mesma união.

Foi notória, no trabalho realizado, uma porcentagem muito alta (51,7%) de primigestas entre os 28 e 30 anos sendo o restante (48,1%) distribuídos nas idades mais superiores. Já o que tange a multigesta, foi claro e perfeitamente racional que esta condição fosse de encontro a idades mais avançadas onde o maior número enquadrou-se entre os 31 e 35 anos de idade.

É muito importante analisarmos e relacionarmos a paridade com o tipo de parto realizado, já que é sabido que as alterações ginecológicas e circulatórias, segundo trabalho revisto e realizado na clínica obstétrica do Hospital das Clínicas da USP (1), são as alterações mais comuns presentes em pacientes gestantes com idade avançada; são principalmente estas anormalidades que vão indicar qual o tipo de parto mais adequado para cada gestante.

Na nossa investigação foi encontrada uma incidência muito maior de parto abdominal (cesariana), correspondendo a 66% nas primíparas com mais de 28 anos, sendo que nas pacientes com esta mesma idade, porém que já tinham dado a luz pelo menos uma vez, esta incidência fica igualmente dividida sendo 41,5% para cesariana e 41,7% para parto normal com episiotomia.

Autores como MacDonald e Mac Lennon, Neitzsche (7), são unânimes em demonstrar ser o parto por cesariana mais

frequente nas primigestas tardias num índice percentual de 22,8% a 31,5%. Em nosso trabalho este índice alcançou níveis muito mais altos, chegando a casa dos 45,6% na sua totalidade, incluindo grupo controle e grupo estudado. Já este mesmo percentual fica aumentado para 66% quando tratamos de primigestas com mais de 28 anos' (grupo I).

É explicada também esta alta incidência de parto abdominal, em parte, pelo fato de que no Hospital Santa Isabel, não há uma seleção das pacientes, sendo atendidas tanto pacientes com evolução pré-natal normal como as consideradas de alto risco, onde a cesariana tem suas indicações mais precisas e de maneira mais frequente.

Já em estudo promovido pelo Hospital das Clínicas da USP (1), este percentual de parto abdominal é ainda maior (75%), porém em pacientes nulíparas com mais de 40 anos, modificando assim somente a idade da paciente. Neste mesmo trabalho o índice de cesariana caiu para 29% quando as pacientes pertenciam a um grupo controle, onde a característica principal era a simples primiparidade.

Para podermos exemplificar, podemos citar uma anormalidade que atingiu 16,66% no grupo estudado e 3,96% no grupo controle, que foi a distócia de colo induzindo a realização de cesariana para retirada do feto; esta alteração, como muitas outras, (placenta prévia, gestação prolongada, descolamento prematuro de placenta etc) está diretamente relacionada a alterações impressas pela idade ao aparelho reprodutor, alterações estas principalmente hormonais e circulatórias.

Outro dado que foi analisado objetivamente foi o que tange ao peso do recém-nascido e a sua relação com a idade materna. Na tabela III podemos notar que mesmo no grupo estudado (I) o peso do recém-nascido varia entre 2501 e 4500 em 88,5% dos partos, e entre 0 - 2500 em 10,4%; vindo de encontro ao que afirma Morrison quando diz ser de 13,9% a incidência de crianças nascidas com menos de 2,500 kg, o que ele chama de prematuro, porém, atualmente o termo mais correto por esta designação é insuficiên-

cia ponderal do recém-nascido - definição esta adotada pelo Comitê de Assuntos Perinatais da Sociedade Brasileira de Pediatria.

A avaliação do recém-nascido foi proposta por Apgar em 1953 e modificada posteriormente em 1958. É dada uma "nota" que se baseia na determinação de alguns pontos chaves que são : frequência cardíaca fetal, força respiratória, tono muscular, coloração da pele e resposta a estímulos. Baseado nestes dados, que são colhidos nos primeiros 60 segundos de vida, o índice de Apgar poderá variar de 0 a 10.

Foi preconizado que os recém-nascidos com Apgar 10 estão em ótimas condições, os de 5 a 9 não precisam de cuidados especiais e os classificados com nota até 4 carecem de estreita assistência nas primeiras 48 horas.

Segundo livro de pediatria de J. Martinho da Rocha, (8), 90% dos recém-nascidos são catalogados entre os que recebem nota superior a 7. Em nosso trabalho o Apgar prevalente no grupo I, foi de 7 a 10, vindo de encontro ao que já tinha sido abordado, sendo que o percentual total nesta faixa foi de 89,47%. Já no grupo controle II, este percentual elevou-se para 90,59%, demonstrando assim que a primiparidade não alterou de maneira significativa as condições neonatais no primeiro minuto.

Não podemos contudo deixar de alertar para o seguinte aspecto: as pacientes estudadas fizeram pré-natal com médicos diferentes, não sendo portanto levado em consideração as intercorrências durante todo o período gestacional, o que altera significativamente o resultado do Apgar, quando do parto.

VII RESUMO

Com relação as complicações encontradas durante o trabalho de parto, podemos tirar algumas conclusões que discutiremos a seguir. Nominamos 10 complicações as quais estavam registradas no material estudado. São elas:

- . Descolamento prematuro da placenta (DPP)
- . Desproporção feto pélvica (DFP)
- . Distócia de colo
- . Eclâmpsia
- . Pré-eclâmpsia
- . Placenta prévia
- . Situação transversa
- . Procidência de cordão
- . Fratura de fêmur
- . Ruptura prematura de membranas

Em estudos realizados recentemente foram abordados 5 tipos de complicações (Amionexe prematura, gestação prolongada, placenta prévia, DPP e eclâmpsia). Nesta revisão notamos que a maior incidência é com a Amionexe prematura, totalizando 13,8% das complicações, sendo seguida pela gestação prolongada (8,3%) e placenta prévia (5,6%). Isto em primíparas com mais de 40 anos (1).

A incidência de complicações no Hospital Santa Isabel, no grupo estudado I e II totalizou 57 casos, sendo 14 no grupo I e 43 no grupo II.

Já a nossa experiência foi completamente diferente apresentando como principal complicação no grupo estudado I, assim como no grupo controle II, a desproporção feto-pélvica em índices de 35,71% e 37,20%, respectivamente. No grupo I não tivemos nenhum caso de placenta prévia sendo que esta patologia ocupa o 5º lugar em incidência quando nos referimos ao grupo II, com 6,97%.



Outra patologia encontrada em nosso estudo, e que também atingiu percentuais baixos foi a ruptura prematura de membranas, tendo como resultados 14,28% no grupo I e 4,65% no grupo II.

Uma alteração muito comum encontrada nas gestantes, tanto do grupo I como do grupo II, foi a funiculopatia (circular de cordão) porém é sabido que este tipo de patologia pode não trazer repercussão alguma ao feto como ficou muitas vezes demonstrado em nossa pesquisa, já que a grande maioria dos recém-nascidos com circular de cordão nasciam com Apgar maior do que 7.

Contudo não devemos esquecer que este tipo de alteração, conforme o descrito no livro do Dr. Murilo Capella (Alarme Cirúrgico do Recém-Nascido) onde a circular de cordão é causa por exemplo de polihidrâmio e portanto sendo uma complicação durante o período gestacional.

Se agora formos analisar a tabela VII, notamos que a maior parte das complicações, tanto no grupo em estudo como no grupo controle, a idade das pacientes é de 28 a 35 anos. O número de complicações cai a medida em que a idade aumenta, isto pode ser explicado pelo menor número de partos nessas faixas etárias mais elevadas.

VII - BIBLIOGRAFIA

- 1) Mathias, L; Nobile, L; Rouco, R.M.S.A; Keme, B;  
Gestação em pacientes com 40 ou mais - I Primíparas.  
Jornal Brasileiro de Ginecologia, 95 (7): 297-299, 1985
- 2) Bhattacharyya, M; Companynalla, R; Shinde, S; and Puranda  
re, V.T: Ative Management of High - Risk Pregnancy. In -  
ternational Journal of Gynaecology e Obstetrics, 17:278  
280, 1979.
- 3) Westleerg, Clark e Neble: An Evolution of High - Risk '  
Maternity care in a Community Hospital. American Journal  
of Obstetrics and Gynaecology, 116:557, 1973.
- 4) Capella R.M; O Momento do Parto. Alarme Cirúrgico do Re  
cém Nascido - Sinais Clínicos, 1986.
- 5) Fraiman, P.A; Gravidez Tardia. Reprodução, nº L: 110 a  
113, 1987.
- 6) Kessler, I; Laucet, M; Borenstein, R e Steimetz, A: The '  
Problem of Older Primipara. Obstetric and Gynecol, 56:  
165, 1980.
- 7) Mac Donald, I.R e Mac Lennon, H.R: A Consideration of '  
the Treatment of Elderly Primipara. J. Obstet. Gynecolo  
gy Brit Cuelth, 67: 443, 1960.
- 8) Rocha, J.M e Cols: Adaptações, Cuidados e Patologias do  
Recém-Nascido. Pediatria, Puericultura e Medicina Infan  
til - 1º Volume: 129, 1965.
- 9) Rezende, J de: O Parto. Conceitos, Generalidades, Intro  
dução ao seu Estudo. Obstetrícia, 243 a 247, 1974.

**TCC  
UFSC  
TO  
0273**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0273

Autor: Beduschi, Carlos i

Título: Primiparidade em gestante idosa.



972812142

Ac. 254404

Ex.1 UFSC BSCCSM