

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HILMAR RIBEIRO HORTEGAL

**IMPACTOS DA IDADE MATERNA IGUAL OU MAIOR QUE 35 ANOS NOS
RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS**

São Luís
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

HILMAR RIBEIRO HORTEGAL

**IMPACTO DA IDADE MATERNA IGUAL OU MAIOR QUE 35 ANOS NOS
RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília da Glória Martins

São Luís
2009

Hortegal, Hilmar Ribeiro.

Impacto da idade materna igual ou maior que 35 anos nos resultados maternos e perinatais / Hilmar Ribeiro Hortegal. Orient. Marília da Glória Martins. ____ São Luís, 2009.
66 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Maranhão, 2009.

1. Gravidez – Alto risco 2. Idade materna I. Título.

CDU: 618.3-053.85

HILMAR RIBEIRO HORTEGAL

**IMPACTO DA IDADE MATERNA IGUAL OU MAIOR QUE 35 ANOS NOS
RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marília da Glória Marins (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel

Prof^a Dr^a. Rosy Ane de Jesus Barros

Prof^a Dr^a. Vanda Maria Ferreira Simões

A Lúcia, Lícia, Tália e Andrezza os
maiores motivos de minha vida.

A Marina, primeira neta e o novo
oxigênio do meu existir.

AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser, primeiramente a Deus, por permitir minha existência, assim como pela realização de todos os meus projetos, mormente este.

Aos meus pais Sansão Hortegal, meu ídolo (*in memoriam*) e Maria do Socorro Ribeiro Hortegal, minha melhor professora de vida, pela dedicação, trabalho e determinação em educar e formar seus filhos, deixando um legado pautado em princípios de ética, seriedade e honestidade, preparando-os para uma vida digna e de muita retidão.

Às minhas filhas Lúcia, Tália e Andrezza pela compreensão que tiveram a respeito do tempo que subtraí do nosso convívio, para realizar este trabalho.

A Lúcia, minha mulher, pelo entendimento da necessidade de dividir o nosso tempo para poder me dedicar a esta obra, uma prova de amor. Eterna gratidão.

À Prof^a. Dr^a. Marília da Glória Martins por me incentivar e me aceitar como orientando. Sem dúvida uma professora, amiga, médica e cientista de tão vasta competência e cultura médica inquestionável. Sem sua participação não seria possível a realização desta obra.

Às colegas médicas e Mestras: Márcia da Silva Sousa, Maria Helena Pestana e Graciete Helena Nascimento dos Santos pela contribuição valorosa prestada durante a realização deste trabalho. A elas o reconhecimento por toda ajuda.

Aos funcionários do Arquivo e Documentação Científica do Hospital Universitário – Unidade Materno Infantil.

Aos funcionários Jorge Luís dos Santos, Maria Vitória S. Andrade e Inácio C. de Figueiredo, da Secretaria do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário – UFMA.

À Coordenação e todos os professores do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, que incansavelmente transmitiram seus conhecimentos, sempre disponíveis nas soluções de nossas dúvidas.

Aos funcionários do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, normalmente solícitos e dedicados.

Aos colegas de curso, que me proporcionaram um convívio salutar, à moda familiar, trazendo à tona os tempos estudiantis e expondo à baila o pleno sabor da liberdade. Um agradecimento pelos momentos de descontração.

A todos os plantonistas e médicos residentes do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – HUUFMA, pelo apoio à execução desta tarefa.

Aos meus irmãos pelo caminhar juntos até a independência.

Aos jovens Bruno Mussalém e Igor Braga pelo prazer da alegre companhia nos momentos de descontração mais familiar.

Ao caríssimo Marcelo Henrique Barcelos, pela indispensável ajuda na construção deste trabalho.

Às bibliotecárias Telma Maria Santana Amaral e Laene Lins Siqueira pelo auxílio na localização e seleção das fontes de pesquisa e na normalização desta dissertação.

Ao Professor de Inglês Francisco Queiroz pelo muito que contribuiu para a elaboração deste trabalho, principalmente no tocante aos textos do referido idioma.

Aos psicólogos Rodrigo Barroqueiro e Marisa Rabelo pela solidariedade e apoio hipotecados.

Às pacientes que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, que geraram os prontuários, fichas, etc. que proporcionaram este trabalho.

Ao Prof. Frederico Barroso e à Prof^a. Dr^a. Rosy Ane de Jesus Barros pelo apoio e incentivo.

À Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel, pela colaboração e incentivo que me foram dados.

À Prof^a. Dr^a. Vanda Maria Ferreira Simões pela orientação prestada durante a conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Silvio Monteiro pela ajuda prestada no tocante à Estatística, fundamental para o êxito desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Alcione Miranda por ter aberto os caminhos da Estatística.

À Prof^a. Elizabeth Barcelos Barroqueiro por todo apoio que me foi dado.

À Universidade Federal do Maranhão por ter evoluído rumo à pós-graduação e me permitir alcançar este título.

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós,
não nos deixam sós, deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós
Antonie de Saint-Exupery*

RESUMO

Objetivo: analisar o impacto da idade materna ≥ 35 anos sobre os resultados maternos e perinatais nas pacientes que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no ano de 2007. **Pacientes e Métodos:** foi analisado um total de 305 pacientes, sendo 152 pacientes com idade menor que 35 anos, grupo A, e 153 pacientes com 35 anos ou mais, grupo B, que pariram no referido Serviço. Trata-se de estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo. Buscou-se as informações nas fichas de pré-natal, prontuários médicos e fichas de recém-nascidos. **Resultados:** esta pesquisa mostrou, no grupo de estudo, em relação às doenças próprias da gravidez, maior incidência de hipertensão gestacional, 34 (22,2%) e pré-eclâmpsia, 24 (15,7%). As intercorrências clínicas verificadas foram varizes de membros inferiores, 25 (16,3%), obesidade, 16 (10,5%), diabetes mellitus, 10 (6,5%) e cardiopatia, 3 (2,0%). As intercorrências ginecológicas encontradas foram miomas uterinos, 9 (5,9%) casos. Quanto aos resultados perinatais, houve maior incidência de parto cesáreo, 88 (62,4%), recém-nascidos de baixo peso, 17 (11,3%) e frequência maior de natimorto, 4 (2,7%). **Conclusões:** a idade materna ≥ 35 anos está relacionada às doenças próprias da gestação, como hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; intercorrências clínicas como varizes de membros inferiores, obesidade e diabetes mellitus. Significativamente, mais partos cesáreos e recém-nascidos de baixo peso.

Palavras-chave: Gravidez. Alto risco. Idade materna.

ABSTRACT

Objective: To analyze the maternal ≥ 35 age impact on perinatal and maternal outcomes in patients who gave birth at the University Hospital Obstetrics and Gynecology Service of the Federal University of Maranhão-Brazil, in the year 2007.

Patients and Methods: A total of 305 patients, 152 aged 34 years or less group A, and 153 puerperas aged 35 years or more group B, who gave birth at the above mentioned institution were analyzed. A retrospective, cross-sectional, descriptive, and observational study based on information from prenatal care, medical history, and newborn records. **Results:** The present work showed, in the study group, with respect to diseases inherent to pregnancy, greater incidence gestational hypertension 34 (22.2%), and preeclampsia 24 (15.7%). Medical and surgical complications were lower limbs varicose veins 25 (16.3%); obesity 16 (10.5%); diabetes mellitus 10 (6.5%); cardiopathy 3 (2.0%). Gynecological complications found were uterine myomas 9 (5.9%). As to perinatal results there was a greater incidence of caesarean section delivery 88 (62.4%), greater incidence of low birth weight 17 (11.3%), and greater frequency of stillbirth 4 (2.7%). **Conclusions:** The ≥ 35 years maternal age is related to diseases inherent to pregnancy such as gestational hypertension and preeclampsia; clinical complications such as lower limb varicoses, obesity, and diabetes mellitus. There were significantly more caesarean section delivery and low birth weight.

Keywords: Pregnancy; High risk; Maternal age.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Número total de partos ocorridos no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA em relação ao número de partos em mulheres com idade ≥ 35 anos, no período de 2005 a 2007 36
- Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 37
- Tabela 2 – Frequência de tabagismo e etilismo entre as mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 39
- Tabela 3 – Início da assistência pré-natal das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 40
- Tabela 4 – História obstétrica pregressa das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 41
- Gráfico 2 – Índice percentual de partos e abortamentos progressos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 42
- Tabela 5 – História obstétrica pregressa das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 43
- Tabela 6 – Intercorrências obstétricas, clínicas e ginecológicas observadas nas mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 44
- Tabela 7 – Resultados maternos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007 45
- Gráfico 3 – Via de Parto das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007 46
- Tabela 8 – Resultados perinatais dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007 47

Tabela 9 – Resultados perinatais dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007 48

Tabela 10 – Índice de Apgar e peso ao nascer dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007 49

LISTA DE SIGLAS

CIUR – Restrição de crescimento intra-uterino

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPEP – Calcium for Preclampsia Prevencion

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

DUM – Data da última menstruação

ECLAMC – Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HIG – Hipertensão Induzida da Gravidez

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NTG – Neoplasia Trofoblástica Gestacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNPB – Recém-nascido de baixo peso

RPPM – Ruptura Prematura Pré-termo das Membranas

RR – Risco Relativo

US – Ultrassonografia

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
3 PACIENTES E MÉTODOS	28
3.1 Modelo de estudo	28
3.2 Metodologia de estudo	28
3.3 Critérios de inclusão	28
3.4 Critérios de não inclusão	28
3.5 Variáveis estudadas	29
3.6 Análise estatística	35
4 RESULTADOS	36
5 DISCUSSÃO	50
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE	62
ANEXO	65

1 INTRODUÇÃO

A gravidez tardia não é tão raro na atualidade. A procura pelo reconhecimento profissional, aliada a maior popularização dos tratamentos de reprodução, tem levado as mulheres a protelar o momento de gestar (GILBERT et al., 1999; ZIADEH; YAHAYA, 2001; COSTA, 2003; HUANG et al., 2008).

O censo ocorrido em 2000, realizado pelo *Office for National Statistics* (Londres e País de Gales, Reino Unido), evidenciou idade materna média, por natalidade, no geral, de 29 anos, a mais avançada observada nos últimos 40 anos (MAHER; MACFARLANE, 2004).

Grande número de mulheres tem adiado as gestações para as quarta ou quinta décadas de suas vidas (ADASHEK et al. 1993). Entretanto, uma vez prorrogado o tempo para a maternidade, a chance da mulher engravidar diminui consideravelmente, principalmente para mulheres com idade acima dos 35 anos (REZENDE, 2005). Um dos fatores que mais contribui para essa redução é a diminuição do número de óvulos. Sabemos que o feto feminino, no 5º mês de gestação, seus ovários alcançarão o maior número de óvulos (6 a 7 milhões). A partir deste momento, e até o final da sua vida reprodutiva, ela só perderá óvulos. Ao nascer, já serão 2 milhões e, quando da primeira menstruação, restarão apenas 400.000. A partir da primeira menstruação, e a cada novo período menstrual, a mulher perderá algo em torno de 1000 óvulos (REZENDE, 2005).

Através da análise desses números pode-se perceber que a perda anual de óvulos fica em torno de 10 a 12 mil. Porém, não são apenas os números que caem consideravelmente, caem também a sua qualidade. Quanto maior a idade, maior a chance desse óvulo apresentar anormalidade genética (REZENDE, 2005).

Considerando as mulheres acima de 40 anos, a literatura mundial mostra uma incidência de natalidade nos limites de 2% a 5%, a exemplo de estudos como os de Cleary-Goldman et al. (2005) e Joseph et al. (2005).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que a proporção de nascimentos em mães acima dos 40 anos subiu, passando de 1,75% de nascidos vivos, em 1996, para 1,95%, em 2002. Com isso, pode-se perceber que apesar das atuais ocupações profissionais, a relação mulher – mãe ainda é algo almejado. Na

verdade, as mulheres têm-se mostrado cada vez mais capaz de dividir atividades, sem prejuízo em nenhuma delas. (BRASIL, 2008)

Diversos mecanismos têm sido utilizados para auxiliar a gravidez tardia. Um deles é a fertilização in vitro com doação ovocitária, que foi regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina em 1992. Na doação ovular, a gravidez é possível graças a óvulos doados por mulheres mais jovens, que são fertilizados em laboratório com os espermatozóides do parceiro daquela que vai gerar o bebê. Em seguida, o embrião é implantado no útero. (SEOUD, 2002)

Nos últimos tempos, grandes mudanças sociais e culturais nortearam as formas de natalidade, com redução gradativa de sua incidência, como um todo, deixando, para depois, a gravidez. Muitos foram os fatores que contribuíram para tais mudanças, como preocupação da mulher melhorar sua escolaridade e desenvolvimento intelectual, sua entrada no mercado de trabalho, avanços nas técnicas de reprodução assistida, que certamente levaram-na a escolher o melhor momento para experimentar a maternidade (ADASHEK et al., 1993; PRYSAK; LORENZ; KISLY, 1995). Portanto, a gravidez em mulheres com idade igual ou maior que 35 anos tem ocorrido com maior freqüência. Há relatos de que os recém-nascidos de mães entre 30 e 40 anos duplicaram em relação à freqüência do ano de 1976 (BOTTING; DUNELL, 2000).

No âmbito da perinatologia, a idade materna igual ou maior que 35 anos tem se constituído assunto de grande interesse, principalmente no que tange aos resultados maternos e perinatais (JAMES, 1995).

A literatura mundial refere doenças crônicas em populações de mães com idade mais elevada, a partir dos 35 anos, sendo as mais freqüentes a hipertensão arterial e diabetes mellitus, havendo maior ocorrência de aborto de 1º trimestre, gestação gemelar, pré-eclâmpsia, HELLP síndrome, diabetes gestacional e mortalidade materna (ZIADEH, 2002), assim como maior ganho de peso, obesidade, miomas, pré-eclâmpsia e alterações do feto e neonato, tais como, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, anomalias cromossômicas e aborto natural, mecônio intraparto, macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal (EDGE; LAROS, 1993; EISEMBERG; SCHENKER 1997; ANDRADRE, 2004).

Observa-se com maior freqüência, que complicações obstétricas contribuem para piorar o prognóstico materno e fetal, tais como hemorragia anti-

parto, gestação gemelar, trabalho de parto prematuro, trabalho de parto prolongado, apresentações anômalas, placenta prévia, distócias, pós-datismo, oligohidrânio e polidrânio, ruptura prematura das membranas e parto cesariana (EDGE; LAROS, 1993; EISENBERG; SCHENKER, 1997; ANDRADE et al., 2004).

A mortalidade materna tem como maiores causas, nos países desenvolvidos, as síndromes hipertensivas e a hemorragia puerperal decorrente da inércia uterina (KHAN et al., 2006).

Segundo James et al. (1995), é necessário prestar a essas mulheres uma assistência pré-natal especializada, tendo um caráter preventivo como um dos objetivos básicos, pois a maior prevalência de complicações, em tais gestantes, assim o exige.

Em que pese à questão da idade avançada, sabe-se que existem variáveis de confundimento, como as doenças pré-existentes e a multiparidade, que prejudicam a avaliação dos riscos associados à idade materna isoladamente, o que torna os dados publicados acerca dos resultados adversos em gestantes com 35 anos ou mais, pouco consistentes (BIANCO et. al., 1996).

Verificar os resultados de vários trabalhos que mostram o aumento da incidência de gravidez em mulheres com trinta e cinco anos ou mais, induziu-nos à pesquisa em gestantes com idade avançada. São raros os trabalhos que investigam, de forma completa, os fatores prognósticos ligados ao resultado da gravidez em mulheres com idade a partir dos 35 anos, tais como os de Cabrera (2007) e Callaway (2005). Percebe-se pequena lacuna a ser preenchida por pesquisa mais ampla, capaz de avaliar cada queixa, identificando as complicações mais freqüentes, no intuito de prevenir ou minimizar as alterações que possam atingir o binômio materno-fetal, desta forma, alcançar a maturidade da gravidez, com melhores resultados maternos e perinatais.

Observou-se, nos últimos anos, um número maior de mulheres com 35 anos ou mais procurando atendimento tanto pré-natal, quanto no momento do parto, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA; algumas com alterações no evoluir da gestação, outras com resultados adversos maternos e perinatais, evidenciando a necessidade de uma assistência multiprofissional especializada.

OBJETIVOS

Geral

- ✓ Identificar o impacto da idade materna sobre os resultados maternos e perinatais das mulheres com 35 anos ou mais.

Específicos

- ✓ Verificar a frequência de gestantes com idade ≥ 35 anos no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.
- ✓ Identificar as intercorrências obstétricas, clínicas e ginecológicas.
- ✓ Verificar o diagnóstico perinatal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Informações a respeito de “gravidez tardia” (*eldery primigravida*) ocorreram pela primeira vez em 1950, com Waters e Wagner, persistindo o assunto, atualmente, como motivo de preocupação perinatal a nível clínico, individual e de população (JOSEPH et al., 2005).

Na literatura existente sobre idade materna avançada ou mulheres idosas gestantes, o tema é vinculado às mulheres com 35 anos ou mais (ZIADEH, 2001; CLERAY-GOLDAMAN et al., 2005), alguns autores preferem usar o termo maternidade tardia ou idade madura para referir-se às mulheres com mais de 40 anos (PRYSAK; LORENZ; KISLY, 1995; DULITZKI, 1998; CABRERA et al., 2007). Existem, ainda, referências à idade materna muito avançada, para indicar mulheres grávidas com mais de 45 anos (DULITZKI, 1998, CALLAWAY, 2005), mesmo assim, percebe-se não haver um consenso sobre em qual momento da vida a gravidez é considerada tardia. Ainda que os pesquisadores não tenham chegado a um acordo em relação a uma idade específica para classificar a gravidez como tardia, o fato é que a mesma tem merecido inúmeros estudos.

Newell e Rock, (apud REZENDE; REZENDE FILHO, 2005) em cuidadosa revisão sobre a gravidez em épocas mais avançadas, reportando-se à maior compilação de partos conhecida, com indicação da idade materna, a publicada em U. S. Vital Statistics, na qual é referido que entre 3 e ½ milhões de nascimentos, registram-se 168 partos em mulheres de mais de 50 anos. Newel e Rock alertam, entretanto, contra possíveis erros no recenseamento, pois nem sempre as informações sobre a idade são corretas. Na literatura inglesa, Kennedy reporta caso de gravidez a termo (a 13^a) em mulher de 63 anos, única observação considerada autêntica por Lindpainter, em sua tese de 1916.

Atualmente, é fato, mulheres adiar para ter seus bebês até a quarta ou quinta décadas de vida (GILBERT; NESBITT; DANIELSEN, 1999; ZIADEH; YAHAYA, 2001; COSTA, 2003; HUANG et al., 2008). Nos Estados Unidos, uma em cada cinco mulheres tem o bebê após os trinta e cinco anos e a taxa de mulheres de 40 a 45 anos que engravidou aumentou em 70%, na década passada (HEFFNER, 2004). As americanas que conceberam depois dos 35 anos, nos últimos dez anos, o fizeram pela primeira vez (REZENDE; REZENDE FILHO, 2005) e, em 2002, 263

partos aconteceram em mulheres de 50 a 54 anos (HEFFNER, 2004). Na Austrália, 0,1% das parturientes estão na categoria de mulheres grávidas com idade igual a 45 anos ou mais (CALLAWAY, 2005).

Em países como os Estados Unidos e Austrália, o adiamento da gravidez é resultado de fatores sociais, educacionais e econômicos (ZIADEH, 2001; COSTA, 2003; CLEARY-GOLDMAN, 2005). Um maior papel profissional das mulheres na sociedade (DULITZKI et al. 1998; ZIADEH, 2001; SEOUD et al., 2002; JOSEPH et al., 2005), além de melhorias que vêm ocorrendo nos cuidados neonatais e obstétricos (JOSEPH et al., 2005) são motivos dessas alterações nos padrões de gravidez.

O papel da mulher na sociedade transfigurou-se, adiando seu desejo de maternidade, o que se vê claramente a partir de 1970. A primeira gravidez, na mulher idosa, vem se tornando quase trivial em virtude da maior longevidade do ser humano, a melhoria na qualidade de vida e a saúde física (REZENDE; REZENDE FILHO, 2005).

Além disso, os recentes avanços na tecnologia de reprodução assistida também melhoraram as taxas de gravidez entre aquelas com infertilidade involuntária, o que aumentou ainda mais o grupo de mulheres de idade avançada tendo bebês (ZIADEH, 2001; COSTA, 2003; CLEARY-GOLDMAN, 2005). A razão reside no fato de que a queda de fecundidade, que ocorre nas mulheres de idade avançada, está cada vez mais sendo tratada com doação oocitária e fertilização *in vitro*. Ao usar a doação oocitária, a taxa de gravidez por transferência parece ser similar em mulheres receptoras de todos os grupos de idade. A queda observada na fecundidade pode ser devida a vários fatores que refletem a qualidade oocitária em declínio, incluindo uma incidência aumentada de anormalidades cromossômicas do embrião e conseqüentemente abortamento espontâneo e uma incidência maior de deficiência na fase luteal. Outros fatores que influenciam a fertilidade incluem uma chance maior de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e doenças inflamatórias pélvicas resultantes de uma alteração da anatomia pélvica normal, devido ao desenvolvimento de leiomiomatose e endometriose uterina (WOLFF et al., 1997)

Os extraordinários progressos da fertilização *in vitro* têm obtido gestações em mulheres muito idosas, bem acima dos 60 anos, suscitando controvérsias sobre a sua conveniência e levantando dúvidas acerca da legalidade dos procedimentos empregados (REZENDE; REZENDE FILHO, 2005).

Outras alterações nos padrões de gravidez são um controle de natalidade efetivo, adiamento do casamento, a busca de mulheres por uma educação mais elevada, avanços na carreira profissional e crescentes taxas de divórcio seguidas de um segundo casamento (COSTA, 2003; CLEARY-GOLMAN et al., 2005). Em Cuba, estudos realizados por Cabrera (2007) revelaram que, em mulheres com 35 anos ou mais, o motivo da gestação foi um segundo casamento.

O aumento no número de mulheres capazes de engravidar, em idade muito avançada, está ocorrendo principalmente em primíparas, o que pode ser devido à tecnologia de reprodução assistida. O resultado dessas gravidezes está associado com a incidência mais elevada de doença crônica (DULITZKI, 1998).

Nos países desenvolvidos, a maioria dessas mulheres é nulípara, enquanto nos países em desenvolvimento, a maioria é múltipara, existindo vários relatos de gravidez resultante de doação de oócitos (DULITZKI, 1998; SEOUD, 2002), mesmo em mulheres menopausadas acima de 50 anos (SEOUD, 2002).

Gravidezes iniciais ocorrendo em mulheres com 40 anos ou mais são relativamente raras, mas estão aumentando na frequência. Mães primíparas, nesse grupo de idade, estão procurando aconselhamento especializado antes da concepção ou no início da primeira gravidez, buscando saber sobre os riscos associados com sua gravidez. Geralmente são profissionais com boa educação que conscientemente adiaram a gravidez e que querem o mínimo de intervenção possível. Tais mulheres frequentemente buscam a literatura médica para inteirar-se sobre os riscos, de modo que possam tomar decisões bem informadas (GILBERT et al., 1999).

Ressalte-se, entretanto, que, a longo prazo, os resultados para bebês de mulheres com idade muito avançada são desconhecidos e precisam ser muito bem monitorados (CALLAWAY, 2005).

Pesquisa realizada no Canadá por Joseph et al. (2005) mostra que o número de mulheres na faixa etária de 30 a 34 anos, cujos filhos nasceram vivos, teve um incremento de 18,9% para 30,6%, num período de vinte anos (1982 a 2002), ou seja, uma variação percentual de 11,7%. No mesmo período, também ocorreu uma variação percentual de nascidos vivos de mulheres com 35 a 39 anos, de 4,7% para 14,1%. Mulheres com 40 anos ou mais apresentaram índice crescente de 0,6% para 2,6%. Nos Estados Unidos, nos anos 1970 a 2000, os nascidos vivos de mulheres com 35 anos ou mais aumentaram, aproximadamente, de 5% para quase 13% (CLEARY-GOLMAN et al., 2005).

Nos países em desenvolvimento, os nascidos vivos de mulheres de 40 anos ou mais têm aumentado significativamente, situação que também poderia estar ocorrendo em países no limite do desenvolvimento, como é o caso do Chile (SINHÁ, BECKER, DEL PINO, 2002). Apesar de alguns anos atrás mulheres em idade avançada terem sido desaconselhadas a engravidar, devido à mortalidade e morbidade materna e perinatal mais elevadas, recentemente muitos estudos têm demonstrado um resultado favorável em mulheres grávidas idosas (SEOUD, 2002).

O efeito da idade materna no resultado da gravidez pode ser melhor avaliado, examinando-se 5 fatores específicos que podem afetar o resultado desejado: mãe e bebê saudáveis, queda de fertilidade, abortamento, anormalidades cromossômicas, complicações hipertensivas e natimorto (HEFFNER, 2004).

Em relação a um maior risco de complicações na gravidez devido à idade materna, muitas discussões têm ocorrido. Tradicionalmente, gravidez em idade materna avançada tem sido considerada como de alto risco (ZIADEH; YAHAYA, 2001; ZIADEH, 2002; JOSEPH et al., 2005), conceito intimamente associado ao risco fetal, conquanto possa, *lato sensu*, ser estendido ao prognóstico materno (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2005). Ziadeh e Yahaya (2001) afirmam que consideradas as anormalidades cromossômicas e abortamento espontâneo, não está claro se essas gravidezes são realmente de alto risco.

Heffner (2004) refere maior risco de aborto entre mulheres com 45 anos ou mais. Huang et al. (2008) concordam que mulheres com idade materna avançada têm um risco aumentado de abortamento, mas, a magnitude e os mecanismos do risco aumentado, não estão claros, fazendo-se necessários estudos prospectivos.

Achados de Joseph et al. (2005) mostram que a idade materna avançada está associada ao aumento substancial de disfunções hipertensivas, diabetes mellitus, outras doenças clínicas crônicas, placenta prévia, descolamento placentário e diabetes gestacional. O aumento na frequência dessas complicações eleva as taxas de parto prematuro, restrição do crescimento fetal, mortalidade fetal, mortalidade perinatal e morbidade neonatal grave. Os estudos incluíram investigações hospitalares e populacionais de tamanhos diferentes, com ênfases variáveis sobre o controle para fatores confundidores (por outras características maternas tais como peso na gestação, tabagismo, situação socioeconômica e história obstétrica) e sobre mecanismos e resultados clínicos.

Gestantes com 45 anos ou mais têm maior frequência de complicações pré-gestacionais (hipertensão crônica e hipotireoidismo) e gestacionais (anormalidades genéticas, diabetes gestacional, maior incidência de cesariana e macrossomia fetal), a despeito de bons resultados obstétricos e perinatais (GILBERT, 1999).

Sobre a hipertensão arterial que se inicia e termina na gravidez, esta é um grande enigma da obstetrícia, desconhecendo-se sua etiologia, apesar de estudos na busca de desvendá-lo. Alguns fatores de risco parecem definidos, como é o caso da primiparidade, enquanto outros permanecem aguardando definição. A idade materna é um deles, havendo controvérsia se a gravidez nos extremos do período procriativo eleva os riscos das síndromes hipertensivas. Estudo multicêntrico norte-americano do *The Calcium for Preclampsia Prevencion (CPEP) Study Group* não encontrou variação na incidência de hipertensão induzida pela gravidez nas diversas faixas etárias, ao passo que outros estudos de casuísticas volumosas apontam maior incidência nas gestantes com idade mais avançada (COSTA, 2003).

A hipertensão induzida pela gravidez tem sido reportada em até 35% de mulheres que engravidam por meio de fertilização *in vitro* de óvulos doados aos 50 anos ou mais (PAULSON et al., 2002).

Segundo Gusmão, Tavares e Moreira (2003) a idade reprodutiva está inequivocamente relacionada à origem de trissomia cromossômica em humanos e a idade materna avançada é uma variável fortemente associada à síndrome de Down. Dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações (ECLAMC) registram que 40% dos nascidos vivos com síndrome de Down têm mães com idade de 40 a 44 anos, embora mulheres nessa faixa etária sejam responsáveis por apenas 2% do total de nascimentos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), referentes a países europeus, mostram que apenas a ação eugênica do planejamento familiar foi responsável pela redução de 30% a 60% na incidência da síndrome de Down.

Em seus estudos, Gusmão, Tavares e Moreira (2003) mostraram que a distribuição etária de mães com filhos com síndrome de Down indica a ocorrência de fatores dependentes e independentes da idade materna. No intervalo de idade materna seguinte, de 30 a 34 anos, a frequência de nascimentos no grupo-controle foi de 10%.

Segundo Callaway (2005) a maioria das mulheres com idade materna avançada é casada com parceiro de idade avançada, o que também aumenta o risco de uma doença autossômica dominante no descendente.

De acordo com Astolfi, De Pasquale e Zonta, (2004) o papel do envelhecimento paternal na incidência de algumas doenças genéticas, na descendência, depende da hipótese de acumulação de mutações espontâneas devido a contínuas divisões celulares na espermatogênese. Mutações prejudiciais, mesmo com leves efeitos deletérios, podem influenciar na monogênese, bem como nos traços do complexo poligênico, de forma a afetar a sobrevivência e a saúde dos descendentes. Recentemente, observou-se que o envelhecimento paterno reforça o risco de algumas patologias complexas multifatoriais, tais como esquizofrenia, pré-eclâmpsia, doença de Alzheimer e aborto espontâneo.

Frans et al. (2009) referem que a idade paterna avançada é um fator de risco para desordem bipolar no descende. Sukanta et al. (2009) relacionam a idade paterna avançada ao autismo e a esquizofrenia, tanto quanto à dislexia e à diminuição da inteligência.

A idade paterna avançada, frequentemente associada com a idade materna avançada, aumenta o risco de doença dominante autossômica, tais como acondroplasia e síndrome de Marfan, que parecem resultar de novas mutações genéticas. A deterioração dos óvulos, com o avanço da idade materna, supõe-se ser responsável tanto pela queda na fertilidade, como pelo risco aumentado de anormalidades cromossômicas (HEFENER, 2004)

Estudos referem estar a gravidez tardia associada a complicações maternas aumentadas e morbidade perinatais, não havendo relação, entretanto, entre a idade avançada da mãe e o aumento demonstrável da mortalidade perinatal (ZIADEH, 2001)

Entretanto, estudo mais abrangente, com base nos efeitos perinatais na gravidez tardia, examinando mecanismos clínicos pertinentes e resultados após um controle cuidadoso para potenciais confundidores, em razão do estado civil, tabagismo, peso, gravidez anterior, situação econômica, paridade, atendimento pré-natal, parto cesáreo anterior, baixo peso ao nascer anterior e óbito perinatal anterior, concluiu que a idade materna avançada está associada com riscos relativamente mais elevados de mortalidade/morbidade perinatais, embora a taxa absoluta de tais resultados seja baixa (JOSEPH et al., 2005)

Em relação ao parto, achados apontam que taxas de parto induzido estavam mais elevadas entre mulheres de idade avançada (AZEVEDO et al. 2002; ZIADEH, 2002;). Além disso, houve também maior número de parto cesáreo, quando comparado com partos de mulheres mais jovens (JOSEPH et al., 2005).

Mães com idade materna avançada estão em alto risco de algum tipo de parto cirúrgico (GILBERT et al., 1999; ZIADEH, 2002). A incidência de cesariana estava significativamente mais elevada em pacientes com idade materna avançada, comparadas com os controles mais jovens (ZIADEH, 2002). O risco de parto cirúrgico aumentado pode ser explicado amplamente pelas condições anti-parto ou intraparto, tais como apresentação pélvica e esforços anormais no trabalho de parto, mas outros fatores não mensurados devem ser levados em consideração (GILBERT et al., 1999).

Nos estudos de Ziadeh (2002), em termos percentuais, a diferença entre cesáreas de mulheres em idade avançada com mulheres do grupo controle (25-29 anos) é significativa: as primeiras com índice de 52,4% e as segundas, com 13,5%.

Da mesma forma, estudos de Andrade (2004) referem a cesárea como via de parto mais utilizada, tanto no grupo de 35 a 39 anos (55,3%) quanto nas gestantes com mais de 40 anos (64,8%).

De acordo com Joseph et al. (2005) essa forma de intervenção reduz a mortalidade/morbidade perinatal devido à idade materna avançada.

Estudos de Ziadeh (2002) referem aumento no uso de oxitocina para estimular as contrações uterinas em mulheres com idade materna avançada, quando comparadas às mulheres de idade menor ou igual a 34 anos.

O risco significativamente aumentado de parto cirúrgico pode ser largamente explicado pelas complicações pré-parto ou intraparto, pois, mulheres nulíparas com 35 anos ou mais frequentemente têm uma longa história de infertilidade e engravidam com o auxílio de tecnologia de reprodução assistida; além disso, a exigência do casal, sobre resultados perfeitos da gravidez, pode levar os profissionais fazerem o parto precocemente, devido à ansiedade com relação ao natimorto. A média da idade gestacional no parto, para o grupo de estudo, foi mais baixa em relação ao grupo controle, o que pode refletir o desejo por um resultado mais favorável (GILBERT, 1999; ZIADEH, 2002)

Callaghan e Berg (2003) afirmam que mulheres de 35-39 anos têm duas ou três vezes mais risco de morte relacionada à gravidez do que mulheres em seus 20 anos, e o risco é ainda mais dramático para mulheres com 40 anos ou mais, embora,

em quase todo o século XX, o risco de morte materna tenha diminuído acentuadamente, nenhuma alteração no risco de morte materna ocorreu desde 1982.

Nos achados de Sinhá, Becker e Del Pino (2002), mulheres com 40 anos ou mais apresentaram maior risco de morte materna, fetal tardia, neonatal e infantil, sendo significativamente maior que em mulheres de 20 a 34 anos.

Rezende (2005) alerta que há risco de morte materna, inopinada, subitânea, em qualquer fase do ciclo gestatório e, geralmente, o acidente pode ser previsto e há de ser evitado. Entretanto, às vezes, a fatalidade acontece sem que se lhe possa, de imediato, estabelecer a causa. Fulmina a paciente e o diagnóstico etiológico nem sempre é obtido após a necropsia.

Ainda que preocupante, o índice de síndrome da morte súbita é 10 vezes menor do que a natimortalidade entre mulheres de idade avançada. Dados da *National Center for Health Statistics* coletados entre 1997 e 1999 mostram taxa de natimortalidade de 4 por 1000 gravidezes na faixa de 20 a 29 anos e mais de 10 por 1000 gravidezes após os 40 anos de idade (HEFFNER, 2004).

O grande excesso de risco de complicações na gravidez (exemplo, aumento de aproximadamente 2 a 6 vezes em disfunções hipertensivas, placenta prévia entre mulheres com 40 anos ou mais, *versus* mulheres de 20 a 24 anos) e o excesso de risco relativamente pequeno de mortalidade/morbidade perinatal (aproximadamente 2 vezes), provavelmente são reflexos da eficácia da intervenção obstétrica (JOSEPH et al., 2005).

Nos achados de Joseph et al. (2005) cerca de 10% dos partos e 13% de mortalidade/morbidade perinatal ocorreram entre mulheres com 35 anos ou mais. A relação entre a idade e os vários fatores de risco comportamentais e clínicos para resultados adversos perinatais é marcante, enfatizando a necessidade de controle cuidadoso para confundimento em estudo sobre a idade materna avançada.

O estudo referido anteriormente aponta, ainda, que a idade materna avançada está associada com taxas significativamente mais elevadas de mortalidade/morbidade perinatal, mesmo entre mulheres sem complicações na gravidez. Porém, referido estudo traz um alento às mulheres em idade mais avançada, ao afirmar que os índices de morte perinatal estão em seu ponto mais baixo, historicamente, e mulheres com estilos de vida saudável e sem doença crônica têm taxas absolutas muito baixas de mortalidade perinatal.

Em relação aos resultados neonatais, a idade materna avançada está

associada ao baixo índice de Apgar, que mostra as más condições vitais do recém-nato (CECATTI et al., 1998; SENESI et al., 2004), morte perinatal e óbito fetal (CECATTI et al., 1998) e baixo peso ao nascer (JOSEPF et al., 2005).

O baixo peso ao nascer (RNB), definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquele inferior a 2.500g, contribui de forma muito importante para a mortalidade e morbidade infantis, principalmente para a mortalidade neonatal. A mortalidade ocorre por mecanismos ainda não totalmente conhecidos e a morbidade se refere a problemas de retardo do desenvolvimento, risco aumentado de paralisia cerebral, convulsões e, mais recentemente, alguns estudos têm mostrado testes de avaliação de inteligência comprometidos em RNB, quando comparados aos de crianças normais. O aleitamento materno, neste grupo de crianças, também pode ficar comprometido (NASCIMENTO; GOTTIEB, 2001).

A ocorrência de RNB varia entre países, sendo, inclusive, um indicador geral de nível de saúde de uma população, por estar altamente associado às condições socioeconômicas (NASCIMENTO; GOTTIEB, 2001).

Em relação ao número de filhos por parto, Delbaere et al. (2008) examinaram o resultado de gravidezes de gêmeos em primíparas de idade avançada, comparadas com resultado de gravidez de gêmeos de primíparas com idade entre 25-29 anos. O resultado mostrou que após ajuste para o modo de concepção, disfunções hipertensivas na gravidez, zigocidade/coriocidade e nível de escolaridade, gêmeos de primíparas de idade materna avançada não estão expostos a riscos mais elevados de nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, em comparação com gêmeos de mulheres mais jovens. Pelo contrário, as taxas de pré-termo e baixo peso ao nascer são significativamente mais elevadas, em gravidezes de gêmeos de mulheres com idade entre 25-29 anos, do que em mulheres com 35 anos ou mais. Sabe-se, entretanto, que a multiparidade aumenta o risco de placenta prévia (GILBERT; NESBITT; DANIELSEN, 1999).

Nos estudos de Costa, Costa e Costa (2003), a gemelidade não se constitui fator de risco estatisticamente significante para a ocorrência de hipertensão induzida da gravidez. Mas os dados do estudo reforçaram o conceito de que a idade avançada a eleva, independente da paridade, presença de hipertensão crônica ou diabetes. É possível que o comprometimento vascular, inerente à idade, torne algumas pacientes mais suscetíveis à hipertensão específica da gravidez, mesmo entre aquelas que não desenvolveram hipertensão clinicamente reconhecível.

Na literatura mais recente sobre a idade materna avançada, como os estudos de Zugaib (2008), referindo que esta se associa com maiores índices de abortamento [Risco Relativo (RR) 2,0 entre 35 e 39 anos e 2,4 a partir dos 40 anos], anomalias cromossômicas (RR 4,0 entre 35 e 39 anos e 9,9 a partir dos 40 anos), anomalias congênitas (RR 1,4 entre 35 e 39 anos e 1,7 a partir dos 40 anos), diabetes gestacional (RR 1,8 entre 35 e 39 anos e 2, a partir dos 40 anos) e placenta prévia (RR 1,8 entre 35 e 39 anos e 2,8 a partir dos 40 anos). Pacientes entre 35 e 39 anos ainda exibem risco aumentado para macrossomia (RR 1,4). Já as mulheres acima dos 40 anos têm maior risco para deslocamento prematuro de placenta (RR 2,3), prematuridade (RR 1,4), baixo peso ao nascimento (RR 1,6) e mortalidade perinatal (RR 2,2). Como consequência da morbidade citada, as taxas de cesáreas também são significativamente altas (RR 1,6 entre 35 e 39 anos e 2,0 a partir dos 40 anos).

À parte, a literatura referir riscos na gravidez em idade avançada e o fato de que, historicamente, mulheres que querem engravidar aos 35 anos terem sido desaconselhadas a fazê-lo por causa do aumento no risco de morbidade e mortalidade, tanto pré-natal, quanto materno e as que engravidavam com o que era considerada uma idade avançada para maternidade, eram aconselhadas a se submeterem a teste genético pré-natal por causa de aumento significativo da aneuploidia cromossômica, associada com a gestação numa idade avançada (GILBERT, 1999). É importante o entendimento de Ziadeh (2002), de que a gravidez deve ser pensada com base em vários fatores, não devendo ser descartada sua possibilidade em virtude tão somente da idade da mulher, posto que, se uma atenção apropriada for dada ao problema da prematuridade e às dinâmicas do parto, as nulíparas com 35 anos ou mais podem dar luz um bebê saudável, sem preocupação com relação à idade.

Segundo Joseph et al. (2005), o aumento continuado de mulheres de idade materna avançada terá um impacto nas tendências de saúde da população e na demanda pelos serviços de cuidados de saúde, incluindo índices de parto cesáreo. Entretanto, mais importante do que a idade, são as condições de vida e saúde das gestantes e, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto (AZEVEDO, 2002).

A gravidez perimenopausal e posmenopausal permanece uma opção para as mulheres que têm sorte suficiente de estar saudáveis e suficientemente saudáveis para persegui-la (HEFFNER, 2004).

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 Modelo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo.

3.2 Metodologia de estudo

Pesquisa realizada no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no período de janeiro a dezembro de 2007, reunindo um total de 305 pacientes, sendo 152 com idade menor que 35 anos, grupo A, para controle, selecionados por um funcionário do arquivo, previamente autorizado pela direção; e 153 com 35 anos ou mais, grupo B, de estudo, que pariram no referido Serviço. Buscou-se nos prontuários, nas fichas de pré-natal, fichas de trabalho de parto as informações relativas à gestação, tipo e duração do parto e puerpério imediato; fichas de recém-nascidos em que foram registradas as informações pertinentes à assistência na sala de parto e em todo o período neonatal precoce, todos os dados para preenchimento do protocolo de pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, Parecer n° 126/2008, Protocolo n° 001086/2008-50 e respeitou todos os critérios exigidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 para estudos envolvendo seres humanos.

3.3 Critérios de inclusão

- a) Pacientes que ultimaram o período gestatório no ano de 2007.

3.4 Critérios de não inclusão

- a) Presença de doenças pré-existentes como: diabetes melitus, cardiopatias, nefropatias, hipertensão arterial crônica, tireoideopatias, neuropatias, lúpus eritematoso sistêmico ou outras doenças imunológicas, doenças infecto-contagiosas.

- b) Pacientes cujos dados, que constam nos prontuários, não completam as informações necessárias.
- c) Parto em outro Serviço.

3.5 Variáveis estudadas

3.5.1 Procedência

Pesquisou-se qual a origem da paciente, separando aquelas que procuraram o Serviço que residem nesta Capital, daquelas que moram no interior.

3.5.2 Cor

Preferiu-se usar o termo cor à raça, por ter sido citado nos prontuários, fichas de pré-natal, etc., além da dificuldade de se caracterizar a raça em nossa população. Reunimos as pacientes em dois grupos, brancas e não brancas (IBGE, 2008)

3.5.3 Profissão

Investigou-se qual a principal atividade desenvolvida pelas pacientes. Destacamos as profissões mais citadas, e, com o título de outras, aquelas atividades menos referidas (IBGE, 2008).

3.5.4 Estado civil

O estado civil ou conjugal abrange aspectos sociais, econômicos, legais e, em muitos casos, religiosos. Neste trabalho consideraram-se os seguintes estados civis: solteiro, casado e união estável, de acordo com declaração das pacientes.

O casamento pode ocorrer no civil ou no religioso ou, ainda, neste último, com efeitos no primeiro. Entretanto, neste trabalho considerou-se casamento o disposto no Artigo 1.514 do Código Civil brasileiro de 2002: “O casamento se realiza no momento em que o homem e a mulher manifestam, perante o juiz, a sua vontade de estabelecer vínculo conjugal, e o juiz os declara casados”.

O termo união estável referiu-se, neste trabalho, às mulheres unidas ao companheiro num contrato verbal e que têm um relacionamento estável como marido e mulher. Consta no Artigo 1723 do código Civil: “É reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família”.

Quando não se inclui nas situações anteriores, considerou-se o estado civil como solteiro.

3.5.5 Situação escolar, financeira e hábitos

Investigou-se o nível de escolaridade das pacientes. Aquelas sem escolaridade ou que só assinavam o nome, foram consideradas como sem escolaridade; aquelas que cursaram até a 8ª série foram classificadas como ensino fundamental; as que estudaram até o 3º ano do 2º grau, como ensino médio, e aquelas que chegaram ao 3º grau, como ensino superior.

Pesquisou-se a situação financeira das pacientes e foram agrupadas de acordo com a renda da família em salários mínimos.

Verificou-se o uso ou não de bebidas alcoólicas, se eram ou não tabagistas e, se afirmativo, quantos cigarros por dia. Investigou-se também o uso ou não de drogas consideradas ilícitas.

3.5.6 Assistência pré-natal

O pré-natal é o acompanhamento durante todo o período gestatório, sempre que possível, conduzi-lo até o nono mês, realizado fundamentalmente pelo médico, tendo também participação da enfermagem, além do nutricionista, assistente social e psicólogo; para evitar complicações ao binômio materno-fetal, neste intervalo, assim como no instante do parto (REZENDE, 2005). Uma assistência que, por muitos anos, foi orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil.

Neste trabalho, consideraram-se as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), juntando-se as gestantes em grupos de acordo com a idade gestacional do início do pré-natal, assim considerados:

- a- 1º trimestre, caso tenha iniciado até 13 semanas,
- b- 2º trimestre, se o início se deu entre 14 e 29 semanas,
- c- 3º trimestre, quando o início ocorreu após 29 semanas.

Quanto à frequência de consultas realizadas agrupou-se as pacientes que fizeram de 1 a 3 consultas, aquelas com 4 a 6 consultas, as que realizaram de 7 a 10 consultas e todas as pacientes com mais de 10 consultas.

3.5.7 História obstétrica pregressa

O relato de quantas vezes a paciente engravidou, o número de partos, seu tipo (normal, cesárea ou a fórceps), a duração da gestação (termo ou pré-termo), os nascidos vivos ou mortos, de termo ou pré-termo e se as gestações culminaram em aborto e se este foi espontâneo (precoce ou tardio) ou provocado (precoce ou tardio). De acordo com a OMS e conceituação aprovada pela FIGO em 1976, abortamento é a expulsão ou a extração de concepto pesando menos de 500g [500g equivalem, aproximadamente, a 20-22 semanas completas (140 – 154 dias completos)] (REZENDE, 2005). Para o intervalo interpartal, considerou-se o período < 2 anos, de 2 a < 4 anos, de 4 a 6 anos e > 6 anos.

3.5.8 Idade gestacional

Calcula-se, levando-se em consideração o primeiro dia da última menstruação normal (OMS-FIGO, 1978), medida em dias ou semanas completas, além de outros avaliadores clínicos como, medida da altura do fundo do útero, início dos movimentos fetais, exame ultrassonográfico precoce (melhor aquele do primeiro trimestre da gestação), avaliado pelo comprimento cabeça-nádega, aceito como confiável para determinar a idade da gravidez e programar a época do parto (CHERVENAK, 1984). Diferenciou-se a duração da gestação da forma seguinte: recém-nascido pré-termo (< de 37 semanas), recém-nascido de termo (de 37 a menos de 42 semanas) e recém-nascido pós-termo (acima de 42 semanas). Os pontos de corte para análise de dados foram < de 37 semanas e ≥ de 37 semanas.

3.5.9 Idade materna avançada

Consideramos o conceito de idade materna avançada aquele adotado pela OMS (1994), que define como a gestante com 35 anos ou mais, sendo que aquela maior que 45 anos foi conceituada como idade materna muito avançada. Este grupo de gestantes foi comparado com outro de idade menor do que 35 anos, em virtude de melhores resultados maternos e perinatais.

3.5.10 Tipo de parto

O parto é o mecanismo pelo qual o feto se desprende do organismo materno, podendo ser natural ou normal, parto cesáreo (quando é usada uma incisão abdominal) e o fórcepe, quando auxiliado por instrumento que conduz o feto pelo canal do parto (REZENDE, 2005)

3.5.11 Peso ao nascer

O quanto em gramas, do recém-nascido, logo após o parto. Definimos como baixo peso ao nascer, os recém-nascidos com peso menor que 2500g; de peso adequado, entre 2500g e 3999g; de macrossômicos os bebês maiores do que 4000g (BRASIL, 2008). Para fins de análise estatística, os pontos de corte foram $<2500g$ e $\geq 2500g$ (UNICEF, 2003).

3.5.12 Prematuridade

Termo usado para todo recém-nascido cujo parto ocorreu antes de 37 semanas ou 259 dias de gestação, contando a partir do primeiro dia da última menstruação normal (OMS, 1978).

3.5.13 Índice de Apgar

Critério usado em todas as maternidades pelos neonatologistas para avaliar o bem estar dos recém-nascidos. Índice criado por Virgínia Apgar em 1953, por sentir a necessidade de estabelecer um escore, que lhe indicasse necessidade

de cuidados de reanimação do feto ao nascer. Foi atribuído um valor de zero a dois para pontuar os sinais pesquisados: frequência cardíaca, esforço respiratório, irritabilidade reflexa, tônus muscular e cor, resultando em uma nota final, encontrada pelas somas das notas atribuídas. Avaliação realizada no 1º e no 5º minutos após o nascimento completo.

A pontuação varia de zero a dez (0 a 10), sendo que as notas de sete a dez (7 a 10) são atribuídas aos recém-nascidos de boa vitalidade e feto com depressão respiratória, quando o valor atribuído for menor que sete (< 7). Confrontando-se bebês com índice de Apgar menor que sete com aqueles ≥ 7 , no 5º minuto de vida, foi encontrada uma relação entre o índice de Apgar no 5º minuto < 7 e mortalidade neonatal. O índice de Apgar não é medida ideal para medir a asfixia perinatal, porém o tal índice no 5º minuto permanece um método fácil para avaliar a efetividade das manobras de reanimação e, em algum grau, a vitalidade do recém-nascido.

3.5.14 Mortalidade

Natimortalidade, ou seja, o óbito dos conceptos com peso maior ou igual a 500g, intra-útero. Mortalidade neonatal, caracterizada pelo óbito do recém-nascido, considerando até 28 dias de vida pós-natal (OMS, 1994).

3.5.15 Intercorrências obstétricas

- a) Aborto espontâneo-precoce e tardio
- b) Mola hidatiforme
- c) Ruptura prematura das membranas
- d) Gemelidade
- e) Placenta prévia
- f) Descolamento prematuro da placenta
- g) Hipertensão gestacional
- h) Pré-eclâmpsia

3.5.16 Intercorrências ginecológicas

- a) Miomas uterinos
- b) Sífilis
- c) Gonorréia
- d) Condiloma Acuminado
- e) Corrimento

3.5.17 Intercorrências clínicas

- a) Hipertensão arterial
- b) Diabetes melitus
- c) Cardiopatia
- d) Obesidade
- e) Varizes de membros inferiores
- f) Infecção urinária
- g) Pneumopatias

3.5.18 Diagnóstico perinatal

- a) Materno
 - Parto normal
 - Parto cesáreo
 - Parto a fórceps
 - Infecção puerperal
 - Mortalidade materna

- b) Recém-nascido
 - A termo
 - Prematuro
 - Baixo peso ao nascer
 - Macrossômico
 - Anóxia neonatal
 - Infecções neonatais

- Malformação congênita
- Síndromes congênitas
- Desconforto respiratório
- Síndromes genéticas
- Óbito intra-útero

3.6 Análise estatística

Trata-se de estudo do tipo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo. O grupo controle é constituído por gestantes com idade menor que 35 anos (Grupo A) e o grupo de estudo é composto de gestantes com idade igual ou maior do que 35 anos (Grupo B). As variáveis foram descritas segundo frequência e porcentagem. Utilizou-se os testes Qui-Quadrado, com a correção de Yates, quando necessário, e o teste t de Student para amostras independentes, quando aplicável. Para todos os testes considerou-se IC de 95% e nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Os dados foram analisados, utilizando-se o Programa SPSS 16.0 for Windows (2007).

4 RESULTADOS

Esta pesquisa consta de estudo em 305 prontuários de mulheres que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA, no ano de 2007, sendo 152 prontuários de mulheres com idade menor do que 35 anos, controle (Grupo A), e 153 prontuários de mulheres com 35 anos ou mais, grupo de estudo (Grupo B).

No ano de 2007, de janeiro a dezembro, ocorreram 3781 (100%) partos no HUUFMA, sendo que 347 (9%) foram de pacientes com idade maior ou igual a 35 anos, destes foram pesquisados 153 prontuários. Foram excluídos 41 por falta de dados que atendessem às exigências da pesquisa, 134 de pacientes que apresentavam doenças pregressas e 19 prontuários não foram encontrados no arquivo.

Os resultados são apresentados em gráficos e tabelas, com números absolutos e relativos, estando as mulheres agrupadas por idade menor que 35 anos (Grupo A) e maior ou igual a 35 anos (Grupo B), para fins comparativos.

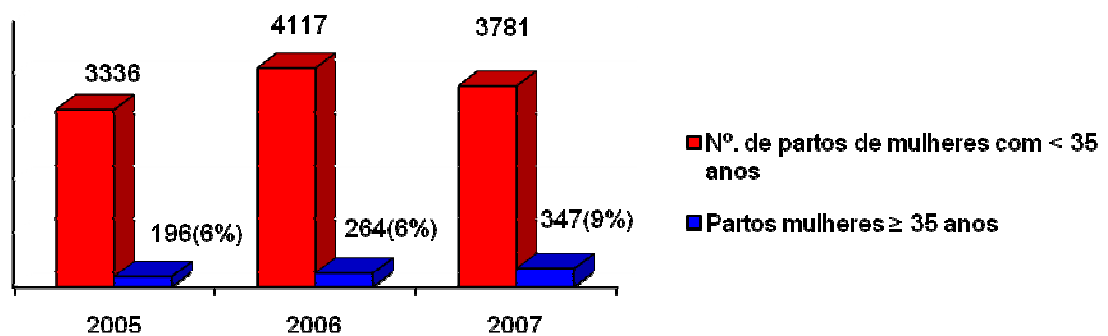


Gráfico 1 – Número total de partos ocorridos no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA em relação ao número de partos em mulheres com idade \geq 35 anos, no período de 2005 a 2007.

O gráfico 1 mostra que, no ano de 2005, ocorreu um universo de 3336 (100%) partos, considerando-se todas as idades, sendo que destes, 196 (6%) foram de mulheres com 35 anos ou mais. No ano de 2006 foram 4117 (100%) partos, incluindo todas as idades, dos quais 264 (6%) foram de mulheres com idade igual ou maior do que 35 anos. Já no ano de 2007 aconteceram 3781 (100%) partos, considerando todas as idades, enquanto o número de partos para mulheres com idade igual ou maior do que 35 anos foi 347 (9%). Nota-se que o número de partos

de mulheres com 35 anos ou mais vem aumentando a cada ano, confirmado pelo teste qui-quadrado de tendência, ou seja, $\chi^2 = 29,93$; $p = 0,0001$.

A tabela 1 revela as características demográficas e socioeconômicas das mulheres com idade menor que 35 anos e aquelas com idade igual ou maior do que 35 anos estudadas neste trabalho.

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007.

Características	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Faixa etária								
< 20	42	27,6	0	0	42	13,8	305,0	< 0,0001
20 a 34	110	72,4	0	0	110	36,0		
35 a 40	0	0	126	82,4	126	41,3		
> 40	0	0	27	17,6	27	8,9		
Procedência								
Capital	124	81,6	141	92,2	265	86,9	7,53	0,023
Interior do MA	28	18,4	12	7,8	40	13,1		
Cor								
Branca	20	13,2	35	22,9	55	18,0	4,76	0,029
Não branca	130	85,5	117	76,4	247	81,0		
Ignorado	2	1,3	1	0,7	3	1,0		
Profissão								
Do lar	73	48,2	53	34,6	126	41,3	38,98	0,0001
Comerciária	28	18,4	34	22,2	62	20,3		
Doméstica	11	7,2	19	12,4	30	9,8		
Estudante	23	15,1	4	2,6	27	8,9		
Professora	4	2,6	16	10,5	20	6,6		
Lavadora	6	3,9	2	1,3	8	2,6		
Outras	7	4,6	25	16,4	32	10,5		
Estado civil								
Ignorado	1	0,7	1	0,7	2	0,7	28,61	< 0,0001
Solteiro	76	50,0	74	48,3	150	49,2		
Casado	30	19,7	64	41,8	94	30,8		
União estável	45	29,6	14	9,2	59	19,3		
Escolaridade								
Sem escolaridade	6	3,9	8	5,2	14	4,6	14,15	0,003
Fundamental	77	50,7	55	35,9	132	43,3		
Médio	62	40,8	65	42,6	127	41,6		
Superior	7	4,6	25	16,3	32	10,5		
Renda (salários mínimos)								
< 1	66	43,5	64	41,8	130	42,6	1,23	0,746
1 a < 2	67	44,0	65	42,5	132	43,3		
2 a < 3	14	9,2	20	13,1	34	11,1		
≥ 3	5	3,3	4	2,6	9	3,0		

Verifica-se na tabela 1 número significativo de mulheres na faixa etária de 35 a 40 anos, solteiras, tendo o ensino fundamental como nível de escolaridade. Grande número destas mulheres era procedente da capital do estado.

Conforme a tabela 1, o grupo A apresenta 42 (27,6%) pacientes com menos de 20 anos e 110 (72,4%) pacientes com idade entre 20 e 34 anos; enquanto no grupo B encontrou-se 126 (82,4%) pacientes entre 35 e 40 anos e 27 (17,6%) pacientes com a idade maior do que 40 anos. Portanto, no grupo A, a frequência maior foi de pacientes com idade entre 20 e 34 anos, enquanto no grupo B houve mais pacientes com idade entre 35 e 40 anos.

Com respeito à procedência, no grupo A havia 124 (81,6%) pacientes da capital e 28 (18,4%) pacientes do interior do Estado. Já no grupo B foram 141 (92,2%) pacientes da capital e 12 (7,8%) pacientes do Interior. Fica constatado que, nos dois grupos, a maioria que procurou nosso serviço era procedente da Capital.

Nota-se ainda, que a maioria das mulheres atendidas neste Serviço, era não branca, tanto no grupo de idade menor que 35 anos – 130 (85,5%), quanto do grupo de idade maior ou igual a 35 anos – 117 (76,4%), com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,029$).

Quanto à profissão, verificou-se que predominou o grupo com ocupação exclusivamente do lar, sendo atendidas 73 (48,2%) mulheres no grupo A e 53 (34,6%) mulheres no grupo B, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Com relação ao estado civil, no grupo A, 76 (50%) pacientes eram solteiras, 30 (19,7%) pacientes casadas e 45 (29,6%) com união estável; já o grupo B apresentou 74 (48,3%) pacientes solteiras, 64 (41,8%) pacientes casadas e 14 (9,2%) com união estável; sendo que, uma em cada grupo, não informou o estado civil. Verifica-se que, em ambos os grupos, predominaram as mulheres solteiras. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Em relação ao grau de instrução, predominou o ensino fundamental no grupo A – 77 (50,7%) e ensino médio no grupo B – 65 (42,6%), com diferença significativa estatisticamente ($p < 0,05$).

Quanto à renda familiar, os dados coletados nos mostram que não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,746$). Nos dois grupos, predominaram as pacientes com renda familiar menor que 2 salários mínimos.

A tabela 2 mostra a relação entre as pacientes e o hábito de fumar, além da quantidade de cigarros consumidos por dia e uso de bebidas alcoólicas.

Tabela 2 – Frequência de tabagismo e etilismo entre as mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007.

	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Tabagismo								
Não	129	84,9	123	80,4	252	82,6	1,06	0,302
Sim	23	15,1	30	19,6	53	17,4		
Cigarros/dia								
2 a 5	12	52,2	7	23,3	19	35,8	6,29	0,043
6 a 10	9	39,1	22	73,4	31	58,5		
> 10	2	8,7	1	3,3	3	5,7		
Etilismo								
Não	111	73,0	136	88,9	247	81,0	12,46	0,0004
Sim	41	27,0	17	11,1	58	19,0		
Total	152		153		305			

De acordo com a tabela 2, podemos observar que não houve significância estatística ($p = 0,302$) na frequência de tabagismo entre os grupos estudados, predominando as não fumantes, sendo 129 (84,9%) no grupo A e 123 (80,4%) no grupo B. Dentre as fumantes, verificou-se significância ($p = 0,043$) no número de cigarros consumidos diariamente, predominando o consumo de 6 a 10 (73,4%) cigarros por dia, no grupo B. No tocante ao uso de bebidas alcoólicas, verifica-se que a frequência de etilismo foi menor no grupo B, com 17 (11,1%) pacientes etilistas, e 41 (27%) mulheres etilistas no grupo A, havendo significância estatística ($p < 0,05$).

A tabela 3 se refere ao período do início do pré-natal, assim como a frequência de consultas durante a evolução da gravidez.

Tabela 3 – Início da assistência pré-natal das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetria e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007.

Início do pré-natal / nº. de consultas	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	F	%	f	%		
Idade Gestacional pela DUM								
< 13	9	5,9	21	13,7	30	9,8	162,84	< 0,0001
13 a 29	8	5,3	106	69,3	114	37,4		
> 29	135	88,8	26	17,0	161	52,8		
Idade Gestacional US								
< 13	9	5,9	27	17,6	36	11,8	173,09	< 0,0001
13 a 29	7	4,6	103	67,3	110	36,1		
> 29	136	89,5	23	15,0	159	52,1		
Número de consultas								
1 a 3	40	26,3	44	28,8	84	27,5	0,464	0,927
4 a 6	76	50,0	73	47,7	149	48,9		
7 a 10	33	21,7	34	22,2	67	22,0		
> 10	3	2,0	2	1,3	5	1,6		
Total	152		153		305			

De acordo com a tabela 3, observa-se significância estatística ($p < 0,0001$), quanto à idade gestacional no início do pré-natal, predominando acima de 29 semanas no grupo controle, representado por 135 (88,8%) pacientes, pela DUM e 136 (89,5%) mulheres pela US; e entre 13 e 29 semanas no grupo de estudo, representado por 106 (69,3%) mulheres pela DUM e 103 (67,3%) pacientes pela US.

Com relação ao número de consultas durante o pré-natal, predominou de 4 a 6 consultas nos dois grupos, sendo 76 (50,0%) no grupo de mulheres de idade menor ou igual a 35 anos e 73 (47,7%) naquele com mulheres de idade igual ou maior do que 35 anos, não havendo significância estatística entre os grupos ($p = 0,927$).

A tabela 4 demonstra os dados referentes ao passado obstétrico das mulheres dos grupos estudados.

Tabela 4 – História obstétrica pregressa das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetria e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007.

História pregressa	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	F	%	f	%		
Tipo de gestante	152	100	153	100	305	100	68,956	< 0,0001
Primigestas	88	57,9	31	20,0	119	39,0		
Secundigestas	36	23,7	25	16,1	61	20,0		
Multigestas	28	18,4	97	63,9	125	41,0		
Nº de gestações	130	100	364	100	494	100	17,01	< 0,0001
Nº de partos	110	84,6	238	65,3	348	70,5		
Nº de abortos	20	15,4	126	34,7	146	29,5		
Tipo de parto	110	100	238	100	348	100	0,175	0,676
Normal	85	77,3	179	75,2	264	75,9		
Parto cesáreo	25	22,7	59	24,8	84	24,1		
Maturidade da gestação	110	100	238	100	348	100	0,204	0,651
A termo	104	94,5	222	93,3	326	93,7		
Pré-termo	6	5,5	16	6,7	22	6,3		
Nascidos vivos	105	95,4	231	97	336	96,5	1,51	0,679
A termo	102	92,8	219	92,0	321	92,2		
Pré-termo	3	2,7	12	5,0	15	4,3		
Nascidos mortos	5	4,5	7	3,0	12	3,4		
A termo	2	1,8	3	1,3	5	1,4		
Pré-termo	3	2,7	4	1,7	7	2,0		

A tabela 4 mostra diferença significativa estatisticamente ($p < 0,0001$), quanto ao número de gestações entre as mulheres dos dois grupos, predominando primigestas – 88 (57,9%), no grupo A e multigestas – 99 (63,9%), no grupo B. Constatou-se que o número de gestações foi maior no grupo B, com um total de 364 gravidezes, destas 238 (65,3%) evoluíram para parto e 126 (34,7%) para aborto; contra 130 gravidezes no grupo A, das quais 110 (84,6%) terminaram em parto e 20 (45,4%) em aborto, $p < 0,0001$, estatisticamente significativa. Verificou-se que a via de parto mais freqüente foi a vaginal, pois as mulheres mais novas tiveram 85 (77,3%) partos normais e as de idade avançada 179 (75,2%) partos normais, sem

significância estatística ($p = 0,676$); com fetos a termo, representados por 104 (94,5%) no grupo A e 222 (93,3%) no grupo B, sem significância estatística ($p = 0,651$), para a maturidade. Também se observou que os nascidos vivos a termo predominaram – 102 (92,7%) recém-nascidos e 219 (92,0%) recém-nascidos nos grupos A e B respectivamente, sem significância ($p = 0,679$). O número de natimortos, em ambos os grupos, não apresentou significância estatística.

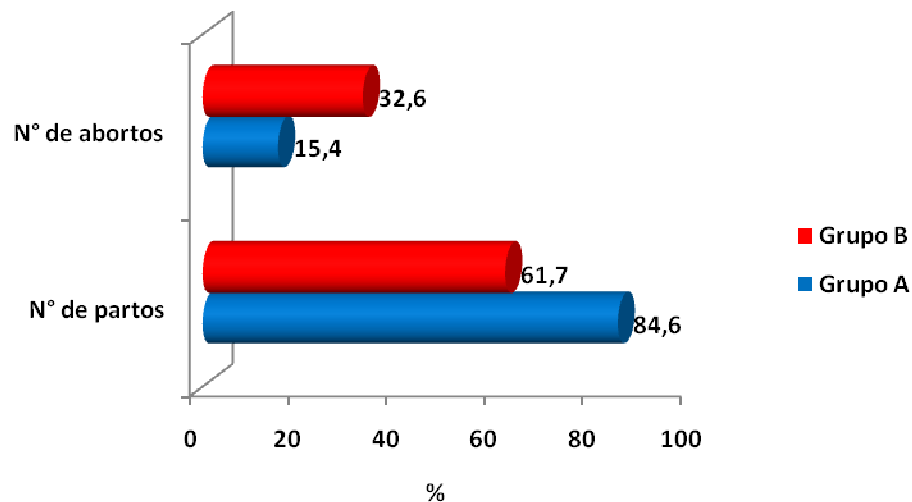


Gráfico 2 – Índice de partos e abortos progressos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA no ano de 2007.

Observa-se no gráfico 2 que o percentual de partos foi maior no grupo de estudo (84,6%) e que o percentual de aborto predominou no grupo de pacientes com menos de 35 anos (32,6%), relativo à história obstétrica progressa.

A tabela 5 também se refere à história obstétrica pregressa, dando ênfase aos tipos de abortamento das mulheres dos grupos A e B.

Tabela 5 – História obstétrica pregressa das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Obstetria e Ginecologia do HU-UFMA no ano de 2007.

História obstétrica pregressa	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Aborto	20	100	126	100	146	100	2,776	0,427
Espontâneo precoce	13	65	82	65,2	95	65,1		
Espontâneo tardio	1	5	20	15,8	21	14,4		
Provocado precoce	6	30	23	18,2	29	19,8		
Provocado tardio	0	0,0	1	0,8	1	0,7		
Intervalo interpartal	152	100	153	100	305	100	64,068	< 0,0001
< 2	20	13,2	2	1,3	22	7,2		
2 a 4	29	19,3	42	26,6	71	23,3		
4 a 6	9	6,0	33	20,8	42	13,4		
> 6	4	2,6	32	20,3	36	11,7		
Sem informação	90	58,9	44	31,0	134	44,4		

Observa-se na tabela 5 que a frequência de abortamento espontâneo ou provocado, precoce ou tardio não apresentou significância entre os grupos ($p = 0,427\%$). Chama atenção o número de abortos espontâneos precoces no grupo de estudo, que foi de 82 (65,2%), enquanto no grupo controle ocorreram 13 (65,0%) casos, portanto uma prevalência proporcionalmente semelhante entre os grupos estudados. Verifica-se, ainda, nesta tabela, quanto ao intervalo interpartal que, nos prontuários com seu registro, predominou o intervalo de 4 a 6 anos, com 29 (19,3%) no grupo de pacientes com menos de 35 anos e 42 (26,6%) para as pacientes com 35 anos ou mais, com significância estatística ($p < 0,0001$).

A tabela 6 expressa as alterações durante o evolver da gestação, anotadas nas fichas, cartão de pré-natal e nos prontuários das pacientes que participaram deste trabalho.

Tabela 6 – Intercorrências obstétricas, clínicas e ginecológicas observadas nas mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram na maternidade do HUUFMA no ano de 2007.

Intercorrências	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Obstétricas*								
Aborto espontâneo precoce	5	3,3	5	3,3	10	3,3	9,71	0,375
Aborto espontâneo tardio	0	0,0	5	3,3	5	1,6		
Mola hidatiforme	1	0,7	1	0,7	2	0,7		
RPPM	20	13,2	14	9,2	34	11,1		
Gemelidade	4	2,6	5	3,3	9	3,0		
Placenta prévia	2	1,3	1	0,7	3	1,0		
Descolamento prematuro da placenta	2	1,3	6	3,9	8	2,6		
Hipertensão gestacional	24	15,8	34	22,2	58	19,0		
Pré-eclâmpsia	21	13,8	24	15,7	45	14,8		
Eclâmpsia	1	0,7	3	2,0	4	1,3		
Clínicas*								
Diabetes gestacional	1	0,7	10	6,5	11	3,6	67,58	< 0,0001
Obesidade	6	3,9	16	10,5	22	7,2		
Cardiopatia	0	0,0	3	2,0	3	1,0		
Varizes	6	3,9	25	16,3	31	10,2		
Infecção urinária	22	14,5	22	14,4	44	14,4		
Ginecológicas*								
Miomas uterinos	1	0,7	9	5,9	12	3,9	14,04	0,081
Sífilis	2	1,3	2	1,3	5	1,6		
Gonorréia	5	3,3	1	0,7	6	2,0		
Condiloma acuminado	0	0,0	1	0,7	1	0,3		
Corrimento vaginal	56	36,8	31	20,3	99	32,5		

*Múltiplas respostas.

Verifica-se na tabela 6 maior freqüência de hipertensão gestacional 24 (15,8%), pré-eclâmpsia 21 (13,8%) e ruptura prematura pré-termo das membranas 20 (13,2%), no grupo A; versus 34 (22,2%) casos de hipertensão gestacional e 24

(15,7%) de pré-eclâmpsia, no grupo B, relativos às intercorrências obstétricas. No caso das intercorrências clínicas, predominaram diabetes gestacional, 10 (6,5%) casos, obesidade 16 (10,5%) e varizes de membros inferiores 25 (16,3%), no grupo de estudo. A respeito das intercorrências ginecológicas, encontramos maior freqüência de corrimento vaginal – 56 (36,8%) casos no grupo A e mioma uterino, 9 (5,9%) no grupo B.

Tabela 7 – Resultados maternos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e mulheres idade igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007.

Resultados maternos	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Gestação	152	100,0	153	100,0	305	100,0		
Parto	146	96,0	142	92,8	288	94,4		
Normal	86	58,9	54	38,0	140	48,6	12,538	0,0006
Cesáreo	60	41,1	88	62,0	148	51,4		
Aborto	5	3,3	10	6,5	15	6,9		
Espontâneo precoce	5	3,3	5	3,3	10	3,3	4,219	0,2388
Espontâneo tardio	0	0	5	3,3	5	1,6		
Mola Hidatiforme	1	0,7	1	0,7	2	0,7		

A tabela 7 mostra que do total de gestações, 152 (100%) ocorreram 146 (96%) partos, 5 (3,3%) abortos e 1 (0,7%) mola hidatiforme no grupo A, enquanto no grupo B, de 153 (100%) gestações ocorreram 142 (92,89%) partos, 10 (6,5%) abortos e 1 (0,7%) mola hidatiforme.

Verifica-se na tabela acima, no grupo das pacientes com idade menor que 35 anos, aconteceram mais partos normais – 86 (58,9%), enquanto no grupo das mulheres com 35 anos ou mais houve mais parto cesáreo – 88 (62,4%); evidenciando significância estatística ($p = 0,0006$). Quanto à ocorrência de aborto, foi mais freqüente no grupo das pacientes com 35 anos ou mais, com 10 (6,5%) casos, sendo que o espontâneo predominou nos dois grupos (3,3%). Observa-se que não houve significância estatística, $p = 0,2388$. Houve um (0,7%) caso de NTG em cada grupo.

O gráfico 3 mostra a freqüência da via de parto das pacientes dos grupos controle e de estudo que foram pesquisadas neste trabalho.

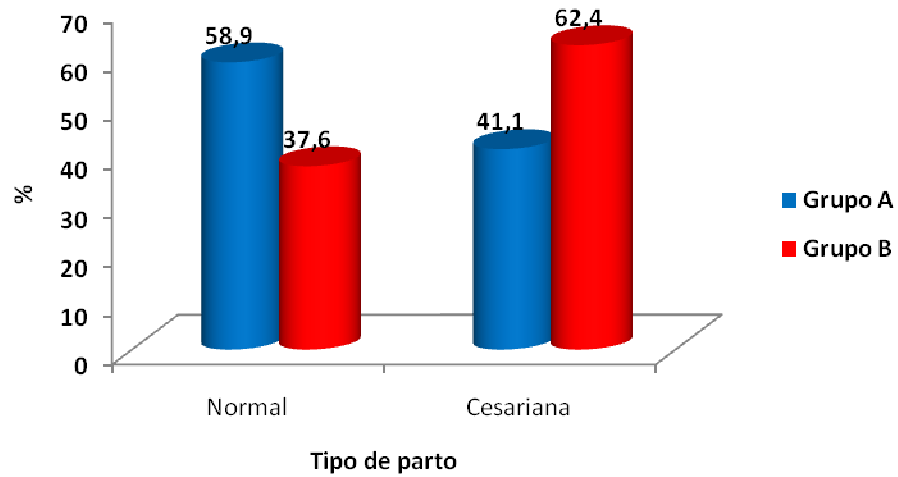


Gráfico 3 – Via de Parto das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram na maternidade do HUUFMA no ano de 2007.

Nota-se no gráfico 3 que a via de parto mais freqüente no grupo controle foi a vaginal onde ocorreram 86 (58,9%) partos normais e no grupo de estudo foi o parto cesáreo, com 88 (62,4%) procedimentos.

Tabela 8 – Resultados perinatais dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e mulheres com idade igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007.

Resultados perinatais	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p	
	f	%	f	%	f	%			
Nascidos vivos	149	99,3	143	97,3	292	98,3	0,870	0,351	
Natimortos	1	0,7	4	2,7	5	1,7			
Prematuridade									
Sim	38	25,3	20	13,6	58	19,5	5,411	0,15	
Não	112	74,7	127	86,4	239	80,5			
Gemelidade									
Sim	8	5,3	10	6,8	18	6,1	0,298	0,585	
Não	142	94,7	137	93,2	279	93,9			

A tabela 8 demonstra que o número de nascidos vivos foi 149 (99,3%) e 143 (97,3%) nos grupos A e B, respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa. A frequência de feto morto foi maior grupo das gestantes com 35 anos ou mais, não houve significância estatística, ($p = 0,351$). O nascimento de recém-nascido prematuro foi maior no grupo das pacientes com idade menor que 35 anos, com 38 (25,3%) casos, contra 20 (13,6%) casos do grupo das pacientes com 35 anos ou mais, com significância estatística ($p = 0,015$). Observa-se que a diferença entre o número de gêmeos não foi estatisticamente significativa.

Tabela 9 – Resultados perinatais dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e mulheres com idade igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007.

Recém-nascido	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Óbito neonatal								
Sim	0	0	1	0,7	1	0,3	0,0001	0,989
Não	150	100	146	99,3	296	99,7		
Cromossomopatia								
Sim	0	0	2	1,4	2	0,6	0,531	0,466
Não	150	100	145	98,6	295	99,4		
Anomalia congênita maior								
Sim	1	0,7	3	2,0	4	1,3	0,282	0,596
Não	149	99,3	144	98,0	293	98,7		
Infecção neonatal								
Sim	2	1,3	1	0,7	3	1,0	0,001	0,989
Não	148	98,7	146	99,3	294	99,0		
Baixo peso								
Sim	2	1,3	17	11,6	19	6,4	7,31	0,007
Não	148	98,7	130	88,4	278	93,6		
Macrossomia								
Sim	3	2,0	6	3,9	9	3,0	0,516	0,473
Não	147	98,0	141	96,1	288	97,0		

Na tabela 9 pode-se constatar que a maior incidência de resultado adverso dos recém-nascidos foi a ocorrência de baixo peso ao nascer, com 17 (11,5%) casos, no grupo das pacientes com 35 anos ou mais, contra 02 (1,3%) no grupo controle, com significância estatística, ($p = 0,007$). Também verificou-se maior incidência de macrossômico no grupo de estudo, com 06 (3,9%) recém-nascidos e 03 (2,0%) casos no grupo controle. A incidência de anomalia congênita maior foi maior no grupo de estudo, com 3 (2,0%) e 01 caso no grupo controle, sem significância estatística ($p = 0,596$).

Tabela 10 – Índice de Apgar e peso ao nascer dos recém-nascidos das mulheres com idade menor que 35 anos (Grupo A) e pacientes com idade igual ou maior que 35 anos (Grupo B) que pariram no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA, no ano de 2007.

Índice de Apgar	Grupo A		Grupo B		Total		χ^2	p
	f	%	F	%	f	%		
1° min								
< 7	27	18,1	22	15,5	49	16,8	0,359	0,549
7 a 10	122	81,9	121	84,5	243	83,2		
5° min								
< 7	8	5,4	7	4,9	15	5,2	0,029	0,865
7 a 10	141	94,6	136	95,1	277	94,8		

A tabela 10 demonstra que o índice de Apgar menor que 7, no 1° minuto, teve incidência maior no grupo controle com 27 (18,1%) casos, contra 22 (15,5%) casos no grupo de estudo. Considerando o 5° minuto, tal índice menor que 7 foi muito semelhante nos dois grupos, com 8 (5,4%) e 7 (4,9%) casos nas mulheres com menos de 35 anos e aquelas com 35 anos ou mais, respectivamente. Nos dois grupos não houve significância estatística, p valor é maior que 5%.

5 DISCUSSÃO

A decisão das mulheres de adiar a gravidez após os 35 anos ou mais pode ser impactante nos resultados maternos e perinatais. Existem muitas pesquisas avaliando o efeito da idade materna avançada nos resultados da gravidez, porém estes resultados são variados, a exemplo dos estudos realizados por Azevedo et al. (2002), Andrade et al. (2004), Cleary-Goldman (2005) e Cabrera (2007). A maioria dos estudos é otimista quanto aos resultados maternos e neonatais.

Quanto à frequência de mulheres grávidas, com 35 anos ou mais, encontra-se na literatura relato de 2% a 5%, no mundo (CLEARY-GOLDMAN, JOSEPH, 2005); que no Brasil, de 1996 a 2002, passou de 1,75% para 1,95% (BRASIL, 2008) e no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA aumentou 3% no ano de 2007, comparado a 2006 (SEMUS, 2008).

Nesta pesquisa, verificou-se um incremento no número de partos ocorrido em mulheres com 35 anos ou mais no ano de 2007, quando comparado ao número de partos ocorridos nos dois anos anteriores. Essa elevação no número de partos de mulheres com 35 anos ou mais também é citada nos estudos de Gilbert, Nesbitt e Danielsen (1999), Ziadeh e Yahaya (2001), Costa (2003) e Huang et al. 2008.

Constatou-se no grupo de estudo, deste trabalho, que a incidência de mulheres consideradas de idade materna avançada foi maior no período entre 35 e 40 anos (82,4%), procedentes da capital do Estado (92,2%), de cor considerada não branca (76,4%), com ocupação exclusivamente com as tarefas do lar (34,6%), solteiras (48,3%), com anos de estudo correspondente ao ensino médio (42,6%), embora um número considerável delas correspondesse ao ensino fundamental (35,9%), com renda familiar menor que 2 salários mínimos (84,3%), evidenciando uma clientela de baixa renda e escolaridade, o que certamente condiciona uma sobrevivência em ambiente insalubre, sem atender às necessidades básicas sanitárias e principalmente nutricionais, ficando expostas até mesmo às doenças ditas primárias.

Em nosso trabalho, as gestantes do grupo de estudo, que pariram no HUUFMA, predominaram as não fumantes (80,4%) e não etilistas (88,9%), o que

acreditamos, influenciou positivamente nos resultados perinatais. O uso de drogas ilícitas não foi encontrado nos prontuários.

Verifica-se, nesta pesquisa, quanto ao início do pré-natal, que as mulheres com 35 anos ou mais, o fizeram com idade gestacional entre 13 e 29 semanas, tanto pelo cálculo feito a partir do 1º dia da data da última menstruação (DUM) – 106 (69,3%) mulheres, quanto pela ultra-sonografia obstétrica (US) mais precoce – 103 (67,3%) das pacientes. A maioria das mulheres com idade menor que 35 anos iniciou seu pré-natal no 3º trimestre, ou seja, com mais de 29 semanas, tanto pela DUM – 135 (88,8%), quanto pelo ultra-som – 136 (89,5%). Em ambos os grupos a maioria fez entre 4 e 6 consultas, com uma frequência semelhante, cerca de 50%. Pode-se pressupor que as mulheres com idade materna avançada têm a consciência da importância do pré-natal para o resultado favorável da gravidez, tanto para a mãe, quanto para o concepto, pois providenciaram começar sua assistência bem mais cedo, com um número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 6 consultas.

Para análise dos dados coletados, em nosso estudo, foi importante verificar a história obstétrica progressiva das mulheres do grupo de estudo, sendo a maioria multigesta, cuja via de parto mais freqüente foi a via vaginal, em gestações a termo e com feto vivo. O parto normal, entretanto, não foi o que prevaleceu nos achados de Andrade (2004) em relação às mulheres com 35 anos ou mais.

Verificamos nesta pesquisa, que houve um número significativo de abortos 126 (32,6%), número de nascidos mortos 5 (4,5%) e partos pré-termos 16 (6,7%) no grupo B, quando comparadas com mulheres mais jovens. Foi significativo o índice de abortos espontâneos, 102 (66,7%), verificados em nossa amostra. O significativo índice de abortos encontrados nesta pesquisa confere com os estudos realizados por Cleary-Goldaman (2005), que referem estar a idade materna avançada, associada a um maior risco de aborto (RR 2.0 para mulheres com 35 a 39 anos e, RR 2.4 para mulheres com 40 anos ou mais) e de placenta prévia (RR 1.8 e RR 2.8 para mulheres com 35 a 39 anos e, com 40 anos ou mais respectivamente).

Constatamos freqüência maior no intervalo interpartal de 2 a 4 anos. O conhecimento da associação entre o intervalo interpartal e situações maternas e perinatais adversas é fundamental para o aconselhamento pós-parto.

Em nossa pesquisa, as pacientes com idade materna igual ou maior a 35 anos iniciaram o pré-natal no 2º trimestre, entre 13 e 29 semanas, 106 (69,3%),

usando-se o cálculo a data da última menstruação. Prontuários que não referiam a DUM, foi usado a idade gestacional da ultrassonografia mais precoce.

Neste trabalho, as alterações que aconteceram com o evoluir da gestação das pacientes do grupo de estudo, anotadas nas fichas, cartão de pré-natal e nos prontuários, mostram que houve maior freqüência de intercorrências obstétricas, destacando-se incidência maior de hipertensão gestacional 34 (22,2%) e pré-eclâmpsia 24 (15,7%). Entretanto os índices não foram significativos estatisticamente, o mesmo não acontecendo no tocante às intercorrências clínicas, predominando casos diabetes gestacional, obesidade e varizes de membros inferiores. A hipertensão gestacional não apresentou associação estatisticamente significativa com a idade materna de 35 anos ou mais, segundo os estudos de Cleary-Goldman (2005). Porém os estudos de Seoud et al. (2002) e Costa, Costa e Costa (2003) apontam que a hipertensão gestacional é uma complicação associada com a idade materna avançada.

Em relação à ruptura prematura pré-termo das membranas (RPPM), constatamos que não houve maior freqüência no grupo de estudo, com 14 (9,2%) casos, enquanto o grupo controle mostrou 20(13,2%); dados que encontram ressonâncias aos de Cecatti et al. (1998), que relatam que o tempo de ruptura das membranas de mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos e de mulheres com idade variando de 40 a 49 anos não mostrou diferença significativa.

Encontramos, nesta pesquisa, 06 (3,9%) casos de descolamento prematuro de placenta, que não se mostraram estatisticamente significante. Entretanto, nos estudos de Cleary-Goldman (2005) mulheres com idade acima dos 40 anos, no momento do parto, verificaram associação com descolamento prematuro de placenta.

Verificou-se, nesta pesquisa, que os casos de diabetes gestacional 10(6,5%) e obesidade 16 (10,5%) ocorreram mais no grupo das pacientes com idade igual ou maior que 35 anos. Diabetes gestacional em mulheres com 35 anos ou mais, também foi encontrado por Ziadeh (2002) em seus estudos, assim como os estudos de Joseph et al. (2005). Os estudos de Seoud et al. (2002) encontraram maior incidência de hipertensão induzida da gravidez (HIG) em gestantes com 40 anos ou mais e múltíparas, porém, não verificou semelhante associação entre as nulíparas. Enquanto que, pacientes obesas, 16 (10,5%) registradas em nosso

estudo, também é referida nos estudos de Edge e Laros (1993), Eisemberg e Schenker (1997) e Andrade (2004), relacionada à idade materna avançada.

Observamos que, em relação às intercorrências ginecológicas, nesta pesquisa, houve maior incidência de miomas uterinos 9 (5,9%), no grupo das pacientes de idade igual ou maior que 35 anos, do que em mulheres mais jovens. Esses achados são compatíveis com os estudos de Edge e Laros (1993), Eisemberg e Schenker (1997) e Andrade (2004). Cabe ressaltar que, segundo Briceno-Perez et al. (2004), durante a idade reprodutiva, os miomas uterinos são os tumores benignos mais freqüentes da porção superior do aparelho genital feminino. Além disso, Silva et al., (2005) afirmam que a associação entre miomas e distúrbios reprodutivos ainda hoje permanece não totalmente esclarecida.

Este trabalho mostra que, no grupo das gestantes com 35 anos ou mais, ocorreram mais partos cesáreos, 88 (62,4%), mostrando significância estatística. Este estudo confirmou os achados de Cecatti et al. (1998), Dulitzki (1998), Seoud et al. (2002), Ziadeh (2002) e Andrade (2005) que relatam maior incidência de cesáreas em mulheres a partir dos 40 anos, quando comparadas com as mais jovens.

A ocorrência de aborto também foi mais freqüente no grupo das pacientes com 35 anos ou mais, sendo que o aborto espontâneo predominou nos dois grupos. Encontramos um caso de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) no grupo controle e outro no grupo de estudo.

O nascimento de conceptos pré-termos no grupo B, 20 (14,1%), foi menor que no grupo das pacientes mais jovens, 38 (25,5%). Entretanto, nos estudos de Zugaib (2008) a maior incidência de prematuridade está relacionada às pacientes de idade avançada (RR 1,4). Observa-se que a incidência de prematuridade tem relação com maior número de casos de corrimento vaginal no grupo A (36,8%) e 20,3% no grupo B; de infecção urinária com cerca de 14% nos dois grupos; de RPPM com 13% no grupo A e 9,2% no grupo B. É sabido que o Serviço de O & G do HUUFMA é referência em nosso Estado, portanto os casos de trabalho de parto prematuro das maternidades de baixo risco de nossa Capital, assim como das cidades do interior, são a ele encaminhados.

A gemelidade foi maior no grupo de estudo, 10 (6,8%) casos, quando comparado com o grupo controle, 8 (5,3%), sem diferença estaticamente

significante. Nos estudos de Ziadeh (2002), a gemelidade tem maior incidência em mulheres com idade materna avançada.

A maior incidência de resultado adverso fetal, que encontramos em nosso trabalho, embora sem significância estatística, foi à ocorrência de baixo peso ao nascer, no grupo de estudo, 13 (8,5%), a exemplo dos estudos de Zugaib (2008), que mostra um risco 1,6 vezes maior de ocorrer restrição de crescimento em conceptos de mulheres de 35 anos ou mais. Também verificou-se maior incidência de macrossomia, no grupo das pacientes com 35 anos ou mais, 6 (3,9%) casos, como nos estudos de Zugaib (2008) que constataram um risco 1,4 vezes maior de ocorrer macrossomia, nas pacientes com 35 anos ou mais. A incidência de anomalia congênita maior foi maior no grupo estudado. Ao contrário anomalia congênita maior, a infecção neonatal foi menor no grupo de estudo 1 (0,7%). A baixa incidência de malformações fetais e cromossômicas encontradas nesta pesquisa, foi encorajador, ao contrário dos estudos de Dildy et al. (1996), que verificaram anomalias cromossômicas em 10% dos partos de mulheres com 45 anos ou mais. Edge e Laros (1993), Eisemberg e Schenker (1997) e Andrade (2004) também referem, em seus estudos, anomalias cromossômicas e macrossomia, em pacientes com idade avançada.

Em nossa pesquisa, encontramos cromossomopatias 2 (1,4%), citado nos prontuários pelo fenótipo, e óbito neonatal 1 (0,7%), apenas no grupo das gestantes com 35 anos ou mais, ainda que sem significância. Cecatti et al. (1998) também encontrou óbito neonatal em seus achados. Os trabalhos de Cleary-Goldman et al. (2005), cujo RR foi de 4.0 e 9.9 para mulheres com 35 a 39 anos e mulheres com mais de 40 anos, respectivamente, e Zugaib (2008) referem maior risco de anomalias cromossômicas (RR 4,0 entre 35 e 39 anos e 9,9 a partir dos 40 anos). Óbito neonatal encontrado em nossa pesquisa, 01 (0,7%) caso, não coincidentes com os estudos realizados por Dulitzki (1998), nos quais o óbito neonatal nas mulheres com idade materna avançada, não foi registrado; enquanto Cecatti et al. (1998) referem óbitos neonatais em seus achados, relacionando-os à idade materna avançada, assim como Edge e Laros (1993), Eisemberg e Schenker (1997) e Andrade (2004).

Encontramos nesta pesquisa, em relação ao índice de Apgar menor que 7 no 1º minuto, 22 (15,5%) casos, em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos, índice menor que o encontrado nas mulheres mais jovens, 27 (18,1) casos. Já o índice de Apgar no 5º minuto, menor que 7, foi de 7 (4,9%) casos, no grupo de

estudo, enquanto no grupo controle encontramos 8 (5,4%) casos. Nos dois grupos não houve significância estatística. Os estudos de Cecatti et al. (1998) mostraram que a idade materna avançada está associada ao baixo índice de Apgar.

Quando considerado o peso do recém-nascido, em nosso trabalho, houve diferença estatisticamente significativa, quanto ao número de casos encontrados de baixo peso ao nascer, 17(11,3%) casos, no grupo das pacientes com idade igual ou maior que 35 anos, uma frequência maior que a encontrada no grupo controle, com 2(1,3%) casos. Os estudos de Edge e Laros (1993), Eisemberg e Schenker (1997) e Andrade (2004) relacionem baixo peso ao nascer, com a idade materna avançada.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa nos permitiu concluir que:

1. A freqüência de partos em mulheres com idade \geq que 35 anos, no Serviço de Obstetrícia do HUUFMA, teve um aumento de 3% no ano de 2007 em relação ao ano anterior.
2. A idade materna avançada tem associação com intercorrências clínicas e ginecológicas, como varizes de membros inferiores, diabetes mellitus, cardiopatia e miomas uterinos. A gravidez em pacientes com idade materna \geq que 35 anos, do ponto de vista obstétrico, tem associação com maior incidência de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, parto cesáreo e recém-nascidos de baixo peso.

REFERÊNCIAS

ADASHEK, J. A. et al. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 169, 1993.

ANDRADE, Priscilla Chamelete et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 26, n. 9, p. 697-702, 2004.

ASTOLFI, P.; DE PASQUALE, A.; ZONTA, L. A. Late paternity and stillbirth risk. **Human Reproduction**, v. 19, n. 11, p. 2497-2501, 2004.

AZEVEDO, George Dantas de et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 24, n.3, p. 181-185, 2002.

BIANCO, A. et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. **Obstetrics and gynecology**, v. 87, p. 917 – 922, 1996.

BONA, Fernanda G.; BONA, Janaína C. de; GALATO, Dayani. Comportamento de jovens de uma universidade do Brasil frente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 22-29, 2007.

BOTTING, B.; DUNNELL, K. Theories in fertility and contraception in last quarter of the 20th century. **Population Trends**, v.100, p.32-39, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4. ed. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário eletrônico**. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/glossario/>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de óbitos de menores de um ano a cada mil nascidos vivos caiu de 32,30 em 1991 para 18,60**. Disponível em: < http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=714%3Aindice-de-obitos-de-menores-de-um-ano-a-cada-mil-nascidos-vivos-caiu-de-3230-em-1991-para-1860-&catid=14%3Apr&Itemid=34>. Acesso em: 20 dez. 2008.

BRICENO-PEREZ, Carlos, ALANA-PINA, Fredy, BRICENO-SANABRIA, Liliana *et al.* Gran mioma uterino y embarazo: reporte de un caso. **Rev Obstet Ginecol Venez.** jun. 2004, vl. 64, n.2 p.115-119. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2009.

CABRERA, Jesús Hernández *et al.* Maternidad tardía: incidência, causas, aspectos biosociales. Anos 198/2003. **Revista Médica Electrónica**, v. 29, n. 4, 2007. Disponível em: <www.cpimtz.sid.cu/revista20medica/ano%202007/vol4%202007/tema06.htm>. Acesso em: 20 dez. 2007.

CALLAGHAN, William M; BERG, Cynthia, J. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991-1997. **Obstetrics & Gynecology**, v. 102, n. 5, p. 1015-1021, pt. 1, nov. 2003.

CALLAWAY, Leonie K.; LUST, Karin; MCINTYRE, David. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 60, n. 9, p. 562-563, 2005.

CECATTI, José G *et al.* O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 20, n. 7, p. 389-394, 1998

CLEARY-GOLDMAN, Jane *et al.* Impact of maternal age obstetric outcome. **American College of Obstetricians and Gynecologist**. v. 105, n. 5, p. 983-990, mayo 2005.

COSTA, Hélio de Lima Ferreira; COSTA, Cícero Ferreira Fernandes; COSTA, Laura Olinda Bregieiro Fernandes. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 25, n. 9, p. 631-635, 2003.

COSTA, Hélio de Lima Ferreira Fernandes; COSTA, Cícero Ferreira Fernandes; COSTA, Laura Olinda Bregieiro Fernandes. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 25, n. 9, p. 631-635, 2003.

CHERVENACK, *et al.* Use of ultrasonographic estimated fetal weight in the prediction of intrauterine growth retardation. **American Journal of Perinatology**, v. 1, p. 298 – 301, 1984.

DELABAERE, Ilse *et al.* Perinatal outcome of twin pregnancies in women of advanced age. **Human Reproduction**, v. 23, n. 9, p. 1-6, jun. 2008.

DILDY, G.A. et al. Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 175, p. 668 – 674, 1996.

DULITZKI, Mordechai et al. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 92, n. 6, p. 935-939, dec. 1998.

EDGE, V; LAROS, R.K. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 168, p. 1881 – 1884, 1993.

EISEMBERG, V. H.; SCHENKER, J. G. Pregnancy in the older woman: scientific and ethnical aspects. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 56, n. 2, p. 163 – 169, 1997.

FRANS, Emma M. et al. Advancing paternal age and bipolar disorder. **Arch Gen Psychiatry**.v. 65, n. 9, p. 1034-1040, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação mundial da infância 2003**. Brasília: Unicef, 2003.

GILBERT, William M.; NESBITT, Thomas S.; DANIELSEN, Beate. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. **Obstetrics and Gynecology**. v. 93, n. 1, jan.1999.

GUSMÃO, Fábio A. F.; TAVARES, Eraldo J. M.; MOREIRA, Lilia Maria de Azevedo. Idade materna e síndrome de Down no nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 973-978, jul./ago. 2003.

HEFFNER, Linda J. Advanced maternal age: how old is too old? **The New England Journal of Medicine**, v. 351, n. 19, p. 1927-1929, nov. 2004.

HUANG, Ling et al. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. **CMAJ**. v. 178, n. 2, p. 165-172, jan. 2008.

JACOBSSON, Bo; LADFORS, Lars; MILSON, Ian. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. **American College of Obstetricians and Gynecologist**, v. 104, n. 4, p. 727-733, oct. 2004.

JAMES, E. D. High risk pregnancy: management options. **British Medical Journal**, v. 310, p. 882 – 883, 1995

JOSEPH, K. S. et al. The perinatal effects of delayed childbearing. **American College of Obstetricians and Gynecologist**, v. 105, n. 6, p. 1410-1418, jun. 2005.

KHAN et al. Who analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v. 367, n. 9516, p. 1066 – 1074, 2006

MAHER, J.; MACFARLANE, A. Trends in live births and birthweight by social class, marital status and mother's age, 1976 – 2000. **Health Statistics Quarterly**, n. 23, p. 34-42, 2004.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Gestação de alto risco. In: REZENDE, Jorge (Org.). **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 34. p. 1000-1019.

NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; GOTTIEB, Sabina Lea Davidson. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, em 1998. **Informe Epidemiológico do SUS 2001**, v. 10, n. 3, p. 110-120, 2001.

PAULSON, R. J. et al. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetrics outcomes in women of advanced reproductive age. The **Journal of the American Medical Association**, v. 288, p. 2320-3223, 2002

PRYSAC, M.; LORENZ, R. P.; KISLY, A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. **Obstetrics and Gynecology**, v. 85, p. 65-70, 1995.

REZENDE, Jorge de. Choque. Morte súbita no ciclo gestatório. Embolia amniótica. Parada cardíaca. In: REZENDE, Jorge (Org.). **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 29. p. 876.

REZENDE, Jorge de; REZENDE FILHO, Jorge de. O parto: conceitos, generalidades, introdução ao seu estudo. In: REZENDE, Jorge (Org.). **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 12, p. 297-307.

SALIHU, Hamisu M. et al. Advanced maternal age and risk of antepartum and intrapartum stillbirth. The **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 5, p. 843-850, oct. 2008.

SILVA, Ana Luiza Berwanger da; et al. Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2005, v. 5, n. 1, pp. 13-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1519-38292005000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2009.

SINHÁ, Enrique Donoso; BECKER, V. Jorge; DEL PINO, Luis Villarroel. Evolucion de la natalidad y del riesgo reproductivo em la década de los 90. **Rev. Chil Obstet. Ginecol.**, v, 67, n.2, p. 139-142, 2002,

SENESI, Lenira Gaede et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 26, n. 6, 2004.

SEOUD, Muhieddine A. F. et al. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. **American Journal of Perinatology**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 2002.

SUKANTA, Saha et al. Advanced paternal age is associated with impaired neurocognitive outcomes during infancy and childhood. **PLoS Medicine**, March, v. 6, Issue 3, p. 1-9, 2009.

WOLFF, Kirsten M. et al. Advanced maternal age and perinatal outcome; oocyte recipiency versus natural conception. **Obstetrics & Gynecology**, v. 89, n. 4, p. 519-523, apr. 1997.

ZIADEH, Saed. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. **Gynecologic and Obstetric Investigation**. v. 54, n. 1, p. 6-10, 2002.

ZIADEH, S.; YAHAYA, A. Resultado de gravidez aos 40 anos ou mais. **Arch Gynecology Obstetrics**, v. 265, p. 30-33, 2001.

ZUGAIB, Marcelo. Cesárea. In: ___. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008. cap. 23. p. 407-493.

APÊNDICE – Protocolo de Pesquisa

PROTOCOLO DE PESQUISA

PROTOCOLO:

ETIQUETA:

Nº do Prontuário:

Data da Inclusão:

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Procedência:

Cor: Branca () Não branca ()

Profissão:

Estado Civil:

2- ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO FINANCEIRA E HÁBITOS DE VIDA

A- Grau de Instrução: Não alfabetizada () Médio ()
 Fundamental () Superior ()

B - Renda Familiar (em salários mínimos):

< que um salário mínimo () de 2 a < 3 salários mínimos ()
 De 1 a < de 2 salários () > 3 salários mínimos ()

C - Uso de cigarros, bebidas alcoólicas e ou drogas ilícitas;

a - Fumante: sim () não () quantos cigarros ao dia? ()

b - Bebida alcoólica: sim () não ()

d - Drogas ilícitas: maconha sim () não ()
 cocaína sim () não ()
 narcótico sim () não ()

8- INTERCORRÊNCIA GINECOLÓGICAS

Miomas uterinos ()

DSTs: sífilis () gonorréia () condiloma acuminado () Corrimento vaginal ()

9- RESULTADOS PERINATAIS

Maternos:

Tipo de parto: normal () cesáreo () fórceps ()

Infecção puerperal () Mortalidade materna () Causa mortis: _____

Recém-Nascidos:

Termo () Pré-termo () nativo () anoxia () natimorto ()

óbito neonatal precoce óbito neonatal tardio () Causa mortis: _____

Malformação congênita:

Síndrome de Down () espinha bífida () hidrocefalia () Cardiopatia ()

labioleporino () mielomeningocele () pé torto () gastrosquise ()

Infecções neonatais () Índice de Apgar:----- Peso ao nascer:----- Baixo peso ()

Macrossômico () CIUR ()

10- Anotações pertinentes:

ANEXO – Parecer Consubstanciado Inicial do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

	Universidade Federal do Maranhão Hospital Universitário Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL Projeto de Pesquisa – Mestrado em Ciência da saúde	Nº. do Parecer: 126/2008 Nº do Protocolo: 001086/2008-50 Data de Entrada no CEP: 14/04/2008 Data da Assembléia: 20/06/2008 Parecer: APROVADO

I - Identificação:

Título do projeto: Impacto da idade materna avançada sobre os resultados perinatais.		
Identificação do Pesquisador Responsável: Marilia da Gloria Martins		
Identificação da Equipe executora: Marilia da Gloria Martins e Hilmar Ribeiro Hortegal		
Instituição onde será realizado: Hospital Universitário da UFMA		
Área temática: III	Multicêntrico: NÃO	Cooperação estrangeira: NÃO

II – Objetivos:

Identificar o efeito da idade sobre os resultados maternos e perinatais das gestações ocorridas em mulheres com 35 anos ou mais.

III- Sumário do projeto:

O protocolo de pesquisa é um projeto de pesquisa apresentado ao Centro de Ciências biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, estando estruturado de seguinte forma: Introdução, justificativa, objetivos, material e métodos, Ética, orçamento do projeto, cronograma de execução, equipe executora, impacto esperados, referencias bibliográficas.

Conforme item metodologia, trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo que será realizado no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da UFMA no período de janeiro a dezembro de 2007.

A população em estudo será composta por gestantes na faixa etária ≥ 35 anos, consideradas "Gestantes idosas" conforme o critério da organização mundial de saúde matriculadas e atendidas no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da UFMA no período de janeiro a dezembro de 2007 os dados serão coletados de prontuários de pré-natal)das que fizeram na instituição0 fichas de trabalhos de partos, laudo de exames complementares ficha dos recém-nascidos e dados referentes ao puerpério imediato.

Os dados obtidos serão processados no programa Epi Info 6.0 as variáveis qualitativas serem representadas pela frequência absoluta (n) e relativa (%) e as quantitativas por media,

desvio padrão e valores mínimo e máximo associações (maternas e do recém-nascido) será verificada através do teste quiquadrado.

Foi apresentado orçamento financeiro. O cronograma de atividades e detalhado sendo a coleta de dados realizado no período de 2007 à 2008.

Trata-se de um projeto de pesquisa com relevância social e científica.

Os critérios de inclusão são as gestantes idosas ≥ 35 anos que ultomaram o período de gestação no serviço de obstetrícia do HU-UFMA.

Pacientes procedentes da capital e cidades do interior do Estado do Maranhão.

Os critérios de inclusão são presença de doenças pré-existentes como diabetes mellitus, lupus, Eritematoso sistêmica, hipertensão arterial, nefrologia, pneumopatias, doenças imunológicas e as pacientes cujo os dados não completam as informações necessários.

IV- Comentários frente à resolução 196/96 CNS e complementares:

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

V –Parecer Consubstanciado do CEP:

Diante do exposto, o protocolo **33104-1086/2008-50**, referente o título Impacto da idade materna avançada sobre os resultados perinatais, pleiteado por Marília da Glória Martins é considerado: **APROVADO**.

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 20/06/2009, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesquisa.

São Luís, MA, 20 de junho de 2008.


João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)