

CRISTINA GASPAR SALVADOR

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS MATERNOS E
PERINATAIS NA GESTAÇÃO ACIMA DOS 35 ANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

CRISTINA GASPAR SALVADOR

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS MATERNOS E
PERINATAIS NA GESTAÇÃO ACIMA DOS 35 ANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Jorge Abi Saab Neto

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

AGRADECIMENTOS

A DEUS, sem o qual nada teria sentido.

Ao meu orientador, DR. JORGE ABI SAAB NETO que, além da paciência e atenção dispensadas, enriqueceu este trabalho com sua admirável experiência e sabedoria.

A minha mãe, ALVACI DA ROSA GASPAR, pelo amor, carinho e incentivo, estando sempre presente ao meu lado.

Ao meu pai, LUÍZ CÉSAR REIS SALVADOR, pelo carinho e amizade, além da sua inestimável colaboração na análise estatística.

À DRA BEATRIZ MAYKOT KUERTEN GIL, pelas valiosas sugestões para este trabalho.

Aos professores DR ROBERTO HENRIQUE HEINISCH, CARLA CRISTINA THOBER CHARÃO e MARGARET GRANDO, pela presença marcante na minha formação acadêmica, abrindo-me oportunidades, ensinando e estimulando-me a superar as minhas limitações e buscar novas conquistas.

Ao meu namorado, YAN SCHAEFER TAVARES, pelo apoio, amor, carinho, e pela participação em cada momento da minha vida, enchendo-a de sentido e felicidade.

Às minhas amigas, ANA PAULA GOMES CUNHA MORITZ e MIRELLA ÁVILA TORQUATO, pelo companheirismo e incentivo.

E finalmente, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é verificar a associação da idade materna com intercorrências maternas clínicas e obstétricas, com o índice de cesáreas e resultados perinatais.

Trata-se de um estudo transversal na Maternidade Carmela Dutra, de dezembro de 2000 a maio de 2001, com gestantes de idade igual ou superior a 21 anos. As pacientes foram divididas em grupo A (idade maior ou igual a 35 anos) e grupo B (21 a 34 anos).

Foram estudadas 1586 pacientes, sendo 219 (13,81%) no grupo A e 1367 (86,19%) no B. Somente 42,92% das gestantes do grupo A realizaram pré-natal, sem diferença estatística quando comparada com o grupo B. O tabagismo foi significativamente maior nas gestantes do grupo A (28,77%). Encontrou-se um aumento significativo no grupo A de ruptura prematura de membranas (38,36%), doença hipertensiva da gestação (15,53%), diabetes mellitus gestacional (9,13%), hipertensão arterial sistêmica (8,22%), cardiopatias (3,2%) e tromboembolismo (0,91%). Não houve diferença no número de cesáreas entre os grupos. A prematuridade foi significativamente maior no grupo A (12,79%). O peso ao nascer e o Apgar do quinto minuto, assim como as malformações e as mortes fetais e neonatais não se mostraram associadas com a idade materna avançada.

Conclui-se que apesar de várias intercorrências maternas estarem aumentadas na gestação na idade avançada, somente a prematuridade se mostrou elevada quando avaliados os resultados perinatais.

SUMMARY

Our purpose was to correlate maternal age with clinical, obstetric and perinatal complications as well as the cesarean delivery rates.

This is an transversal study of patients over 21 years old, admitted to Maternidade Carmela Dutra between December 2000 and May 2001. In group A we studied patients with 35 years old and older and in group B patients from 21 to 34 years old.

A total of 1586 patients were studied, of which 219 (13,81%) were on group A and 1367 (86,19%) on group B. Prenatal visits were made by only 94 (42,92%) women on group A, without statistical difference to group B. Smoking was significantly higher in the pregnant on group A (28,77%). A higher incidence of premature rupture of membranes (38,36%), hypertensive disorder of pregnancy (15,53%), gestacional diabetes (9,13%), chronic hypertension (8,22%), cardiopathy (3,2%) and tromboembolism (0,91%) was found in group A. A difference in percentage of cesarean delivery wasn't observed between the groups. A larger incidence of preterm delivery was found on group A. A direct relation between maternal age and weight at birth or Apgar score on minute 5 wasn't found, as well as malformations on the newborn, fetal and neonatal deaths.

This study suggests that although older women have higher rates of complications on pregnancy, we found that the only adverse neonatal outcome was an increased prematurity rate.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	4
3. MÉTODOS	5
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	20
7. REFERÊNCIAS	21
NORMAS ADOTADAS	25
APÊNDICE I.....	26

1. INTRODUÇÃO

Décadas atrás, gestação na idade avançada era reservada principalmente às mulheres com baixa fecundidade ou múltiparas. A partir dos anos 50 e mais intensamente a partir de 1970, as mulheres começaram a adiar o momento de engravidar a fim de realizar outros objetivos de vida.

Os estudos, a busca pela qualificação profissional, o trabalho fora de casa, os casamentos tardios e segundos casamentos, o avanço e o conhecimento dos métodos de anticoncepção, o desenvolvimento de técnicas de fertilização in vitro e os avanços na obstetrícia, favoreceram um aumento no número de gestações em idade avançada.

A literatura obstétrica quando trata dessas gestações não é só imprecisa na definição como também é algo pejorativa. A gestante mais velha é chamada de obstetricamente senescente, pré-menopausal, geriátrica, idosa, perigosa e de gestante na decadência da sua idade reprodutiva. Os limites para gestação tardia, segundo alguns autores, variam de 28, 30, 35 e até 40 anos^{1,2,3}, sendo a idade de 35 anos a mais utilizada como ponto de corte.

A gestação tardia é relacionada com maior número de intercorrências maternas e perinatais^{3,4,5,6}, tanto para nulíparas quanto para as múltiparas⁴, sendo considerada uma gestação de alto risco^{4,6}. Por definição, gravidez de alto risco é qualquer condição biológica que possa prejudicar a boa evolução da gestação, do trabalho de parto, parto e do puerpério^{2,7}. São situações nas quais a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores probabilidades de serem atingidas do que as da média da população⁷.

As complicações maternas mais associadas a gestação acima dos trinta e cinco anos são toxemia^{1,2,6,7,8,9,10,11,12}, diabetes gestacional^{6,9,10,11,13}, descolamento prematuro de placenta^{1,6}, placenta prévia^{6,10}, resposta retardada à indução^{1,6}, ruptura prematura de membranas^{6,10} e involução puerperal alterada¹.

Devido ao aumento da incidência de enfermidades crônicas em função da idade, não é surpreendente que tanto as complicações médicas como as obstétricas se encontrem com maior frequência entre as gestantes com mais idade⁴. Entre as condições médicas mais comuns estão as alterações cardiovasculares, neurológicas, do tecido conjuntivo, rins e pulmões, assim como alcoolismo e câncer⁴. As mulheres de idade mais avançada com

intercorrências médicas têm também um risco pós-parto maior, especialmente de fenômenos tromboembólicos e edema pulmonar.

As complicações devidas ao Diabetes Mellitus (DM) e às alterações hipertensivas da gestação se encontram com uma frequência aumentada em mulheres acima de 35 anos, em comparação com as de idade “ideal” de 20 a 25 anos⁴. O DM tipo II aumenta com a idade e há uma incidência muito mais alta de DM Gestacional assim como diabetes prévio nas gestantes com idade avançada que nas jovens⁴. A mortalidade materna também está aumentada nestas pacientes^{4,6,14}.

Evidências mostram que tanto as complicações quanto as intervenções obstétricas são mais comuns nas gestações tardias¹⁴ e é frequentemente assumido que as intervenções são conseqüências das complicações. A taxa de nascimentos por cesáreas está substancialmente aumentada^{1,4,6,10,11,15,16} e isto ocorre tanto para nulíparas quanto para múltiparas^{4,11,15}. Foi encontrado que a partir dos 25 anos de idade o número de cesareanas vem aumentando, o que poderia sugerir uma diminuição gradual na função miométrial com o avanço da idade¹⁶.

Vários fatores, entre eles, alterações hipertensivas^{4,16}, diabetes^{4,16}, trabalho de parto prematuro^{4,16}, gestação múltipla¹⁶, apresentações anômalas¹⁶, placenta prévia¹⁶, acidentes placentários⁴, alteração da função uterina^{6,16} e outras intercorrências médicas¹⁶ poderiam explicar este aumento. Porém mesmo sem estes fatores, a taxa de cesárea ainda está aumentada¹⁶ em primíparas e múltiparas¹⁵. Assim, a relação entre a idade materna e cesareana pode ser explicada somente parcialmente por complicações obstétricas¹⁰. A idade materna avançada passa a ser, assim, um fator de risco independente para cesárea, atribuída principalmente a intervenção precoce do obstetra¹⁷.

Alguns autores alegam que o risco na cesárea se duplica nas mulheres acima de 35 anos em comparação com as jovens⁴, mesmo assim outros sugerem que o uso da cesárea deveria ser de forma mais liberal dando maior relevância para as cesáreas eletivas, especialmente nos casos não favoráveis para indução do trabalho de parto¹.

Entre as complicações perinatais estão prematuridade^{1,2,5,6,7,8,9,14,18}, morte fetal^{1,5}, mortalidade perinatal^{4,3,6} e infantil⁵, retardo de crescimento⁹, baixo peso^{5,13,18,19} e anomalias congênitas^{1,2,3,5,7,8,11}, principalmente síndrome de Down^{2,9}.

Evidências incontestáveis demonstram que a incidência de defeitos genéticos, especialmente as trissomias autossômicas, aumenta com a idade materna^{1,15}. A idade aumenta a frequência de todas as trissomias, porém apenas as do 13 (Síndrome de Patau), 18

(Síndrome de Edwards) e 21 (Síndrome de Down) conseguem chegar a termo¹⁵. A trissomia do 21 está fortemente associada com a idade materna avançada^{1,4,9,20,21} e sua incidência vem aumentando com o maior número de gestações nesta faixa etária⁴.

Em relação à mortalidade perinatal, apesar de ter diminuído nos últimos anos, a relação com a idade materna avançada continua⁴. Além disso a mortalidade infantil (primeiro ano de vida) também está aumentada nos filhos de gestantes acima dos 35 anos e principalmente acima dos 40 anos de idade⁴.

Embora possa haver uma frequência aumentada de complicações específicas da gravidez, resultando em morbidade materna aumentada e custos mais elevados na assistência médica, uma criança nascida de uma paciente privada e saudável em um hospital de nível terciário não parece ter um maior risco de um resultado neonatal adverso^{17,20}.

Além disso, estudos demonstraram que mulheres mais velhas eram menos perturbadas pela gravidez e relataram menos sintomas no primeiro trimestre. Embora o nível de ansiedade aumentasse à medida que a gravidez progredia, estas pacientes estavam tipicamente melhor ajustadas quando ingressavam no último trimestre¹⁵. No geral, podem diferir psicologicamente mas não mostram diferenças em sua adaptabilidade¹⁵. Em alguns estudos que controlaram fatores sociais e paridade, crianças filhas de pais mais velhos vão melhor na escola²⁰, demonstrando que apesar das desvantagens biológicas, a experiência, o conhecimento e a situação econômica melhor podem tornar o desenvolvimento e a educação da criança mais adequados²⁰.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

Verificar o efeito da idade materna avançada na evolução da gestação.

2.2. Específicos:

Verificar se há associação entre a idade materna avançada e os seguintes fatores:

- intercorrências clínicas e obstétricas;
- aumento no índice de cesareanas;
- resultados perinatais adversos, entre eles, as malformações ou síndromes genéticas.

3. MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO:

Trata-se de um estudo transversal realizado na Maternidade Carmela Dutra, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 01 de dezembro de 2000 a 31 de maio de 2001.

3.2. CASUÍSTICA:

Foram incluídas no presente trabalho todas as pacientes com gestação única e idade igual ou superior a 21 anos, atendidas na maternidade em questão com conseqüente realização do parto.

Pacientes com gestação múltipla ou que tiveram o parto com menos de 20 semanas de gestação foram excluídas.

Foram estudadas 1586 pacientes, com idade variando de 21 a 49 anos, sendo divididas em: grupo A (idade igual ou superior a 35 anos) com 219 gestantes e grupo B (21 a 34 anos) com 1367 gestantes.

3.3. PROCEDIMENTOS:

Os dados foram coletados através da revisão dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) da Maternidade Carmela Dutra.

No protocolo de investigação (APÊNDICE I), os dados foram divididos em dados demográficos, aspectos clínicos e obstétricos no pré-natal, momento do parto e resultados perinatais.

Como dados demográficos foram obtidas a idade e a raça.

Como aspectos obstétricos foram incluídos dados sobre a paridade da paciente, realização de consultas pré-natais, o tabagismo durante a gestação e intercorrências como: ameaça de aborto, sangramento no terceiro trimestre, doença hipertensiva específica da gestação, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas e trabalho de parto prematuro. De acordo com a definição do Ministério da Saúde²², foi considerada realização do pré-natal quando a gestante consultou no mínimo 6 vezes.

Como aspectos clínicos foram incluídos a hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias maternas e as síndromes tromboembólicas.

Na parte relacionada ao momento do parto, foram averiguados os tipos de parto e a indicação de cesareana caso esta tenha ocorrido. Se realizada cesareana, as indicações foram divididas em distócias (agrupando distocia cervical, de trajeto ósseo, do objeto, desproporção céfalo-pélvica e discinesia uterina), sofrimento fetal (agudo e crônico), apresentação pélvica, cesárea prévia, pré-eclâmpsia, cesárea eletiva (indicação ignorada), macrosomia e outras.

Como resultados perinatais avaliou-se a idade gestacional obtida pelo método de Capurro Somático, o peso, o Apgar do quinto minuto, as malformações, a necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal e a morte perinatal.

3.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Os dados foram digitados no *software* Epi info 6 e os resultados foram analisados estatisticamente através do Teste do qui-quadrado. As discrepâncias entre os dados foram consideradas significativas quando $p < 0,01$ (valor crítico 6,63 para grau de liberdade = 1).

4. RESULTADOS

TABELA 1 – Distribuição das pacientes nos grupos de estudo

GRUPOS	NÚMERO DE PACIENTES	%
A	219	13,81
B	1367	86,19
TOTAL	1586	100,00

Fonte: Serviço de Arquivo Médico - Maternidade Carmela Dutra (SAME-MCD)- Dezembro/2000 a Maio/2001.
Grupo A: ≥ 35 anos Grupo B: 21 a 34 anos

TABELA 2 – Distribuição das pacientes em relação à raça nos grupos de estudo

RAÇA	A	B	TOTAL
Branca*	179 (81,74%)	1225 (89,61%)	1404 (88,52%)
Negra**	37 (16,89%)	131 (9,58%)	168 (10,59%)
Outras	1 (0,46%)	1 (0,07%)	2 (0,13%)
Ignorada	2 (0,91%)	10 (0,74%)	12 (0,76%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 9,41$ ** $\chi^2 = 11,47$

TABELA 3 – Distribuição das pacientes quanto à paridade nos grupos de estudo

PARIDADE	A	B	TOTAL
Primípara*	32 (14,61%)	342 (25,02%)	374 (23,58%)
2 – 3**	96 (43,84%)	732 (53,55%)	828 (52,21%)
4 ou mais***	91 (41,55%)	293 (21,43%)	384 (24,21%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 11,34$ ** $\chi^2 = 7,13$ *** $\chi^2 = 41,65$

TABELA 4 – Distribuição das pacientes em relação à realização de consultas pré-natal nos grupos de estudo

PRÉ-NATAL	A	B	TOTAL
Fizeram*	94 (42,92%)	658 (48,13%)	752 (47,41%)
Não Fizeram*	125 (57,08%)	709 (51,87%)	834 (52,59%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 5 – Distribuição das pacientes em relação ao número de consultas de pré-natal nos grupos de estudo

NÚMERO DE CONSULTAS	A	B	TOTAL
0	19 (8,68%)	133 (9,73%)	152 (9,58%)
1 – 5	106 (48,40%)	576 (42,13%)	682 (43,00%)
6 – 10	94 (42,92%)	614 (44,92%)	708 (44,64%)
> 10*	0 (0,00%)	44 (3,22%)	44 (2,78%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 7,26$

TABELA 6 – Distribuição das pacientes segundo o tabagismo durante a gestação nos grupos de estudo

TABAGISMO	A	B	TOTAL
Sim*	63 (28,77%)	239 (17,48%)	302 (19,04%)
Não*	156 (71,23%)	1128 (82,57%)	1284 (80,96%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 15,59$

TABELA 7 – Distribuição das intercorrências ocorridas no pré-natal nos grupos de estudo

INTERCORRÊNCIAS	A	B	TOTAL
Ruptura Prematura de Membranas*	84 (38,36%)	264 (19,31%)	348 (21,94%)
Doença Hipertensiva da Gestação**	34 (15,53%)	88 (6,43%)	122 (7,69%)
Diabetes Gestacional***	20 (9,13%)	34 (2,49%)	54 (3,40%)
Hipertensão Arterial Sistêmica****	18 (8,22%)	15 (1,10%)	33 (2,08%)
Trabalho de Parto Prematuro	16 (7,31%)	75 (5,49%)	91 (5,74%)
Ameaça de Aborto	15 (6,85%)	54 (3,95%)	69 (4,35%)
Cardiopatia*****	7 (3,20%)	4 (0,29%)	11 (0,69%)
Sangramento 3º. trimestre	3 (1,37%)	21 (1,54%)	24 (1,51%)
Síndrome Tromboembólica*****	3 (0,91%)	2 (0,22%)	5 (0,32%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

Base: grupo A : 219 (100,00%) grupo B: 1367 (100,00%)

* $\chi^2 = 39,98$

**** $\chi^2 = 46,93$

** $\chi^2 = 21,94$

***** $\chi^2 = 23,09$

*** $\chi^2 = 25,32$

***** $\chi^2 = 9,00$

TABELA 8 – Distribuição das pacientes de acordo com o tipo de parto nos grupos de estudo

TIPO DE PARTO	A	B	TOTAL
Normal*	120 (54,79%)	806 (58,96%)	926 (58,39%)
Cesárea*	99 (45,21%)	561 (41,04%)	660 (41,61%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 9 – Principais indicações de parto cesáreo nos grupos de estudo

INDICAÇÕES	A	B	TOTAL
Distócias*	33 (33,33%)	105 (18,72%)	138 (20,91%)
Cesárea Anterior	21 (21,21%)	97 (17,29%)	118 (17,88%)
Outras	13 (13,13%)	46 (8,20%)	59 (8,94%)
DHEG	10 (10,10%)	32 (5,70%)	42 (6,36%)
Eletiva	8 (8,08%)	63 (11,23%)	71 (10,76%)
Macrossomia	7 (7,07%)	20 (3,57%)	27 (4,09%)
Sufrimento Fetal* * *	6 (6,06%)	143 (25,49%)	149 (22,58%)
HIV positivo	1 (1,01%)	8 (8,20%)	9 (1,36%)
Apresentação Pélvica* * *	0 (0,00%)	47 (8,38%)	47 (7,12%)
TOTAL	99 (100,00%)	561 (100,00%)	660 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 10,87$ ** $\chi^2 = 18,18$ *** $\chi^2 = 8,93$

TABELA 10 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com a idade gestacional pelo Capurro nos grupos de estudo

IDADE GESTACIONAL	A	B	TOTAL
< 37 semanas*	28 (12,79%)	103 (7,54%)	131 (8,26%)
37 – 40 semanas	162 (73,97%)	1026 (75,05%)	1188 (74,91%)
> 40 semanas	29 (13,24%)	238 (17,41%)	267 (16,83%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* $\chi^2 = 6,86$

TABELA 11 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o peso ao nascer nos grupos de estudo

PESO (g)	A	B	TOTAL
≤ 1500*	4 (1,83%)	18 (1,32%)	22 (1,39%)
1501 – 2500*	24 (10,96%)	90 (6,58%)	114 (7,19%)
2501 – 3999*	182 (83,10%)	1151 (84,20%)	1333 (84,05%)
≥ 4000*	9 (4,11%)	108 (7,9%)	117 (7,37%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 12 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o Apgar do 5º. minuto de vida nos grupos de estudo

APGAR	A	B	TOTAL
0 – 3*	3 (1,37%)	21 (1,54%)	49 (3,09%)
4 – 7*	3 (1,37%)	41 (3,00%)	174 (10,97%)
8 – 10*	213 (97,26%)	1305 (95,46%)	1363 (85,94%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 13 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com a presença de malformações / síndromes detectadas ao nascer nos grupos de estudo

MALFORMAÇÕES / SÍNDROMES	A	B	TOTAL
Sim*	12 (5,48%)	38 (2,78%)	50 (3,15%)
Não*	207 (94,52%)	1329 (97,22%)	1536 (96,85%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 14 – Principais malformações detectadas ao nascer nos recém-nascidos nos grupos de estudo

MALFORMAÇÕES / SÍNDROMES	A	B	TOTAL
Hipospádia	3 (1,37%)	5 (0,37%)	8 (0,50%)
Cardiopatas Congênicas	2 (0,91%)	2 (0,15%)	4 (0,25%)
Síndrome de Edwards (trissomia 18)	2 (0,91%)	0 (0,00%)	2 (0,13%)
Síndrome de Down (trissomia 21)	1 (0,46%)	2 (0,15%)	3 (0,19%)
Síndrome de Appert	1 (0,46%)	0 (0,00%)	1 (0,06%)
Mielomeningocele	1 (0,46%)	2 (0,15%)	3 (0,19%)
Hidrocefalia	1 (0,46%)	3 (0,22%)	4 (0,25%)
Fenda Labial associada à Fenda Palatina	1 (0,46%)	1 (0,07%)	2 (0,13%)
Pé Torto Congênito	0 (0,00%)	3 (0,22%)	3 (0,19%)
Síndrome de Patau (trissomia 13)	0 (0,00%)	3 (0,22%)	3 (0,19%)

Fonte: SAME - MCD- Dezembro/2000 a Maio/2001.

Base: Grupo A: 219 (100,00%) Grupo B: 1367 (100,00%)

TABELA 15 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com a necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nos grupos de estudo

CUIDADOS INTENSIVOS	A	B	TOTAL
Sim*	18 (8,22%)	94 (6,88%)	112 (7,06%)
Não*	201 (91,78%)	1273 (93,12%)	1474 (92,94%)
TOTAL	219 (100,00%)	1367 (100,00%)	1586 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 16 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o número de dias de internação na UTI neonatal nos grupos de estudo

DIAS DE INTERNAÇÃO	A	B	TOTAL
1 – 5*	6 (33,33%)	48 (51,07%)	54 (48,22%)
6 – 10*	2 (11,11%)	21 (22,34%)	23 (20,54%)
11 – 15*	3 (16,67%)	9 (9,57%)	12 (10,71%)
16 – 20*	3 (16,67%)	9 (9,57%)	12 (10,71%)
> 20*	4 (22,22%)	7 (7,45%)	11 (9,82%)
TOTAL	18 (100,00%)	94 (100,00%)	112 (100,00%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

* p: ns

TABELA 17 – Distribuição das mortes fetais e neonatais nos grupos

MORTES	A	B
Fetais*	1 (0,46%)	10 (0,73%)
Neonatais*	4 (1,83%)	20 (1,46%)

Fonte: SAME - MCD– Dezembro/2000 a Maio/2001.

Base: Grupo A: 219 (100,00%) Grupo B: 1367 (100,00%)

* p: ns

5. DISCUSSÃO

Os estudos atuais sobre gestação na idade avançada mostram resultados variados e muitas vezes contraditórios. Isto pode ocorrer em função dos diferentes delineamentos de pesquisa utilizados e principalmente das diferentes populações estudadas.

Além disso, quando o objetivo é relacionar uma variável supostamente causal (a idade materna avançada) ao seu efeito (intercorrências obstétricas e perinatais), deve-se levar em conta os fatores de confusão e de sinergismo para que o efeito não seja atribuído erroneamente ou exclusivamente a uma variável. No presente estudo, estes fatores podem ser, entre outros, a não realização de pré-natal, o tabagismo, as doenças crônicas e as infecções durante a gestação.

Neste trabalho foram estudadas 1586 pacientes com idade variando de 21 a 49 anos, sendo que no grupo A (≥ 35 anos) havia 219 (13,81%) e no grupo B (21 a 34 anos) 1367 pacientes (86,19%) (Tabela 1).

Em relação à raça, *Lee e cols.*¹⁹ encontraram uma maior frequência de mulheres brancas nos dois grupos. *Kirz e cols.*¹⁷ verificaram que somente 7,10% eram brancas acima dos 35 anos.

No presente estudo, a maioria das pacientes era branca em ambos os grupos, coincidindo com os dados de vários autores^{14,18,23}, porém, houve um maior número significativo de pacientes negras no grupo A e de brancas no grupo B (Tabela 2).

Quanto à paridade, uma diferença significativa entre os grupos foi verificada por *Lee e cols.*¹⁹, sendo que somente 10,20% das pacientes acima dos trinta e cinco anos eram primíparas. *Bobrowski e cols.*¹³ encontraram 14,24% de primíparas.

Em nosso estudo, foi observado maior número de pacientes primíparas no grupo B (25,02%) em comparação com o grupo A (14,61%). O maior número de partos prévios esteve significativamente relacionado com a idade materna avançada principalmente quando com 4 ou mais partos (Tabela 3).

*Aldouls e cols.*¹⁸, em seu estudo com 4429 pacientes com idade igual ou superior a 35 anos, encontraram que 78,00% fizeram pré-natal desde o primeiro trimestre, realizando 10 consultas ou mais. Somente 5,19% das pacientes não haviam feito o pré-natal.

Em nosso estudo, se considerarmos a definição do Ministério da Saúde²², 57,08% das pacientes do grupo A não realizaram pré-natal, sendo que 8,68% não fizeram nenhuma consulta. No grupo B, 51,87% não realizaram pré-natal, sem diferença estatística entre os grupos (Tabelas 4). Em relação ao número de consultas, nenhuma paciente do grupo A e somente 44 (3,22%) consultaram mais de 10 vezes (Tabela 5). Sabe-se que o acompanhamento pré-natal tem uma grande importância, principalmente nas gestações de alto risco, evitando ou controlando complicações, através do diagnóstico precoce, tratamento e orientação da gestante. Assim, podemos esperar um maior número de resultados adversos em nossas pacientes em relação a outros estudos.

O tabagismo é outro fator que pode trazer resultados adversos na gestação. No estudo realizado por *Berkowitz e cols.*¹⁴, com 799 primíparas com idade igual ou superior a 35 anos, somente 3,50% fumaram durante a gestação, não havendo diferença estatística em relação às gestantes mais jovens. *Raymond e cols.*²⁴ encontraram 25,00% de fumantes na idade avançada, também sem diferença estatística quando comparadas às mais jovens.

Em nosso estudo encontramos uma diferença significativa entre as gestantes do grupo A (28,77%) em comparação com o grupo B (17,48%) (Tabela 6). Assim, entre as nossas pacientes, o tabagismo pode ser um fator de sinergismo e em alguns aspectos até de confusão sobre o efeito da idade materna na evolução da gestação.

Quanto às intercorrências clínicas e obstétricas maternas, vários autores^{10,13,24} encontraram um número maior de Diabetes Mellitus e doenças hipertensivas. *Kirz e cols.*¹⁷ obtiveram este resultado somente em múltiparas. *Pugliese e cols.*²⁵ encontraram uma maior frequência de trabalho de parto prematuro em gestantes com idade igual ou superior a 40 anos (18,50%) quando comparado com o grupo controle (11,70%). *Seoud e cols.*²⁶ encontraram 16,00% e 8,00% nos respectivos grupos, em relação ao trabalho de parto prematuro.

Nossos dados demonstraram que doença hipertensiva da gestação (15,53%) e diabetes gestacional (9,13%), foram significativamente maiores no grupo A. Não foi encontrada diferença entre os grupos quanto a ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro e sangramento no terceiro trimestre (Tabela 7).

A associação entre ruptura prematura de membranas e idade materna avançada não foi encontrada nos estudos feitos na Maternidade Carmela Dutra por *Mendonça*²⁷ e *Ghisi Neto e cols.*²⁸.

No entanto, em nosso estudo, esta foi significativamente mais freqüente entre as pacientes mais velhas (38,36%) (Tabela 7), concordando com os dados de *Adashek e cols*²⁹.

Quanto às intercorrências clínicas, *Mendonça*²⁷, num estudo feito com 22 primíparas com idade igual ou superior a 35 anos na MCD em 2000, mostrou um número maior de Hipertensão Arterial Sistêmica (7,70%) em comparação com o grupo controle (2,10%).

Em nosso estudo observamos uma maior freqüência de hipertensão arterial crônica (8,22%), cardiopatia (3,20%) e síndrome tromboembólica (0,91%) nas pacientes do grupo A (Tabela 7). Tanto a hipertensão crônica quanto as cardiopatias são mais comuns com o avanço da idade, podendo agravar durante a gestação, além de atuar negativamente na sua evolução. Além disso, a gravidez, favorecendo a hipercoagulabilidade e a estase, pode aumentar a possibilidade de tromboembolismo. Uma associação de múltiplos fatores como a idade (levando a alterações vasculares, entre elas a arteriosclerose), as alterações favorecidas pela gestação e o tabagismo, podem justificar este aumento nas pacientes do grupo A.

Quanto aos tipos de parto, vários autores^{10,11,12,13,14,16,17,18,23,25,26,29} encontraram uma maior incidência de cesariana em pacientes mais velhas. *Ghisi Neto e cols.*²⁸ mostraram na MCD, em 1992, uma incidência de cesariana de 33,65% entre as pacientes com mais idade. Em 1998, *Viana*³⁰ encontrou, também nesta maternidade, uma incidência de 33,83% de partos cesárea entre as pacientes de todas as idades.

Nosso estudo não mostra diferença entre os grupos, porém o número de cesáreas mostrou-se aumentado em ambos. No grupo A, 45,21% foram submetidas à cesárea. Quando analisadas todas as pacientes estudadas, o índice de cesáreas foi de 41,61% (Tabela 8).

*Dildy e cols.*¹¹ em seu estudo com 79 pacientes acima de 45 anos encontraram a apresentação anômala, o sofrimento fetal e a cesárea prévia como as principais indicações de cesárea. *Parrish e cols.*²³ verificaram que o sofrimento fetal, a desproporção céfalo-pélvica e o trabalho de parto prolongado eram as principais indicações de cesárea, mas sem diferença significativa entre os grupos.

No presente estudo, as principais indicações no grupo A foram as distócias (33,33%) e cesárea anterior (21,21%). No grupo B, foram o sofrimento fetal (25,49%), as distócias (18,72%) e a cesárea anterior (17,29%). Comparando os grupos, as distócias foram significativamente mais freqüentes entre as pacientes do grupo A e o sofrimento fetal e a apresentação pélvica mais freqüentes no grupo B (Tabela 9).

Entre os recém-nascidos de gestantes mais velhas, em relação à idade gestacional, *Morrison e cols*¹² em seu estudo com 127 pacientes com idade igual ou superior a 35 anos, encontraram 14% de prematuridade porém sem diferença estatística. Assim como *Berkowitz e cols*.¹⁴ que demonstraram que não houve um número maior de prematuros neste grupo, e ainda notou que a partir dos 40 anos houve uma certa diminuição deste número. *Edge e cols*.¹⁰ estudaram 857 primíparas com idade igual ou superior a 35 anos e encontraram maior prematuridade com diferença estatística em relação ao grupo controle. *Mendonça*²⁷ e *Ghisi Neto*²⁸ e cols. demonstraram na MCD, um índice de prematuridade de 4,4% e 4,85%, respectivamente, entre este grupo.

Em nosso estudo, verificamos um maior número de recém nascidos com idades gestacionais menores que 37 semanas no grupo A (12,79%) (Tabela 10). Acima de 40 semanas não houve diferença entre os grupos. Sabe-se que o trabalho de parto prematuro está associado à ruptura prematura de membranas e ao tabagismo, entre outros. O que observamos neste estudo é que apesar de haver uma maior frequência destes dois fatores entre as gestantes do grupo A, o trabalho de parto prematuro não se mostrou aumentado (7,31%) quando comparado com o outro grupo (Tabela 7). Mesmo assim, o número de prematuros foi maior, o que nos pode demonstrar que existem outros fatores envolvidos, como erro no cálculo da idade gestacional e interrupções precoces por intercorrências clínicas e obstétricas, que neste estudo estão aumentadas.

Quanto ao peso ao nascer, vários autores^{10,12,18,23,31} encontraram uma associação entre idade materna avançada e baixo peso (< 2500g). Já *Kirz e cols*.¹⁷ demonstraram uma maior incidência de macrossômicos e diminuição dos casos com peso abaixo de 2500g. *Dildy e cols*.¹¹ encontraram em pacientes acima dos 45 anos, 17,3% abaixo de 2500g e 19,8% acima de 4000g. *Ghisi Neto e cols*.²⁸ encontraram, respectivamente, 4,36% e 10,19%.

Em nosso estudo encontramos 28 (12,79%) com o peso abaixo de 2500g e 9 (4,11%) com o peso acima de 4000g entre os recém-nascidos do grupo A (Tabela 11). Deve-se lembrar que existem duas populações distintas de recém-nascidos de baixo peso. Uma primeira população é representada pelos prematuros e o segundo grupo é representado por aqueles recém-nascidos que não conseguiram ganhar peso pelas más condições de vida intra-uterina (retardo de crescimento intra-uterino). Em nosso estudo encontramos que apesar do maior número no grupo A de prematuros e de tabagismo e algumas intercorrências maternas que podem levar ao baixo peso, não houve diferença entre os grupos em nenhuma faixa de peso.

O índice de Apgar do quinto minuto relaciona-se com o prognóstico de sobrevivência e neurológico. Considera-se a ausência de asfixia quando o Apgar for de 8 a 10, asfixia leve e moderada de 4 a 7 e asfixia grave de 0 a 3¹⁵. O Apgar do quinto minuto abaixo de 4 foi significativamente mais freqüente nos recém-nascidos de pacientes com idade avançada no estudo feito por *Edge e cols.*¹⁰ e *Morrison e cols.*¹².

No presente estudo, dos recém-nascidos de gestantes do grupo A, 21 (1,54%) apresentaram Apgar abaixo de 4 no quinto minuto (Tabelas 12). Não houve diferença significativa entre os grupos, concordando com os dados de *Berkowitz e cols.*¹⁴.

Em relação aos defeitos genéticos ou malformações, *Bahado e cols.*³² calcularam o risco em cada idade variando de 1:140 aos 35 anos, 1:40 aos 40 anos e até 1:4 aos 49 anos. *Hollier e cols.*³³ encontraram associação da idade materna avançada com cardiopatias congênitas, pé torto congênito e hérnia diafragmática. *Fish e cols.*³⁴ encontraram esta associação com hipospádias, enfatizando que além de ser mais freqüente, a alteração é mais evidente.

Em nosso estudo, foram encontrados 12 (5,48%) recém-nascidos no grupo A apresentando algum tipo de malformação, em alguns deles constituindo síndromes (Tabela 13). Foram encontrados 2 (0,91%) recém-nascidos com cardiopatias congênitas e 3 (1,37%) com hipospádia no grupo A porém, sem diferença estatística quando comparado com o grupo B.

*Chen e cols.*³⁵ estudaram 775 crianças com Síndrome de Down e encontraram uma forte associação com a idade materna avançada quando comparada com o grupo controle. Já *Ales e cols.*³⁶ não encontraram esta associação em seu estudo com 1328 gestantes. *Yoon e cols.*³⁷ demonstraram que a origem da trissomia do 21 (Síndrome de Down) era em 86% materna, 9% paterna e 5% mitótica.

Em nosso estudo, foi encontrado somente 1 (0,46%) recém-nascido apresentando Síndrome de Down (Tabela 14).

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à presença de malformações ou síndromes diagnosticadas ao nascimento. Além da necessidade de uma amostra ainda maior para avaliar a freqüência das malformações ou síndromes, existe a possibilidade de sub-registro destes dados. A maior atenção no pré-natal das pacientes com mais idade pode levar ao diagnóstico precoce e, em alguns casos, a interrupção antecipada, diminuindo o número de recém-nascidos malformados neste grupo.

*Edge e cols.*¹⁰, entre outros autores^{11,12,14,17}, encontraram maior número de internações em Unidade de Terapia Intensiva neonatal entre os recém-nascidos de gestantes com mais

idade. *Morrison e cols.*¹² associaram a maior necessidade desses cuidados ao pós-datismo e ao trabalho de parto prolongado. Já *Dildy e cols.*¹¹ associaram principalmente às malformações.

Em nosso estudo, necessitaram de cuidados intensivos 18 (8,22%) recém-nascidos do grupo A, com média de 14,81 dias de internação. Entre os recém-nascidos do grupo B, 94 (6,88%) necessitaram destes cuidados, com média de 9,20 dias de permanência (Tabelas 15 e 16). Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos.

*Edge e cols.*¹⁰ e *Morrison e cols.*¹² não mostraram diferença significativa entre os grupos quando se tratava de mortes fetal e neonatal. Já *Pugliese e cols.*²⁵ encontraram uma mortalidade perinatal duas vezes maior que no grupo controle.

No presente estudo, as mortes fetal e neonatal foram, respectivamente, de 1 (0,46%) e 4 (1,83%) no grupo A e de 10 (0,73%) e 20 (1,46%) no grupo B (Tabela 17), não havendo diferença estatística entre os grupos.

6. CONCLUSÕES

Existe um aumento de doença hipertensiva da gestação, diabetes mellitus gestacional, ruptura prematura de membranas, além da hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias e síndromes tromboembólicas nas gestantes com idade igual ou superior a 35 anos.

Não há diferença estatística entre os grupos em relação à cesárea.

Há uma incidência maior de prematuridade em recém-nascidos de mães com idade avançada. As malformações, neste estudo, não estão relacionadas com a idade materna.

7. REFERÊNCIAS

1. Rezende J. *Obstetrícia*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
2. Knuppel RA, Drukker JE. *Alto Risco em Obstetrícia: um Enfoque Multidisciplinar*. 2^a.ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995.
3. Pernoll ML. *Gestação de Alto Risco*. In: Benson, RC. *Diagnóstico e Tratamento em Obstetrícia e Ginecologia*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1978. p 550-571.
4. Cunningham FG, Leveno KJ. *Éxito y fracaso reproductivo: Embarazo en los extremos de la vida reproductiva*. In: Cunningham, FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV et al. *Williams Obstetricia*. 20^a. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1998.p 535-541.
5. Willaims LO, Decouflé P. Is maternal age a risk for mental retardation among children? *Am Journal of Epidemiology* 1999; 149(9): 814-23.
6. Rosenthal AN, Paterson-Brown S. Is There an Incremental Rise in the Risk of Obstetric Intervention With Increasing Maternal Age? *Br Journal Obstetrics Gynecology*; Abril 1999; 54: 228- 9.
7. Costa SHM, Ramos JGL. *Gestação de Alto Risco*. In: Miura, E; Procianoy, RS. *Neonatologia: Princípios e Prática*. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p 20 –24.
8. Cunha SP, Duarte G. *Gestação de Alto Risco*. Rio de Janeiro: Medsi Ed Medica e Científica; 1998.
9. *Compêndio III- Atualização em Obstetrícia e ginecologia*. American College of Obstetricians and Gynecologists. São Paulo: Ed. Manole; 1989.
10. Edge V, Laros RK. *Pregnancy Outcome in Nulliparous Women Aged 35 or Older*. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1993; 168(6): 1881-5.
11. Dildy GA, Jackson GM, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clarck SL. *Very Advanced Maternal Age: Pregnancy after Age 45*. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996; 175 (3): 668–74.
12. Morrison I. *The elderly primigravida*. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1975; 121:465-70.

13. Bobrowski RA, Bottoms SF. Underappreciated Risks of Elderly Multipara. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1995; 172(6): 1764-70.
14. Berkowitz GS, Skorrion ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1990; 322: 659-64.
15. Reece AE. *Compêndio de Medicina Fetal e Materna*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1995.
16. Main DM, Main EK, Moore DH. The Relationship between Maternal Age and Uterine Dysfunction: A continuous effect throughout reproductive life. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000 Jun; 182: 1312-20.
17. Kirz DS, Dorchester W, Freeman RK. Advanced maternal age: the mature gravida. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1985;152:7-12.
18. Aldous MB, Edmonson MB. Maternal Age at First Childbirth and Risk of Low Birth Weight and Preterm Delivery in Washington State. *JAMA* 1993; 270(21): 2574-7.
19. Lee KS, Ferguson RM, Corpus M, Gartner LM. Maternal age and incidence of low birth weight at term: a population study. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 158: 84-9.
20. Stein Z; Susser M. The risks of having children in later life: Social advantage may make up for biological disadvantage. *British Medical Journal* 2000 Jun; 320: 1681-2.
21. Cuckle, H. Maternal age-standardisation of prevalence of Down's syndrome. *The Lancet*. 1999 Aug; 354: 529-30.
22. Manual de Pré-Natal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
23. Parrish KM, Holt VL, Easterling TR, Connell FA, LoGerfo JP. Effect of Changes in Maternal Age, Parity, and Birth Weight Distribution on Primary Cesarean Delivery Rates. *JAMA*, 1994. 271(6): 443-7.
24. Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JL. Effects of maternal age, parity, and smoking on the risk of stillbirth. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1994Apr; 101:301-6.
25. Pugliese A, Vicedomini D, Arsieri R. Perinatal outcomes of newborn infants of mothers over 40 years old. A case control study. *Minerva Ginecol*, 1997Mar; 49 (3):81-4.
26. Seoud MA, Nassar AM, Usta IM, Melhem Z, Kazma AM, Khalil AM. Impact of Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome. *Am Journal of Perinatology* 2002Feb; 19(1):1-7.

27. Mendonça, AA. A evolução da primigestação em pacientes adolescentes e acima dos 35 anos [dissertação-Trabalho de Conclusão de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia]. Florianópolis:Maternidade Carmela Dutra, 2001.
28. Ghisi Neto M, Marzarotto RC, Botelho L, Nascimento R. A gravidez em mulheres acima dos 35 anos [dissertação-Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: UFSC, 1992.
29. Adashek JA, Peaceman AM, Lopez-Zeno JA, Minougue JP, Socol ML. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 92:1-7.
30. Viana, GM. Avaliação das principais indicações e incidência de cesárea nas maternidades públicas de grande Florianópolis no ano de 1998 [dissertação]. Florianópolis: UFSC, 1992.
31. Cnattingius S, Forman Mr, Berendes HW, Graubard BI, Isotalo L. Effect of age, parity, and smoking on pregnancy outcome: a population-based study. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1993; 168: 16-21.
32. Bahado-Singh RO, Deren O, Tan A, Dáncona RL, Munter D, Copel JA, Mahoney MJ. Ultrasonographically adjusted mid trimester risk of trisomy 21 and significant chromosomal defects in advanced maternal age. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996; 175: 1563.
33. Hollier LM, Leveno KJ, Kelly MA, McIntire DD, Cunningham FG. Maternal Age and Malformations in Singleton Births. *Obstet Gynecol* 2000Nov; 96: 701-6.
34. Fisch H, Golden RJ, Libersen GL, Hyun GS, Madsen P, New MI et al. Maternal Age as a Risk Factor for Hypospadias. *Journal of Urology* 2001; 165(3): 934-6.
35. Chen CL, Gilbert TL, Daling J. Maternal Smoking and Down Syndrome: The Confounding Effect of Maternal Age. *Am Journal of Epidemiology* 1999; 149(5): 442-6.
36. Ales KL, Druzin ML, Santini DL. Impact of Advanced Maternal Age on the Outcome of Pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1990Set; 171(3):209-16.
37. Yoon PW, Freeman SB, Sherman SL, Taft LF, Gu Y, Pettay D et al. Advanced Maternal Age and the Risk of Down Syndrome Characterized by the Meiotic Stage of Chromosome error: a population based study. *Am Journal Hum Genet* 1996Mar; 58(3): 628-33.
38. Goldberg MF, Edmonds LD, Oakley GP. Reducing birth defect risk in advanced maternal age. *JAMA* 1979Nov; 242(21):2292-4.

39. Van noord-Zaadstra BM, Looman CWN, Alsbach H, Habbema JDF, te Velde ER, Karbaat J. Delayed childbearing effect on fecundity and outcome of pregnancy. *BMJ* 1991; 302:1361.
40. Ramos, JLA. Fatores do Crescimento Fetal. In: Ramos ILA; Leone CR. *O Recém-nascido de Baixo Peso*. São Paulo: Sarvier, 1986. p 17-37.
41. Fretts RC, Schmittdiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased Maternal Age and the Risk of Fetal Death. *The New England Journal of Medicine* 1995; 333(15): 953-7.
42. Turcot L, Marcoux S, Fraser WD. Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. *Am Journal of Obstetrics & Gynecology* 1997; 176:395-402.
43. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Does delayed childbearing increase risk? *JAMA* 1993; 269: 745-6.
44. Andersen AMN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000 Jun; 320:1708-12.
45. Khoshnood B, Pryde P, Wall S, Singh J, Mittendorf R, Lee K. Ethnic Differences in the Impact of Advanced Maternal Age on Birth Prevalence of Down Syndrome. *Am Journal of Public Health* 2000 Nov; 90: 1778-81.

NORMAS ADOTADAS

NORMATIZAÇÃO PARA OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA - RESOLUÇÃO nº. 001/2001 do Colegiado de Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

APÊNDICE I

<u>IDENTIFICAÇÃO</u>	
Data do parto:	
Nome:	Registro:
Idade:	Cor:

<u>ANTESCEDENTES GO E GESTAÇÃO ATUAL</u>			
Gesta:	Para:	Cesárea:	Aborto:
IG (DUM):			IG (US):
Pré Natal: <input type="checkbox"/> sim () <input type="checkbox"/> não			
Fatores:			
<input type="checkbox"/> tabagismo ()			
Intercorrências:			
<input type="checkbox"/> DMG <input type="checkbox"/> DHEG <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto <input type="checkbox"/> TPP <input type="checkbox"/> Sangramento 3° trimestre			
<input type="checkbox"/> Tromboembolismo <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> RUPREMA			

<u>PARTO</u>	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cesárea (indicação:)

<u>AVALIAÇÃO DO RN</u>		
Sexo:	Peso ao nascer:	
Capurro somático:	Apgar 1°:	Apgar 5°:
Intercorrências:		
<input type="checkbox"/> malformação cromossômica ()		
<input type="checkbox"/> outras:		
<input type="checkbox"/> óbito		
Tempo de permanência UTI:		

**TCC
UFSC
TO
0336**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0336

Autor: Salvador, Cristina

Título: Avaliação dos aspectos maternos



972800109

Ac. 254466

Ex.1 UFSC BSCCSM