

## IDADE MATERNA COMO FATOR DE RISCO: ESTUDO COM PRIMIGESTAS NA FAIXA ETÁRIA IGUAL OU SUPERIOR A 28 ANOS\*

Cristina Maria Garcia de Lima Parada\*\*

Nilza Teresa Rotter Pelá\*\*\*

PARADA, C.M.G.L., PELÁ, N.T.R. Idade materna como fator de risco: estudo com primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 57-64, outubro 1999.

*Trata-se de estudo transversal, cujo objetivo foi analisar a idade materna como fator de risco ou não, através da verificação de intercorrências na gestação, parto e puerpério de primigestas com idade igual ou superior a 28 anos e das condições de nascimento e alta de seus recém-nascidos, comparando-as com o grupo de primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos. Foi realizado em Botucatu/S.P., no período de janeiro de 1990 a junho de 1995. A análise estatística, discutida ao nível de 5% de significância, foi realizada através da prova de Mann-Whitney, teste de Goodman e avaliação do risco relativo e risco relativo corrigido, através da técnica de Mantel-Haenszel. Concluiu-se que a idade materna igual ou superior a 28 anos não constituiu fator de risco gestacional, puerperal e intra-parto mas, por outro lado, foi fator de risco, mesmo após controlado o tipo de parto, para as seguintes intercorrências perinatais: taquipnéia transitória do recém-nascido, cianose generalizada ao nascer e infecção neonatal.*

UNITERMOS: risco materno, primigesta, idade materna

### 1. INTRODUÇÃO

A importância de se investigarem as gestações de risco decorre do fato destas relacionarem-se com uma maior morbi-mortalidade materna e perinatal. Nos Estados Unidos, a incidência dessas gestações tem variado de 10,0% a 20,0%, sendo responsáveis por 50,0% da mortalidade fetal anteparto (FREEMAN & GARITE, 1990).

No Brasil, estudo realizado com um grupo de gestantes de alto-risco de Porto Alegre, apontou que, numa população de grávidas em que existam 30,0% de gestações de alto-risco, 80,0% da morbi-mortalidade perinatal são representadas por essas pacientes (CUNHA et al., 1978).

Pelos dados apontados, pode-se concluir que embora a proporção de gestação de alto-risco seja inferior à de médio e baixo-risco, é responsável por uma elevada morbi-mortalidade perinatal, acarretando ônus social e econômico. Além disso, a maior parte das mortes obstétricas pode ser prevenida, caso se identifiquem oportunamente as gestantes de risco (PERNOLL, 1980).

Quanto à definição de risco, tem sido bastante variada, com alguns autores privilegiando aspectos

maternos, outros fetais e outros ainda a ambos. Utilizaremos a terminologia gestação de alto-risco como aquela em que a mãe, o feto ou o neonato encontram-se em perigo (PERNOLL, 1980).

Inúmeros fatores podem levar uma gravidez ao risco. Independente de sua classificação como fator de risco demográfico, estatístico, social, pessoal ou de identificação inicial, a idade materna tem sido considerada condição de risco, sempre que a gravidez ocorre fora da faixa etária ideal para a parturição, ou seja, nos extremos da vida reprodutiva, sejam essas gestações precoces ou tardias.

São fatores de risco materno-fetais apontados para as gestantes tardias:

- intercorrências gestacionais: hipertensão arterial crônica ou específica da gravidez, hemorragias do terceiro trimestre, como a placenta prévia e o descolamento prematuro de placenta, amniorexe prematura e diabetes.
- complicações do trabalho de parto: parto prolongado, apresentações anômalas e maior incidência de parto cesárea.
- fatores de risco fetal e neonatal: baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e maior índice de morbi-mortalidade perinatal.

\* Trata-se de versão condensada da tese de doutorado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997

\*\* Professora Assistente Doutor do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista

\*\*\* Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Apesar do risco gestacional, as mulheres têm engravidado mais tarde e isso tem sido demonstrado em inúmeros trabalhos (COHEN et al., 1980; KIRZ et al., 1985; HANSEN, 1986; HOLLANDER & BREEN, 1990; SEIDMAN et al., 1990; FARIAS FILHO et al., 1991; LOVE, 1992 e SIPILA et al., 1994). Por que, então, isto estará ocorrendo?

A literatura revela, à partir dos anos 70, que um número crescente de mulheres estão optando por adiar o casamento e a procriação e múltiplos fatores têm contribuído para isso: prática anticoncepcional cada vez mais difundida; atividade profissional da mulher e retardamento na sua formação e capacitação profissional; casamentos tardios ou novas uniões; preocupação em conseguir uma situação financeira condizente com a responsabilidade que representa a criação dos filhos. Além das questões sociais, deve-se ressaltar que os progressos havidos nos estudos sobre reprodução artificial permitiram que as mulheres passassem a conceber mais tarde, inclusive após a menopausa, aumentando a população de grávidas idosas (FARIAS FILHO et al., 1991).

Se o perfil social da mulher está mudando, visto que a busca pela escolaridade e profissionalização são crescentes, se parte das mulheres tem buscado o casamento mais tarde e já são comuns, no país, os segundos casamentos e se estão disponíveis métodos contraceptivos eficazes, é possível entender a opção de muitas mulheres de terem filhos mais tarde, fora da faixa etária considerada até então como ideal para a gestação. Por outro lado, vários estudos que apontam maior morbimortalidade entre as gestantes idosas destacam a impossibilidade de se controlar fatores de confusão como, por exemplo, a paridade, correndo-se o risco de se incluírem essas mulheres no grupo de gestantes de alto-risco inoportunamente.

Essa investigação partiu da hipótese de que a gravidez tardia, isoladamente, não constitui fator de risco. Apesar de não haver consenso, na literatura, a mulher tem sido considerada grávida tardia a partir de 28 anos (DELÁSCIO & GUARIENTO, 1987; LIMA, 1991; REZENDE & REZENDE JR., 1995).

Assim, nosso **objetivo geral** foi analisar a idade materna como fator de risco ou não, através da verificação da ocorrência de intercorrências na gestação, parto e puerpério de primigestas com idade igual ou superior a 28 anos, bem como as condições de nascimento e alta de seus recém-nascidos, comparando-as com o grupo de primigestas com idade entre 20 e 27 anos.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação cujo desenho ou delineamento é do tipo transversal (SCHMIDT &

DUNCAN, 1994), sendo que o fator em estudo é a idade materna igual ou superior a 28 anos e o efeito são as intercorrências gestacionais, do trabalho de parto, do parto, do puerpério e perinatais.

### 2.1. Local do estudo

Esta investigação foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu que, por tratar-se de hospital de ensino, preocupa-se em manter um sistema de registro de dados adequados, tanto do ponto de vista da quantidade de informações disponíveis, quanto da qualidade e confiabilidade dos registros. Apesar de tratar-se de um hospital terciário, referência para atendimento às gestantes de risco, apenas a partir de agosto de 1995 iniciou-se efetivamente a hierarquização da assistência no município e, assim, optamos por encerrar nossa coleta de dados no final do primeiro semestre de 1995.

### 2.2. Fonte de dados

Constituíram fonte de dados desta investigação o prontuário hospitalar de 992 gestantes procedentes de Botucatu, internadas para resolução da gravidez ou processo de abortamento no período de 1º de janeiro de 1990 e 30 de junho de 1995, bem como o prontuário hospitalar de seus recém-nascidos. A autorização para consulta aos prontuários foi obtida junto a Supervisão do Hospital das Clínicas previamente e, a fim de evitar a identificação, utilizou-se apenas as iniciais do nome das gestantes e o número do seu registro hospitalar.

Foram estudadas as variáveis que têm sido apontadas na literatura, como relacionadas ao nosso objeto de investigação: hipertensão arterial, diabetes, amniorexe prematura, hemorragias do terceiro trimestre, complicações do trabalho de parto, baixo peso ao nascer do concepto, prematuridade, malformações congênitas e anomalias genéticas, maior incidência de parto cesárea e de morbi-mortalidade perinatal.

### 2.3. Análise estatística

A análise estatística deste estudo foi discutida ao nível de 5% de significância e realizada através de:

- Prova de Mann-Whitney: utilizada para duas amostras independentes, quando a média não é uma medida de tendência central adequada, devido a variável ser assimétrica.

- Teste de Goodman: utilizado para comparação de duas ou mais amostras, quando se trabalha com variável classificatória. O teste de proporções de Goodman avalia contrastes entre e dentro de populações multinomiais (GOODMAN, 1964, 1965).

- Risco Relativo: utilizado para comparar o coeficiente de incidência referente aos expostos ao fator e o coeficiente de incidência entre os não expostos ao fator, com intervalo de confiança de 95%. Quando necessário, utilizou-se o risco relativo corrigido, através da técnica proposta por Mantel-Haenszel.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO\*\*\*\*

#### 3.1. Caracterização das primigestas

##### Procedência

- Primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos: o setor de maior procedência (14,4%) é composto por bairros carentes da periferia, onde a cobertura de esgoto e asfalto é ainda limitada; os dois setores à seguir (11,2% e 9,9%), são compostos por bairros urbanizados, próximos ou no próprio centro da cidade.

- Primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos: os três setores de maior procedência (37,0%), são compostos por bairros urbanizados, próximos ou no próprio centro da cidade. Destaca-se que a idade máxima encontrada foi 43 anos.

##### Cor, escolaridade e ocupação

- Primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos: a maior parte das mulheres (86,6%) era de cor branca, possuía até o segundo grau incompleto (63,8%) e não exercia atividade remunerada (53,8%). Entre aquelas que exerciam atividade remunerada, destacavam-se as trabalhadoras de serventia e comissaria (17,7%).

- Primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos: a maioria das gestantes era de cor branca (81,5%), possuía escolaridade igual ou acima do segundo grau completo (51,3%) e exercia atividade remunerada (69,0%), com destaque para as médicas, dentistas, enfermeiras, médicas veterinárias e assemelhadas (12,6%) e as trabalhadoras de serventia e comissaria (12,6%).

Quanto a escolaridade, a análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que, com relação a faixa etária materna, houve diferença significativa apenas para a escolaridade mais elevada - 2º grau completo ou nível superior, sendo que o grupo de mães com idade entre 28 e 43 anos teve escolaridade significativamente maior.

Segundo VICTORA et al. (1990), a escolaridade da mãe tem sido a variável mais amplamente utilizada, em todo mundo, em estudos de saúde materno-infantil

com intuito de caracterizar o nível sócio-econômico das famílias. Baseando-nos nesse autor, em nosso estudo, as mulheres com idade igual ou superior a 28 anos, ao possuírem maior escolaridade, compõem, também, o grupo de melhor nível sócio-econômico. Ressalta-se que as investigações que tratam da relação entre escolaridade e risco, apontam que é a baixa escolaridade que predispõe as mulheres a maior risco de desenvolverem algumas intercorrências.

#### 3.2. Desenvolvimento pré-natal

##### Frequência a serviço pré-natal

Independente da faixa etária materna, cerca de 80,0% das gestantes que evoluíram para aborto não haviam iniciado pré-natal quando abortaram. Isso pode ser entendido, já que o aborto, por tratar-se de acontecimento precoce na gestação, pode ocorrer antes que a gestante procure um serviço de saúde.

Entre as mulheres que evoluíram para parto, na faixa etária de 20 a 27 anos, apenas 5 delas (1,1%) não haviam freqüentado, ao menos uma vez, algum serviço pré-natal. Todas as mulheres com 28 anos ou mais freqüentaram serviço pré-natal.

##### Desenvolvimento da gestação

Na faixa etária de 20 a 27 anos, 48 mulheres (11,9%) evoluíram para aborto, ao passo que entre as mulheres com idade igual ou superior a 28 anos, 20 delas (16,8%) abortaram. A análise estatística, realizada através do teste de Goodman, mostrou que a ocorrência de abortamento não diferiu segundo a faixa etária da mãe. Além disso, o número de abortos presentes foi proporcionalmente menor que o de ausentes, nos dois grupos etários.

Quanto a ocorrência de complicação após o aborto, elas não ocorreram nas mulheres de 28 anos ou mais. Para o grupo na faixa etária de 20 a 27 anos, 7 mulheres (14,6%) tiveram intercorrências após o aborto, sendo 3 casos (42,8%) de infecção, 3 (42,8%) de mola hidatiforme e 1 (14,3%) de rotura tubária.

Dentre as mulheres que evoluíram para parto, independentemente da faixa etária, as duas principais intercorrências observadas foram a hipertensão induzida pela gravidez: 26,9% para as mulheres de 28 anos ou mais e 28,7% entre as mulheres na faixa etária dos 20 aos 27 anos e a infecção do trato urinário: 15,0% e 23,3% no primeiro e segundo grupos, respectivamente.

A elevada incidência de hipertensão induzida

\*\*\*\* Os resultados são aqui apresentados de maneira descritiva, estando disponíveis na forma de gráficos e tabelas na tese original

pela gravidez está de acordo com a literatura, visto que constitui uma das três maiores causas de morbimortalidade materna (NEME & ZUGAIB, 1987). Já as modificações anatômicas impostas aos sistemas coletores durante a gravidez, que provocam estase urinária e facilitam a ascensão de microorganismos para o rim, podem explicar a elevada incidência de infecção do trato urinário.

Aplicando-se o teste de Goodman com intuito de realizar a análise estatística entre os dois grupos de mães, verificou-se que para todas as patologias pré-natais estudadas - hipertensão induzida pela gravidez, placenta prévia, amniorexe prematura, hipertensão arterial crônica, diabetes gestacional e não gestacional, retardo de crescimento intra-uterino, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, polidrâmnio e oligoâmnio - não houve diferença estatisticamente significativa, segundo a faixa etária materna. Além disso, em todos os casos, a presença da intercorrência pré-natal foi proporcionalmente menor que a ausência, também para as duas faixas de idade da mãe.

### **Idade gestacional no momento do parto**

Independente do método utilizado para o cálculo da idade gestacional: amenorréia, ecografia e/ou Capurro, predominaram os partos a termo, já que sua incidência esteve sempre acima de 75,0%, nos dois grupos etários.

A comparação entre as idades gestacionais obtidas pela amenorréia, ecografia e Capurro, para mulheres que tiveram sua idade gestacional determinada pelos três métodos, evidenciou que no grupo de gestantes entre 20 e 27 anos, o índice de prematuridade foi aproximadamente 20,0% e no grupo com idade igual ou superior a 28 anos, esteve ao redor de 10,0%.

### **3.3. Trabalho de parto e parto**

#### **Evolução do trabalho de parto e parto**

A rotura prematura da bolsa das águas ocorreu com 5 gestantes (1,4%) do grupo mais jovem e 4,0% do grupo mais idoso. Avaliando a fase do trabalho de parto no momento da internação, observa-se que 8 mulheres (2,2%) na faixa etária de 20 a 27 anos internaram no período expulsivo. Nenhuma mulher com idade igual ou superior a 28 anos internou no período expulsivo do trabalho de parto.

Quanto ao tempo que estas mulheres permaneceram em trabalho de parto ativo, entre aquelas que foram acompanhadas através de partograma, a análise estatística mostrou para as primigestas com idade entre 20 e 27 anos, mediana = 4,0 horas e semi-amplitude total =  $\pm 6,0$  horas e para o grupo com idade igual ou superior

a 28 anos, mediana = 4,0 horas e semi-amplitude total =  $\pm 5,0$  horas; para a prova de Mann-Whitney,  $p = 0,9067$  e, sendo maior que 0,05 (5%), pode-se concluir que o tempo que as primigestas permaneceram em trabalho de parto ativo não teve diferença significativa entre os dois grupos.

### **Tipo de parto**

A incidência de parto cesárea obtida: 43,7% para o grupo de primigestas com idade entre 20 e 27 anos e 59,6% para aquelas com idade igual ou superior a 28 anos, esteve muito além dos 10 a 15% preconizado pela Organização Mundial de Saúde para a população em geral (OMS, 1985).

A análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que a presença ou ausência de partos cesárea variou de maneira significativa segundo a faixa etária materna, sendo que no grupo entre 20 e 27 anos a taxa de cesárea foi menor que a observada no grupo com 28 anos ou mais. Além disso, no grupo com idade entre 20 e 27 anos, o número de cesáreas foi proporcionalmente menor que os outros tipos de parto e para o grupo com 28 anos ou mais, o número de mulheres submetidas a parto cesárea foi proporcionalmente maior que aquele que não fez tal cirurgia.

### **Indicação das cesáreas**

O sofrimento fetal agudo foi a principal indicação de cesárea para os grupos de mulheres nas faixas etárias de 20 a 27 anos e 28 anos e mais: 36,1% e 33,9% respectivamente. A segunda indicação de cesárea, em ordem de frequência, foi a parada secundária da descida ou dilatação: 20,0% no grupo entre 20 e 27 anos e 16,9% para as mulheres com idade igual ou superior a 28 anos.

Aplicando-se o teste de Goodman com intuito de realizar a análise estatística entre os dois grupos de mães, verifica-se que para todos os motivos de indicação de cesárea estudados - sofrimento fetal agudo, parada secundária da descida e/ou dilatação, falha na indução, desproporção céfalo-pélvica, pré-eclâmpsia, apresentação distócica e descolamento prematuro de placenta - não houve diferença estatisticamente significativa, segundo a faixa etária materna. Além disso, em todos os casos, a frequência do motivo que levou a indicação da cesárea foi proporcionalmente menor que a ausência, também para as duas faixas de idade da mãe.

### **3.4. Puerpério**

#### **Evolução puerperal**

Com relação a complicação materna decorrente

do parto, ocorreram 4 casos (1,1%) no grupo mais jovem e nenhum caso no grupo mais idoso. A principal intercorrência observada durante a internação da mãe foi a hipertensão arterial: 66,7% no grupo mais jovem e 64,7% no grupo mais idoso. A segunda intercorrência, em ordem de frequência, para as faixas etárias de 20 a 27 anos e 28 anos e mais foi a infecção, 21,2% e 29,4%, respectivamente. É importante destacar que a literatura consultada para a realização deste estudo não apontou, para gestantes tardias, maior risco de desenvolverem qualquer tipo de intercorrência puerperal e por isso apenas descreve-se o ocorrido.

### **Tempo de internação materna**

Independente da faixa etária, predominaram as internações por um período de até 3 dias. A análise estatística mostrou para as primigestas com idade entre 20 e 27 anos, mediana = 2,0 dias e semi-amplitude total =  $\pm 13$  dias e para o grupo com idade igual ou superior a 28 anos, mediana = 3,0 dias e semi-amplitude total =  $\pm 6$  dias; para o teste de Mann - Whitney,  $p = 0,0017$  e, sendo  $p < 0,05$  (5%), pode-se concluir que o tempo de internação das mães nos dois grupos de primigestas teve diferença significativa.

### **3.5. Condição dos recém-nascidos nativos ao nascer**

#### **Índice de Apgar**

Aproximadamente 20,0% dos bebês, independente da idade da mãe, tiveram no 1º minuto de vida Índice de Apgar menor ou igual a 7 e, portanto, sofreram algum grau de anóxia intraparto. No 5º minuto de vida, alguns recém-nascidos mantinham Índice de Apgar menor que 7: 2,0% e 4,1% nos grupos de mães com idade entre 20 e 27 anos e 28 anos e mais, respectivamente.

A análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que não houve variação estatisticamente significativa entre os dois grupos de mães, para os Índices de Apgar de 1º e 5º minutos de vida. Além disso, os índices de 8 a 10 foram sempre mais frequentes que os demais valores, nas duas faixas de idade das mães.

#### **Estatura e peso do recém-nascido**

A maior parte das crianças, independente da idade materna, apresentou estatura entre 46 e 50 centímetros e peso entre 2 500 e 4 000g. A análise estatística mostrou para as primigestas com idade entre 20 e 27 anos, estatura mediana = 47,7cm e semi-amplitude total =  $\pm 13,5$ cm, peso mediano = 3 115,0g e semi-amplitude total =  $\pm 1 730,0$ g. Para o grupo com idade

igual ou superior a 28 anos, estatura mediana = 47,5cm e semi-amplitude total =  $\pm 11,5$  cm, peso mediano = 3 116,0g e semi-amplitude total =  $\pm 1 760,0$ g. O teste de Mann-Whitney mostrou, para a estatura  $p = 0,5572$  e para o peso  $p = 0,8666$ . Assim, sendo os valores de  $p > 0,05$  (5%), pode-se concluir que a estatura e o peso dos recém-nascidos nos dois grupos de primigestas não teve diferença estatisticamente significativa.

A maior parte dos bebês teve peso adequado a sua idade gestacional. A análise estatística realizada através do teste de Goodman, não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de mãe quanto a relação peso ao nascer/idade gestacional. Além disso, a proporção de bebês com peso adequado à idade gestacional foi significativamente maior que a proporção de recém-nascidos grandes ou pequenos para sua idade gestacional, independente da idade materna.

#### **Intercorrências no parto para o recém-nascido**

Dentre os 352 recém-nascidos nativos de mães na faixa etária de 20 a 27 anos, 265 (75,3%) apresentaram alguma intercorrência no momento do parto. Para o grupo de mães com idade igual ou superior a 28 anos, 79 recém-nascidos (81,4%) apresentaram intercorrências ao nascer. As principais intercorrências observadas foram:

- grupo entre 20 e 27 anos: bossa serossanguinolenta (31,2%), parto com mecônio (11,4%) e toco-traumatismo em face por fórceps (9,0%);
- grupo com 28 anos e mais: bossa serossanguinolenta (19,0%), circular de cordão (9,7%), cianose generalizada (9,2%) e toco-traumatismo em face por fórceps (9,2%).

A análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que a ocorrência de bossa serossanguinolenta não diferiu significativamente segundo a faixa etária materna. Entretanto, observa-se que a presença de bossa no grupo entre 20 e 27 anos foi proporcionalmente igual a ausência, ao passo que no grupo com idade igual ou superior a 28 anos o número de casos de bossa foi proporcionalmente menor que a ausência. Analisando o tipo de parto das crianças do grupo entre 20 e 27 anos, verifica-se que a maior parte deles (56,3%) ocorreu por via vaginal.

Quanto a cianose, a análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que houve variação segundo a faixa etária materna, sendo que no grupo entre 20 e 27 anos a taxa de cianose foi significativamente menor que a observada no grupo entre 28 e 43 anos. Porém, o número de recém-nascidos que apresentou cianose ao nascer foi proporcionalmente menor que o grupo que não apresentou, para os dois grupos etários. Verificando o tipo de parto das crianças do grupo de 28 anos ou mais, observa-se que a maior parte deles foi cesárea (59,6%) e entre os bebês que apresentaram

cianose generalizada ao nascer, a incidência de cesárea foi de 72,2%.

Para as demais intercorrências no parto para o recém-nascido - circular de cordão, batimento de asa de nariz, hipotonia, tiragem intercostal, parto com mecônio, gemido, outros tocotraumatismos, deglutição de mecônio ou sangue, bradicardia e palidez - não houve diferença estatisticamente significativa e, em todos os casos, a presença da intercorrência foi proporcionalmente menor que sua ausência, para os dois grupos de idade da mãe.

### 3.6. Evolução dos recém-nascidos nativos durante a internação

Na faixa etária de 20 a 27 anos, 221 bebês (62,8%) apresentaram alguma intercorrência durante seu período de internação. No grupo com idade igual ou superior a 28 anos, 72 bebês (74,2%) apresentaram intercorrências. Independente da faixa etária, a icterícia fisiológica foi a intercorrência mais freqüentemente observada entre os recém-nascidos: 23,9% entre os bebês filhos de primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos e 23,5% entre os recém-nascidos de mulheres com idade igual ou superior a 28 anos.

Merece destaque o fato de ter havido 45 casos (12,1%) de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas entre as primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos e 16 casos (10,7%) entre as mulheres com idade igual ou superior a 28 anos.

Avaliando a gravidade dessas malformações, a incidência de malformações maiores e de síndromes de malformação congênita foi de 88,9% no grupo mais jovem e 81,2% no grupo com idade igual ou superior a 28 anos.

As únicas intercorrências ocorridas durante a internação dos bebês que variaram de forma significativa, entre os dois grupos estudados, foram a taquipnéia transitória do recém-nascido e a infecção neonatal. Discutindo a ocorrência de taquipnéia transitória, a análise estatística realizada através do teste de Goodman evidenciou que sua ocorrência foi significativamente menor no grupo entre 20 e 27 anos quando comparado ao grupo com idade igual ou superior a 28 anos. Entretanto, o número de recém-nascidos que apresentou taquipnéia transitória foi proporcionalmente inferior àquele que não apresentou, para os dois grupos etários.

Relacionando o tipo de parto e a ocorrência de taquipnéia transitória, verifica-se que a maioria dos bebês que a apresentaram haviam nascido de parto cesárea: 87,5% no grupo mais idoso e 83,3 % no grupo mais jovem.

A associação da taquipnéia transitória com o tipo de parto decorre do fato de, nos partos vaginais, a caixa torácica sofrer compressões durante a passagem pelo

canal de parto, o que auxilia a remoção do líquido pulmonar, essencial para que se estabeleça o volume pulmonar neonatal, as características da função pulmonar e, em última instância, a adaptação pulmonar do recém-nascido (NELSON, 1984).

Quanto a infecção neonatal, a análise estatística realizada através do teste de Goodman evidenciou que sua ocorrência foi significativamente maior na faixa etária igual ou superior a 28 anos. Entretanto, o grupo de recém-nascidos que apresentou infecção foi proporcionalmente inferior àquele que não apresentou, para dois grupos etários.

O teste de Goodman foi aplicado a outras afecções do período perinatal - malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, transtornos respiratórios e cardiovasculares, transtornos endócrinos e metabólicos transitórios e outros transtornos perinatais - e, em todos os casos, não houve diferença estatisticamente significativa entre a presença ou ausência da intercorrência, segundo a faixa etária materna. Além disso, a presença da intercorrência foi sempre proporcionalmente menor que sua ausência, independentemente da idade da mãe.

### Tempo de internação dos recém-nascidos

A maior parte dos recém-nascidos teve alta hospitalar com até 3 dias de vida, 82,1% entre os bebês de mulheres com idade entre 20 e 27 anos, e 64,9% para a faixa de 28 anos e mais. A análise estatística mostrou para as primigestas com idade entre 20 e 27 anos, mediana = 2 dias e semi-amplitude total =  $\pm 20,5$  dias e para o grupo com idade igual ou superior a 28 anos, mediana = 3,0 dias e semi-amplitude total =  $\pm 34,5$  dias; para o teste de Mann-Whitney,  $p = 0,0003$  e, sendo  $p < 0,05$  (5%), pôde-se concluir que o tempo de internação dos recém-nascidos nos dois grupos de primigestas teve diferença significativa. Isso pode decorrer da maior incidência de parto cesárea no grupo com idade igual ou superior a 28 anos, já que pela própria rotina hospitalar, as mulheres submetidas a esse tipo de parto tendem a ter internação mais prolongada. Pode também decorrer da maior incidência, nos bebês de mulheres desta faixa etária, de algumas intercorrências perinatais.

### 3.7. Condições de alta dos recém-nascidos

Utilizou-se o conceito de normalidade de RAMOS & BORRELL (1996) para recém-nascidos: bebês a termo (RNT), com boa vitalidade (Apgar de 1º e 5º minutos  $\geq 7$ ), com peso adequado para a idade gestacional (PAIG) e sem sinais de doença aguda, crônica e/ou malformações até o momento da alta hospitalar.

De acordo com os dados obtidos, verifica-se que

207 bebês (58,8%) filhos de mulheres na faixa etária de 20 a 27 anos podem ser considerados normais. Para os recém-nascidos de mulheres com idade igual ou superior a 28 anos, 52 deles (53,6%) são normais.

A análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que o diagnóstico de normalidade do recém-nascido no momento da alta-hospitalar não variou significativamente segundo a faixa etária materna. Além disso, para o grupo entre 20 e 27 anos o número de recém-nascidos diagnosticados como normais no momento da alta hospitalar foi proporcionalmente superior aos que não tiveram tal diagnóstico. Porém, para o grupo na faixa etária entre 28 anos ou mais, o número de bebês diagnosticados como normais foi proporcionalmente igual ao que não teve tal diagnóstico.

A análise estatística realizada através do teste de Goodman mostrou que para todas as intercorrências observadas no momento da alta hospitalar - malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, algumas afecções do período perinatal, neoplasias e transtornos geniturinários - não houve diferença estatisticamente significativa, segundo a faixa etária materna. Além disso, a presença da intercorrência foi sempre menor que sua ausência, para as duas faixas de idade da mãe.

Ocorreram, entre os recém nascidos de primigestas na faixa etária de 20 a 27 anos, 3 óbitos durante a internação e as causas descritas para tal foram: septicemia e falência de múltiplos órgãos; múltiplas malformações (mola parcial) e edema cerebral e anóxia perinatal. Não ocorreram óbitos entre os recém-nascidos de mulheres com 28 anos ou mais.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliando-se a ocorrência de patologia pré-natal e puerperal, bem como de intercorrências durante a evolução do trabalho de parto e parto, verifica-se que os dois grupos estudados não diferiram significativamente quanto a qualquer das patologias e/ou intercorrências apresentadas.

Com relação aos recém-nascidos, aqueles nascidos de primigestas com idade igual ou superior a 28 anos, apresentaram mais frequentemente taquipnéia transitória do recém-nascido e cianose generalizada ao nascer. Mesmo utilizando-se o risco relativo corrigido, através da técnica de Mantell-Haenszel, para controle do efeito de confusão do tipo de parto, a idade continuou configurando-se em fator de risco para essas intercorrências, embora de forma um pouco mais atenuada. A idade pode, também, ter sido fator de risco para a infecção, não havendo relação entre esta e o tipo de parto.

Muitos dos estudos que classificam as gestantes tardias como de alto-risco, justificando pela maior incidência de patologias pré-natais, intraparto e perinatais, são de décadas passadas. Obviamente, passados esses anos, mudaram-se não só os recursos tecnológicos para atendimento às mulheres, mas também valores tradicionais, como a visão do casamento como modelo de vida mais adequado e o papel social da mulher. Entende-se, então, porque muitas mulheres têm optado por engravidar mais tarde e, assim, faz-se necessário continuar estudando a idade materna como fator de risco, tendo-se em vista que a idade não atua isolada e independentemente das condições de vida das mulheres.

---

#### MATERNAL AGE AS A RISK FACTOR: A STUDY ON FIRST TIME PREGNANT WOMEN WITH AGE EQUAL OR HIGHER THAN 28 YEARS OLD

*This is a transverse-type designed study with the aim analyse maternal age as a risk factor, and as not a risk factor, through the verification of incidents during pregnancy, birth and puerperium of first time pregnant women with age equal or higher than 28 years old; as well as birth conditions and discharge of their newborns, comparing them with a group of first time pregnant women from 20 to 27 years old. The study was carried out in Botucatu, São Paulo, from January, 1990 to June, 1995. The statistical analysis, discussed at the level of 5% of significance, was developed through Mann-Whitney test, Goodman test and the evaluation of relative risk and corrected relative risk through Mantel-Haenszel technique. We concluded that maternal age equal or higher than 28 years old, is not a pregnancy, puerperal and intrapartum risk factor; although, on the other hand, it was a risk factor even after controlled parturition for the following perinatal incidents: newborn tachypnea, generalized cyanosis at birth and neonatal infection.*

**KEY WORDS:** *maternal risk, first time pregnant women, maternal age*

---

#### LA EDAD MATERNA COMO UN FACTOR DE RIESGO: ESTUDIO COM PRIMIGESTAS EN LA FACHA ETARIA IGUAL O SUPERIOR A 28 AÑOS

*Es un estudio que tiene por objetivo analizar la edad materna como factor de riesgo o no, a través de la verificación de*

complicaciones en la gestación, parto y puerperio de primigestantes con edad igual o superior a 28 años, así como también las condiciones de nacimiento y alta de sus recién nacidos, haciendo una comparación con los grupos de primigestas en la facha etaria de 20 a 27 años. Se realizó en Botucatu/SP, del enero, 1990 al junio, 1995. El análisis de las estadísticas discutidas, tuvo un nivel significativo de 5%, estas fueron realizadas a través de la prueba de Mann-Whitney y teste de Goodman. La evaluación del riesgo relativo y riesgo relativo corregido, fueron hechas a través de la técnica de Mantel-Haenszel. Se concluye que la edad maternal igual o superior a 28 años no constituye un factor de riesgo gestacional, puerperal e intra-parto, pero por outro lado, fue un factor de riesgo, mismo después de controlado el tipo de parto, para las siguientes complicaciones perinatales: taquipnea transitoria del recién nacido, cianosis generalizada ao nacer e infección neonatal.

**TÉRMINOS CLAVES:** riesgo materno, primigestas, edad maternal

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. COHEN, W.R.; NEWMAN, L.; FRIEDMAN, E.A. Risk of labor abnormalities with advancing maternal age. **Obstet. Gynecol.**, v. 55, n.4, p. 414-6, 1980.
02. CUNHA, F.M.; SERAFINI, P.; PETRACO, A. Gestação de alto-risco: o índice pobreza. **Rev. AMRIGS**, v. 22, n.34, p.30-7, 1978.
03. DELÁSCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1987. 473p.
04. FARIAS FILHO, P.C.; LANZIOTTI, J.C.; RESENDE, M.; BELFORT, P.; REZENDE, J. Idade ao gestar e risco reprodutivo. **Femina**, v. 19, n.7, p.383-8, 1991.
05. FREEMAN, R.K.; GARITE, T.J. **Fetal heart rate monitoring**. 2. ed. Baltimore: Willians & Wilkins, 1990. 230 p.
06. GOODMAN, L.A. Simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial populations. **Ann Math. Stat.**, v. 35, n.2, p. 716-25, 1964.
07. GOODMAN, L. Simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. **Technometrics**, v. 7, n. 2, p. 247-54, 1965.
08. HANSEN, J.P. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. **Obstet.Ginecol.Surv.**, v. 41, n. 11, p.726-42, 1986.
09. HOLLANDER, D.; BREEN, J. Pregnancy in the older gravida: how old is old? **Obstet.Ginecol. Surv.**, v. 45, n. 2, p. 106-12, 1990.
10. KIRZ, D.S.; DORCHESTER, W.; FREEMAN, R.K. Advanced maternal age: the mature gravida. **Am. J. Obst. Gynecol.**, v. 152, n.1, p. 7-12, 1985.
11. LIMA, C.M.G. **O perfil etário da primigesta: estudo em uma cidade do interior paulista**. Ribeirão Preto, 1991. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
12. LOVE, R.M. The obstetric course of elderly primigravidae - a review. **J.R.Nav.Med.Serv.**, v. 78, n. 3, p. 159-63, 1992.
13. NELSON, N.M. O início da respiração. In: AVERY, G.B. **Neotologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984. cap. 9, p. 147-70.
14. NEME, B.; ZUGAIB, M. Toxemias tardias da prenhez. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. p. 452-76.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-7, 1985.
16. PERNOLL, M.L. Gestação de alto-risco. In: BENSON, R.C. **Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. cap. 28, p.550-1.
17. RAMOS, J.L.A.; BORRELL, J.G. Assistência. In: LEONE, C.R.; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 3, p. 33-42.
18. REZENDE, J.; REZENDE JR., J. O parto: conceitos, generalidades, introdução ao seu estudo. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. cap. 12, p. 279-87.
19. SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Epidemiologia clínica: exercícios. Porto Alegre: UFRGS, 1994. p. 11-22. /Mimeografado/
20. SEIDMAN, D.S.; SAMUELOFF, A.; MOR-YOSEF, S.; SCHENKER, J.G. The effect of maternal age and socioeconomic background on neonatal outcome. **Int.J.Gynaecol.Obstet.**, v. 33, n. 1, p. 7-12, 1990.
21. SIPILA, P.; HARTIKAINEN, A.L.; VON-WENDT, L.; OJA, H. Changes in risk factors for unfavorable pregnancy outcome among singletons over twenty years. **Acta Obstet.Gynecol.Scand.**, v. 73, n. 8, p. 612-8, 1994.
22. VICTORA, C.G.; FACCHINI, L. A.; BARROS, F. C.; LOMBARDI, C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, 1990. **Anais**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 303-15.