

ROZALBA FIDÉLIS
RITA SIBELE SCHIESSEL

GESTAÇÃO EM MULHERES COM 35 ANOS OU MAIS
NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1990

ROZALBA FIDÉLIS
RITA SIBELE SCHIESSEL

GESTAÇÃO EM MULHERES COM 35 ANOS OU MAIS
NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Trabalho de conclusão do
curso de Medicina, Disciplina
de Obstetrícia. Departamento
de Ginecologia - Obstetrícia,
na 11ª fase, orientado pelo
Doutor Jorge Abi Saab Neto.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1990

ÍNDICE

1. RESUMO	03
2. INTRODUÇÃO	05
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	07
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	20
6. CONCLUSÃO	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. RESUMO

No período de 23 de outubro de 1989 a 23 de abril de 1990 ocorreram 2.409 partos na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis/SC. Destes, 195 foram de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, sendo que 27 foram excluídas por falta de dados. Apenas 13 pacientes eram primíparas.

Foi verificado baixo nível sócio-econômico e cultural entre as pacientes.

A maioria das gestações não foram planejadas; porém, bem aceitas e com conhecimento dos riscos materno-fetais próprios da idade.

Setenta e três pacientes, 43,45% apresentaram intercorrências clínicas. A infecção urinária, varizes, hiperemese e HAS foram as mais freqüentes.

Setenta e cinco gestantes, 44,64% tiveram intercorrências obstétricas, sendo as mais comuns a pré-eclâmpsia, a amniorrexis prematura e a gravidez prolongada.

A operação cesareana foi realizada em 43,45% das pacientes, sendo que entre as primíparas a incidência foi de 100%.

A mortalidade perinatal foi de 11 casos: 52,9 por mil nascimentos de natimortos 11,7 por mil nascimentos de neomortos, uma taxa considerada elevada.

2. INTRODUÇÃO

Pouca ênfase tem sido dada à gestação em idade avançada. Nos livros textos, apenas algumas citações estão incluídas nos capítulos referentes a gravidez de alto risco, bem como, poucos artigos a respeito são publicados.

Diversos autores, como Kajanoja⁽³⁾, Cohen⁽²⁾, Naeye⁽⁸⁾ e Viggiano⁽¹¹⁾, relatam incremento de riscos na evolução da gestação e um potencial aumentado de complicações para o trabalho de parto, parto, maior morbiletalidade fetal e maior incidência das temidas mal formações congênitas, especialmente a Síndrome de Down. Porém, ainda nos defrontamos com resultados bastante controversos em relação a estes parâmetros. Além disso, considerações são feitas somente a idade materna *per se*, ao invés de preocuparem-se com o envelhecimento gradual da mulher grávida tendo em vista que patologias também aumentam gradualmente com a idade, relatado por Kane⁽⁴⁾ como o "mito da idade 35".

Tendências sociais recentes tem resultado numa substituição na distribuição etária da população grávida. Crescente número de mulheres estão investindo numa gravidez relativamente tarde em suas vidas reprodutivas, requerendo dos obstetras,

maior conhecimento sobre o assunto.

Este trabalho tem por objetivo analisar diversas variáveis inerentes a gestação em idade avançada, determinando pontos básicos e passíveis de interferência médica, seja em educação, orientação pré-natal ou assistência peri-natal visando evitar e/ou minimizar condições patológicas.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

De um total de 2.429 partos, 195 gestantes, com idade igual ou superior a 35 anos, foram assistidas na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis/SC, no período de 23 de outubro de 1989 a 23 de abril de 1990, totalizando 6 meses. Destas, 168 foram avaliadas mediante questionário padronizado e análise de seus prontuários e de seus filhos recém-nascidos. Os 27 casos restantes foram excluídos por apresentarem dados inconclusivos.

As variáveis consideradas foram:

- Idade;
- coabitação;
- situação sócio-econômica-cultural;
- planejamento familiar;
- aceitação da gravidez;
- noção sobre os riscos da gestação em idade avançada;
- métodos contraceptivos usados anteriormente;
- idade da menarca;
- tabagismo e abuso de álcool;
- realização de pré-natal;
- antecedentes morbidos pessoais de interesse obstétrico;

- antecedentes familiares de anomalias congênitas e/ou genéticas;
- gestação atual: idade gestacional, intercorrências clínicas e obstétricas;
- parto atual: tipo, incidentes, apresentação fetal;
- incidentes no puerpério;
- feto: sexo, apgar de 1º minuto, peso, relação peso/idade gestacional, anomalias fetais, morbidade neonatal e mortalidade perinatal.

A idade das parturientes foi enquadrada dentro de faixas etárias: 35 a 39 anos; 40 a 44 anos e 45 anos ou mais.

Na avaliação da situação sócio-econômica, a renda familiar foi escalonada em salários mínimos, da seguinte forma: menos que 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 2 a 3 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos e 4 ou mais salários mínimos.

Quanto a profissão, foram consideradas qualificadas aquelas com algum tipo de habilitação relacionadas ao grau de escolaridade.

Quanto à noção sobre os riscos na gravidez em idade avançada, foram consideradas corretas as respostas que incluíam riscos para mãe e feto, de forma não específica, obtidas anteriormente à gestação; incorretas, quando incluíam riscos apenas para a mãe ou feto.

Em relação aos métodos contraceptivos, no caso dos anticoncepcionais hormonais, foi considerada do uso correto aquele em que a paciente referia assiduidade ao tratamento. No ca

so do método Ogino-Knauss, foi considerado correto aquele em que a paciente referia abstinência sexual nos dias intermédios do ciclo menstrual.

Em relação à assistência pré-natal foi considerada positiva quando as gestantes realizaram 4 consultas ou mais.

Dos antecedentes pessoais, só foram considerados aqueles de interesse obstétrico, capazes de alterar o curso do ciclo gravídico-puerperal.

Foi considerado ganho de peso excessivo um aumento ponderal maior que 12Kg.

4. RESULTADOS

Apresentamos a seguir as tabelas referentes aos resultados obtidos no presente trabalho.

1. Idade das pacientes por faixas etárias

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
35 - 39	129	76,78
40 - 44	37	22,02
45 ou mais	2	1,19
T O T A L	168	100

2. Distribuição das pacientes pela paridade

Nº DE GESTAÇÕES	Nº	%
I	12	7,14
II	18	10,71
III	36	21,42
IV ou mais	102	60,71
T O T A L	168	100

3. Situação sócio-econômica das pacientes analisadas em relação a renda familiar

SALÁRIOS MÍNIMOS	Nº	%
< 1	8	13,44
1 — 2	34	20,23
2 — 3	41	24,40
3 — 4	17	10,11
4 ou mais	59	35,11
não informaram	9	5,35
T O T A L	168	100

4. Grau de escolaridade das parturientes

GRAU	Nº	%
Analfabetismo	16	9,52
1º grau incompleto	103	61,30
1º grau completo	9	5,35
2º grau incompleto	8	4,76
2º grau completo	15	8,92
3º grau incompleto	5	2,97
3º grau completo	14	8,33
T O T A L	168	100

5. Planejamento familiar entre as pacientes

	Nº	%
Planejadas	46	27,38
Não planejadas	122	72,61
T O T A L	168	100

6. Aceitação da gestação atual

	Nº	%
Sim	130	77,38
Não	25	14,88
Indecisos	13	7,73
T O T A L	168	100

7. Métodos anticoncepcionais utilizados anteriormente a gestação atual

MÉTODO	Nº	%
Contraceptivo hormonal	17	10,11
Uso correto	10	5,95
Uso incorreto	7	4,16
Ogino-Knauss	28	14,88
Uso correto	21	12,50
Uso incorreto	7	4,16
Coito interrompido	10	5,95
Condom	4	2,38
Laqueadura tubária	2	1,19
Outros	1	0,59
Nenhum	110	65,47
T O T A L	172*	100

* 4 mulheres usaram métodos associados.

8. Noção sobre os riscos da gestação em idade avançada referida pelas pacientes

	Nº	%
Sim	110	65,47
corretamente	53	31,54
incorretamente	57	33,92
Não	58	34,52
T O T A L	168	100

9. Tabagismo durante a gravidez nas pacientes analisadas

FUMANTES	Nº	%
Não	139	82,73
Sim	29	17,26
<10 cigarros/dia	12	7,14
10/20 cigarros/dia	10	5,95
mais 20 cigarros/dia	1	0,59
não informaram	6	3,57
T O T A L	168	100

10. Assistência pré-natal realizada pelas gestantes

	Nº	%
Sim	130	77,38
Não	38	22,61
T O T A L	168	100

11. Antecedentes mórbidos pessoais das gestantes

PATOLOGIAS*	Nº	%
Asma	5	2,97
Varizes	25	14,88
Obesidade	37	22,02
HAS	17	10,11
Tireoidopatias	6	3,57
Diabetes Mellitus	3	1,78
Alterações mentais	2	1,19
Cardiopatias	2	1,19
Câncer de colo uterino	1	0,59
AVC	1	0,59
Leucose	1	0,59
Púrpura trombocitopênica idiopática	1	0,59
Sífilis	1	0,59
T O T A L	72	42,85

* Algumas pacientes apresentaram 2 ou mais patologias associadas.

12. Idade gestacional

IDADE EM SEMANAS	DUM		CAPURRO	
	Nº	%	Nº	%
< 37	24	14,28	7	4,16
37 - 42	106	63,09	143	85,11
> 42	15	8,92	-	-
Idade não calculada por falta de dados	23	13,69	18	10,71
T O T A L	168	100	168	100

13. Intercorrências clínicas na gestação atual

PATOLOGIAS	Nº	%
Infecção urinária	22	13,09
Varizes	17	10,11
Hiperemese	16	9,52
ganho-de-peso-excessivo	11	6,54
HAS	11	6,54
Patologias do trato respiratório	5	2,97
Diabetes gestacional	4	2,38
Cardiopatia	3	1,78
Tromboflebite superficial	2	1,19
Mioma uterino	2	1,19
Isoimunização	1	0,59
Alteração do psiquismo	1	0,59
Sífilis latente	1	0,59
Hemorragia digestiva alta	1	0,59
Hemorróida	1	0,59
Miíase vulvar	1	0,59
Câncer de colo uterino	1	0,59
T O T A L	73	43,45

14. Intercarências obstétricas na gestação atual

PATOLOGIA	Nº	%
Pré-eclâmpsia	30	17,85
Pós - datismo	15	8,92
Distócia cervical	12	7,14
Amniorrexis prematura	8	4,76
Desproporção céfalo-pélvica	7	4,16
Parto pré termo	6	3,57
DDP	3	1,78
Oligodrâmio	3	1,78
Sofrimento fetal	2	1,19
Sangramento no 1º trimestre	2	1,19
Ameaça de parto prematuro	2	1,19
Período expulsivo prolongado	1	0,59
Polidrâmio	1	0,59
Placenta prévia	1	0,59
Distócia de rotação	1	0,59
Distócia de trajeto duro	1	0,59
Ameaça de aborto	1	0,59
T O T A L	75	44,64

15. Tipos de partos realizados

	Nº	%
Parto normal	95	56,54
Parto cesáreo	73	43,45
multiparas	60	35,71
primiparas	13	7,73
T O T A L	168	100

16. Indicações das operações cesareanas

	Nº	%
Iterativa	22	30,13
Eletiva	10	13,69
Distócia cervical	9	12,32
Apresentação pélvica	7	9,58
Primípara idosa	5	6,84
Pré-eclâmpsia	4	5,47
Desproporção céfalo pélvica	3	4,10
Falha de resposta à indução	3	4,10
Parto pré-termo	2	2,73
DPP	2	2,73
Isoimunização câncer de colo uterino	1	1,36
Sufrimento fetal	1	1,36
Pós-datismo	1	1,36
Perineoplastia anterior	1	1,36
Mioma	1	1,36
Oligodramnio	1	1,36
Distócia de rotação	1	1,36
Alteração mental	1	1,36
Púrpura Trombocitopênica Idiopática	1	1,36
Não constava indicação	1	1,36
T O T A L	73	100

17. Apresentação fetal

TIPO	Nº	%
Cefálica	158	92,94
pélvica	12	7,05
T O T A L	170	100

18. Incidentes durante o parto

TIPO	Nº	%
Roturas perineais	3	1,78
Circulares de cordão	4	2,38
Retenção de membranas e curetagem	1	0,59
Retenção placentária e curagem	1	0,59
Histerectomia sub-total por sangramento	1	0,59
T O T A L	10	5,88

19. Peso fetal ao nascer

	Nº	%
≤ 1.500	4	2,35
1.501 - 2.500	11	6,47
2.501 - 4.000	132	77,64
> 4.000	22	12,94
sem dados *	1	0,58
T O T A L	170	100

* feto morto sem dados

20. Vitalidade fetal no 1º minuto

APGAR	Nº	%
10	3	1,76
9	81	47,64
8	43	25,29
7	12	7,05
6	3	1,76
5	4	2,35
3	5	2,94
2	3	1,76
1	3	1,76
T O T A L	160	95,23

21. Relação peso / idade gestacional

	Nº	%
AIG	128	75,29
PIG	14	8,23
GIG	27	15,88
Sem dados	1	0,58
T O T A L	170	100

22. Anomalias fetais

TIPO	Nº	%
Ortolani positivo	4	2,35
Diátese de reto	1	0,58
Sidrome de Down	1	0,58
Cardiopatia congêntia	1	0,58
Hipospádia	1	0,58
T O T A L	8*	4,70

* Um feto apresentava 2 anomalias (Ortolani positivo e Diátese de reto).

23. Morbidade neonatal

PATOLOGIA	Nº	%
S.D.R. leve	8	4,70
S.D.R. moderada	7	4,11
S.D.R. grave	3	1,76
SALA	2	1,17
Hipoglicemia	2	1,17
Equimose facial	2	1,17
Conjuntivite bacteriana	1	0,58
Infecção perinatal	1	0,58
SALAM	1	0,58
Plaquetopenia	1	0,58
Anemia	1	0,58
T O T A L	29*	17,05

* um feto apresentava mais de 1 patologia

S.D.R. = síndrome de depressão respiratória

SALA = síndrome de aspiração de líquido amniótico

SALAM = síndrome de aspiração de líquido amniótico-meconial

24. Mortalidade Perinatal

	Nº	%
Natimorto	9	5,29
Neomorto	2	1,17
T O T A L	11	6,47

5. DISCUSSÃO

A idade avançada por si só não constitui fator único de risco para a gestação e parto, mas devido às alterações graduais e próprias do envelhecimento, cria um terreno predisponente, com potencial aumentado de complicações.

A ossificação da pelve e a redução da elasticidade de seus ligamentos ocorrem em idades diversas, variando em cada indivíduo. Uma primípara idosa pode apresentar uma pelve em condições normais de parturição, enquanto mulheres jovens poderão ter pelve ossificada totalmente - VIGGIANO⁽¹¹⁾.

A insuficiência luteínica, mais do que a ausência de ovulação, é um dos fatores que diminuem a incidência de gestação em idade avançada - NOVAK⁽⁹⁾.

A incidência de dispareunia, dismenorréia, frigidez sexual, obesidade e debilidade nervosa constituem sintomas associados que repercutem desfavoravelmente sobre a prenhez e o parto.

Além disso, podemos considerar que o aumento de trabalhos de partodisfuncionais é intrínseco para a idade, talvez relatado de alguma maneira por reduzida eficiência miométrial - COHEN⁽²⁾.

Em nossa casuística, 76,78% das mulheres enquadravam-se na faixa etária de 35 a 39 anos. Somente 23,21% tinham 40 anos ou mais, sendo que a mais velha tinha 48 anos de idade (Tabela 1).

Resultados controversos foram levantados a respeito de planejamento familiar, aceitação da gestação, noções sobre os riscos e métodos contraceptivos utilizados. Das 168 pacientes, 72,61% não demonstraram desejo de engravidar; 65,47% tinham noções, corretas ou incorretas, sobre os riscos da gestação em idade avançada (Tabela 8). Em contraposição, 65,47% não usavam qualquer método contraceptivo e não acreditavam na possibilidade de uma gravidez em tal idade (Tabela 7). Mesmo não desejando a maioria delas aceitou bem a gestação (Tabela 6), apoiada por seus companheiros (94,04% tinham coabitação).

Talvez isto possa ser explicado pela educação precária e ignorância a respeito de muitos fatos. O padrão sócio-econômico e cultural encontrado concorda com a literatura (NAEYE⁽⁸⁾) que mostra maior incidência de gestantes idosas entre as mulheres de nível mais baixo. Isto pode ser comprovado pelo grande índice de analfabetismo e nível de 1º grau incompleto das pacientes, somando 70,83% (Tabela 4); pela baixa renda familiar verificada, menor que 4 salários mínimos em 59,52% dos casos (Tabela 3), sendo que, para manter estes rendimentos, em muitas famílias, 2 ou mais pessoas trabalhavam e pela não qualificação profissional destes indivíduos.

Observa-se íntima ligação entre hipoplasia uterina e menarca tardia que pode ser relacionada à prenhez tardia, VIGGIA

NO⁽¹¹⁾. Em nossos estudos, encontramos uma incidência aumentada para menarca acima dos 16 anos. No entanto, não foi possível correlacionar este achado à gestação tardia. Das gestantes idosas, 82,14% eram multíparas, sendo que, entre as primigestas idosas (13 pacientes - 7,64%), o maior motivo para o retardo da prenhez foi o casamento tardio e/ou a dificuldade de engravidar anteriormente.

Sabe-se da correlação entre tabagismo e baixo peso ao nascer, com nossa casuística, 17,26% das gestantes eram fumantes; não encontramos tal correlação, explicada, talvez, pelo fato de que a maioria fumava menos que 10 cigarros ao dia (Tabela 9).

Setenta e duas gestantes tinham antecedentes morbidos pessoais, num total de 42,85%. As principais patologias encontradas foram: obesidade (22,02%), varizes (14,88%) e HAS (10,11%), complicando o estado gestacional (Tabela 11).

Vinte e nove mulheres, 17,26% relataram antecedentes. Os mais freqüentes foram a síndrome de Down (4,16%) e a deficiência mental (7,73%). Porém, não foi possível correlacionar estas pacientes com aquelas que deram à luz crianças malformadas. Isto corrobora com a relação aumento de idade e freqüência de malformações, afastando conotações hereditárias.

Cento e quarenta e três (95,11%) gestações permaneceram na faixa de 37 a 42 semanas, concordando com a literatura KESSLER⁽⁵⁾. É sabido que vários fatores predisõem a prematuridade, entre eles, condições sócio-econômico, raça negra, extremos de idade e, principalmente, a assistência pré-natal.

Na América Latina, ocorre em 10 a 43% das gestações, mas sofre variações nas diferentes regiões - RESENDE⁽¹⁰⁾. Em nossa casuística, encontramos uma incidência de 14,28%, alta quando comparado com os achados de KESSLER⁽⁵⁾ - 2%, explicados pela idade, baixa condição sócio-econômica, apesar da alta incidência de assistência pré-natal. Quanto à posmaturidade, admite-se que o feto atinja maturidade em tempo variável de tal forma que, gestações alongadas no tempo, nem sempre exibem feitos com sinais de pós-termo - RESENDE⁽¹⁰⁾. Em nosso trabalho, 8,92% das gestações apresentaram idade gestacional maior que 42 semanas, taxa alta em relação aos 3% encontrados por KESSLER⁽⁵⁾. No entanto, nenhum desses feitos apresentou estigmas de pós-maturidade (Tabela 12).

Setenta e três gestantes, 43,45% apresentaram intercorrências clínicas na gravidez (Tabela 13). A infecção urinária foi a patologia mais observada, com 13,09%, uma incidência alta quando comparadas com os trabalhos de VIGGIANO⁽¹¹⁾ - 2,6% em ZUGAIB⁽¹²⁾ - 5,62%. Esta elevada porcentagem é explicada, em parte, pelas distopias gênito-urinárias comum nas multiparas. As varizes ocorreram em 10,11% das gestantes uma porcentagem alta em relação aos estudos de VIGGIANO⁽¹⁰⁾ - 4,78%, porém concordando com ZUGAIB⁽¹²⁾ - 13,93%, importante lembrar que esta patologia foi uma das mais encontradas como antecedente morbido. Assumem importância em relação às úlceras varicosas e ao tromboembolismo, sendo mais freqüentes com o aumento da paridade, podendo, portanto, considerá-los atributos da faixa etária avançada. A alta, incidência de hiperemese, 9,52%, talvez possa ser justificada pela maior taxa de debilidade

nervosa - VIGGIANO⁽¹¹⁾ nas gestantes idosas e sabemos a importância das alterações psicossomáticas na etiopatogenia desta patologia. O ganho de peso excessivo e a HAS apareceram em 6,54%, pré-existentes na maioria dos casos e agravados pela gestação.

Setenta e cinco gestantes (44,64%) apresentaram intercorrências obstétricas. A pré-eclâmpsia foi a patologia mais incidente, com 17,85%, elevado, quando comparada com os 4% da literatura revista⁽⁵⁾. A amniorrexis prematura, relatada por Kessler⁽⁵⁾ como mais frequente (9%), em nosso estudo, ocupou o 4º lugar com 4,76% concordando com os 4,34% de VIGGIANO⁽¹¹⁾. A distância cervical ocorreu em 7,14% e foi a 4ª mais frequente. A gravidez prolongada ocorreu em 8,92%, 3ª mais comum.

Quanto ao tipo de parto, 43,45% das 168 parturientes, uma incidência muito alta, foram submetidas às operações cesarianas. Nas primíparas idosas, 100% realizaram parto cesáreo (Tabela 15). Estes achados têm um grande importância estatística quando comparados com os estudos de KESSLER⁽⁵⁾, onde a porcentagem de parto cesáreo foi de 6% nas multíparas idosas e 26% nas primíparas idosas, índices já considerados elevados por ele, quando considerou 3% de cesarianas em jovens primíparas (Tabela 15).

HORNER e DE LEE descreveram a Dystrophia dystocia syndrome, constituída por vários elementos: bacia justaminor tipo masculino, primeira gestação em idade avançada, supermadurez fetal, ausência de insinuação da cabeça no início do trabalho de parto, posições occipito-posteriores persistentes, dores fra

cas com retardamento do 1º período, tendências a desenvolver toxemias e distócia familiar, predispondo, assim, as indicações mais freqüentes de cesareanas. A idade por si, entretanto, não seria uma consideração para intervenções excessivamente agressivas, mas apareceria para merecer atenção por causa do potencial aumentado de desenvolver trabalho de parto anormal - COHEN⁽²⁾. Foi verificado entre a maioria das gestantes, o desejo de não mais engravidarem, com porcentagem alta de laqueaduras, pós parto transpélvico (13,68%) e, principalmente, em operações cesareanas, com 53,42%. Curiosamente, 2 pacientes, 1,19% referiam ter realizado esterilização cirúrgica prévia.

Outro ponto a ser discutido, analisado por KESSLER⁽⁵⁾ anteriormente, é o fato de que a incidência de partos cesáreos também depende de uma classe sócio-econômica mais alta na atitude do atendimento obstétrico. Pudemos observar que entre as pacientes de 1ª classe (16% do total) 85% realizaram parto cesáreo e, entre as primigestas (100% de partos cesáreos), 69% tinham renda familiar superior à 10 salários mínimos.

As indicações de cesareanas mais encontradas foram a iterativa (30,13%) e a eletiva (13,69%) reforçando a discussão anterior. Em 3º lugar, apareceram a distócia cervical (12,32%), a apresentação pélvica (9,58%) e a idade (6,84%) - Tabela 16. Entre as primíparas, a idade (38,46%), a distócia cervical (23,07%), a apresentação pélvica e a amniorrexis prematura sem resposta à indução (15,38% cada), foram as principais indicações.

Os fetos estavam em apresentação cefálica em 92,94%, concordante com a literatura. Uma alta incidência de apresentação pélvica foi encontrada: 7,05%, comparada com 2% dos estudos de KESSLER⁽⁵⁾. Esta incidência aumenta ainda mais quando analisamos as primíparas: 15,38 versus 5%⁽⁵⁾ e 6,95%⁽¹¹⁾. Este achado não pode ser facilmente explanado, mas pode ser importante pela atenção às complicações do trabalho de parto.

Dez mulheres, 5,88% tiveram incidentes no parto, sendo os mais comuns as circulares de cordão (2,38%) e as roturas perineais (1,78%), sem significância estatística (Tabela 18).

Somente uma paciente, 0,59% apresentou incidente no puerpério, que foi sangramento do 4º período, controlado por ocitócitos. Isto está de acordo com a literatura, mostrando baixíssima incidência de morbimortalidade materna pós-parto.

Quinze fetos, 8,82% apresentaram peso ao nascer menor ou igual a 2500 gramas, uma incidência pouco mais elevada que a literatura - KESSLER⁽⁵⁾ - 5,9%, explicada, em parte, pela alta taxa de prematuridade (14,28%) em nossos estudos. Comparando com os grupos controle de KESSLER⁽⁵⁾, não há diferença de peso ao nascer entre as diferentes faixas etárias (Tabela 19).

A taxa de pequenos para idade gestacional (PIGs) também foi considerada elevada: 8,23% versus 1% de KESSLER⁽⁵⁾. A incidência de grandes para idade gestacional (GIGs) foi de 15,88%, alta quando comparada com 4% em mulheres jovens - ZUGAIB⁽¹²⁾ - Tabela 21. Valores maiores de GIGs foram encontrados entre as primíparas idosas, perfazendo 23,07% dos casos, uma percentagem elevada em relação aos 9,25% de VIGGIANO⁽¹¹⁾.

A incidência de ápgar de 1º minuto menor que 4 foi de 6,47% (Tabela 20), uma taxa duas vezes maior que o encontrado na literatura (3,4%). KESSLER⁽⁵⁾, em seus grupos controles, não observou diferenças importantes entre as diferentes idades.

Vinte e oito recém-natos, 16,47% apresentaram uma ou mais patologias ao nascer, sendo que a mais frequente foi a síndrome de depressão respiratória, em seus diversos graus, num total de 10,58% (Tabela 23). Esta incidência elevada deve-se, em parte, ao alto índice de partos cesáreos. A literatura refere uma baixa incidência de morbidade perinatal e não mostra diferenças importantes entre as diversas faixas etárias.

Quanto às anomalias fetais congênitas, é sabido que as trissomias autossômicas aumentam sua frequência conforme o avançar da idade materna, particularmente a trissomia do 21 (síndrome de Down), que está presente em 0,05% (1:2000) em mães abaixo de 25 anos, porém, em 1% das crianças de mães acima de 40 anos de idade - MOORE⁽⁷⁾. Em nosso estudo, 7 fetos, 4,11% apresentaram possíveis anomalias congênitas. Um feto, 0,58%, apresentou diátese de reto; 1 feto, cardiopatia congênita; 1 feto, hipospádia e 1 feto, síndrome de Down, uma porcentagem concordante com a literatura. Este último ^{RN} feto era filho de uma multípara de 36 anos (Tabela 22).

A mortalidade perinatal foi de 6,47%. Destes, 9 ^{RN} fetos, 5,29% eram natimortos e 2, 1,17%, neomortos (Tabela 24). Esta incidência é bastante elevada, considerando a achada na literatura: 24%. Comparado com grupos controles, torna-se mais importante ainda - KESSLER⁽⁵⁾, com 1%. Segundo os trabalhos de

VIGGIANO⁽¹¹⁾, a mortalidade perinatal em primigestas idosas foi de 2,59%. Em nosso estudo, nenhum caso foi detectado. A elevada incidência de natimortos pode ser explicada pelo maior número de intercorrências clínicas e obstétricas que influenciam no desenvolvimento normal do feto numa faixa etária elevada. A taxa de neomortalidade é menor, mostrando que, se o feto sobrevive ao ambiente uterino desfavorável, evoluem bem após o nascimento.

6. CONCLUSÃO

A revisão dos casos de gestações em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, permitiu-nos as seguintes conclusões:

1. A maioria das gestantes enquadrava-se na faixa etária de 35 a 39 anos. A mais idosa, com 48 anos.

2. Foi verificado que a maioria das mulheres, apesar de não desejarem engravidar e conhecerem os riscos inerentes à gestação em idade avançada, não utilizava métodos contraceptivos; porém, estando grávidas, aceitavam bem a gestação.

3. A maioria das famílias tinha situação sócio-econômica e cultural precária: renda familiar baixa, nível de escolaridade mínimo e profissões não qualificadas.

4. Os antecedentes mórbidos pessoais mais comuns foram: obesidade, varizes e HAS.

5. Não foi observada relação entre antecedentes familiares de doenças congênitas e/ou genéticas e anomalias fetais dos recém-nascidos.

6. Foi encontrado um índice de prematuridade 7 vezes maior

e, de posmaturidade, 3 vezes maior que os descritos pela literatura, porém estes não apresentavam estigmas de recém-natos pós-termo.

7. Cerca de metade das gestantes apresentaram intercorrências clínicas, sendo as mais freqüentes: infecção urinária, varizes, hiperemese, ganho de peso excessivo e HAS.

8. Metade das gestantes apresentaram intercorrências obstétricas, sendo as mais comuns a pré-eclâmpsia, a amniorrexis prematura, a distócia cervical e a gravidez prolongada.

9. A operação cesareana foi realizada em 43,45% das pacientes, sendo que, entre as primíparas, este índice foi de 100%. Uma porcentagem elevada de laqueaduras tubárias foi verificada.

10. Foi encontrada uma grande relação entre classe sócio-econômica elevada e alta incidência de operações cesareanas.

11. As principais indicações de partos cesáreos foram: iterativa, eletiva e distócia cervical.

12. Um índice elevado de apresentação pélvica foi encontrado, especialmente entre as primíparas.

13. Foram obtidas taxas aumentadas de baixo peso ao nascer, de pequenos para idade gestacional e grandes para idade gestacional.

14. A incidência de ápgar de 1º minuto menor que 4 foi elevada.

15. A principal causa de morbidade perinatal foi a síndrome de depressão respiratória, em porcentagem alta.

16. As taxas de mortalidade perinatal foram bastante aumentadas, tanto para natimortos como para neomortos.

Apesar de algumas complicações, a idade não deve ser valorizada como dado único. Devemos, sim, considerar o envelhecimento gradual que ocorre em todos os seres humanos, criando um terreno predisponente as alterações patológicas. Assim, gestantes em idade avançada necessitam de melhor assistência pré-natal e maiores cuidados durante o trabalho de parto e parto, bem como com relação ao recém-nato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BARROS, AC SD. Gestantes de pelo menos 45 anos de idade. Considerações sobre 40 casos. J. Bras. Gynec., 94 (1-2): 33-36, 1984.
- (2) COHEN WR, NEWMAN LAB & FRIEDMAN EA - Risk of labor abnormalities with advancing age. Obst gynec, 55(4): 414-416, 1980.
- (3) KAJANOJA, P. - Pregnancy and delivery in women aged 40 and over. Obst. Gynec., 51: 45-51, 1978;
- (4) KANE SH. - Advancing age and the primigravida. Obstet gynecal, 19:409, 1967.
- (5) KESSLER J, LANCET M, BORENSTEIN R & STEINMTZ A - The problem of older primípara. Obet gynec, 56(2): 165, 1980.
- (6) MENEZES, A.A. - Gravidez e idade avançada. J. Bras. Gynec., 96(3): 99-103, 1986.
- (7) MOORE, K. L. - Embriologia clínica, 3ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1984.
- (8) NAEYE, R. L. - Maternal Age, obstretic Complications, and the outcome of pregnancy. Obst. gynec, 61(2): 210-216, 1983.

- (9) NOVAK, E. R. - Ovulation after fifty. Obst. gynec. 36: 903-910, 1970.
- (10) RESENDE, J. - Obstetrícia. 4ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1984.
- (11) VIGGIANO, M. - Primigesta idosa, J. Bras. Ginec., 87(3) 136, 1979.
- (12) ZUGAIB, M. - A gestação em mulheres com 40 anos ou mais. Ginec., Obst. Bras., 8(4), 305, 1985.

TCC
UFSC
TO
0199

N.Cham. TCC UFSC TO 0199

Autor: Fidelis, Rozalba

Título: Gestação em mulheres com 35 anos



972807600

Ac. 254333

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM