



## Desfechos materno-fetais adversos relacionados a paridade em uma maternidade do sul do Brasil

### *Adverse maternal-fetal outcomes related to parity in a maternity hospital in Southern Brazil*

**Pedro Bonilauri Ferreira<sup>1</sup>, Laura Luiz<sup>1\*</sup>, Rodrigo Ribetro e Silva<sup>1</sup>, Jean Carl Silva<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Estudante de graduação do curso de Medicina na Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville (SC), Brasil. <sup>2</sup>PhD em Ciências Médicas (UNIFESP/SP); Supervisor do setor de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas; Professor da graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville (SC), Brasil.

\*Autor correspondente: Laura Luiz –E-mail: lauraluizc@gmail.com

#### RESUMO

Avaliar os desfechos adversos perinatais relacionados à primiparidade. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado na Maternidade Darcy Vargas em Joinville–SC, no período de agosto a dezembro de 2020. Dividiu-se as pacientes em 2 grupos, primíparas e múltiparas. Através da análise do Prontuário Único do Paciente (PUP), os desfechos perinatais adversos foram avaliados com cálculo de razão de chance ajustado, utilizando intervalo de confiança de 95%. Os fatores de confusão adotados foram: idade, tabagismo, alcoolismo e outras drogas. As puérperas foram divididas em primíparas (n=522/31,2%) e múltiparas (n=1148/68,7%). Após o cálculo de razão de chance ajustado, primíparas tiveram aumento da chance de episiotomia (RC=7,069 IC95% 4,275-11,690), prematuridade (RC=1,784 IC95% 1,011-3,148) e redução da chance de recém-nascidos Grandes para a Idade Gestacional (GIG) (RC=0,555 IC95% 0,388-0,793), não interferiu nos demais desfechos. Pacientes primíparas apresentaram maior chance de episiotomia, prematuridade e menor chance de recém-nascidos GIG.

**Palavras-chave:** Episiotomia. Paridade. Prematuridade.

#### ABSTRACT

To investigate the effects of perinatal primiparity. This was a cross-sectional cohort study, carried out at the Darcy Vargas Maternity Hospital in Joinville, state of Santa Catarina, from August to December 2020. Patients were assigned to 2 groups, primiparous and multiparous. With the analysis of electronic medical records, perinatal adverse outcomes were evaluated using the adjusted odds ratio, using a 95% confidence interval. Confounding factors adopted were: age, smoking, alcoholism, and other drugs. Postpartum women were divided into primiparous (n=522/31.2%) and multiparous (n=1,148/68.7%) women. After calculating the adjusted odds ratio, primiparous women had an increased chance of having an episiotomy (OR= 7,069 CI95% 4,275-11,690), prematurity (OR=1,784 CI95% 1,011-3,148) and reduced chance of Large for Gestational Age (LAG) newborns (OR=0,555 CI95% 0,388-0,793). Primiparous patients had a higher chance of having an episiotomy, prematurity, and a lower chance of LAG newborns.

**Keywords:** Episiotomy. Parity. Premature.

Recebido em Dezembro 20, 2022

Aceito em Março 14, 2023

## INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, a partir do momento o qual a mulher se descobre grávida, ela deve cumprir com as consultas pré-natais estabelecidas até o parto, onde serão demandados exames e restrições aos hábitos pré-gestacionais dessa mulher. Durante o período gestacional ocorrem mudanças fisiológicas no organismo feminino, sejam estas modificações físicas e biológicas, a fim de proporcionar ao feto os meios necessários para seu desenvolvimento, como também no aspecto psíquico, através das alterações hormonais que podem desestabilizar o emocional.<sup>1</sup>

Todavia, os procedimentos a fim de qualificar o desenvolvimento fetal, podem se sobrepor ao interesse médico quanto à saúde emocional materna, a qual anseia por respostas sobre suas dúvidas e proeminentes medos, como o trabalho de parto. Esse contexto de aflição gestacional, se destaca em meio as primíparas as quais experienciam de todas estas mudanças pela primeira vez, além de lidarem com a transgeracionalidade por meio da influência de terceiras opiniões, as quais relatam a própria história obstétrica.<sup>2</sup>

Desse modo, a primigestação pode contribuir a diferentes desfechos gestacionais, pois além da questão fisiológica da mulher, a qual era nulípara, deve-se considerar o aspecto emocional desta puérpera, o qual sofre por influências hormonais e por conta de outros indivíduos.<sup>3</sup> Nesse contexto, as primíparas podem apresentar maior tendência a desenvolver a de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), necessitar de episiotomia, além de apresentarem maior chance de partos prematuros.<sup>4,5</sup>

Desse modo, demonstra-se a necessidade de estudos os quais evidenciam a correlação da nuliparidade com desfechos gestacionais desfavoráveis, com o objetivo de observar se a

primigestação corresponde a um fator de risco à saúde materno-infantil. Logo, caso comprovada a correlação, será possível adequar o pré-natal aos fatores adversos que se demonstrarem predisponentes em gestantes nulíparas.

Nesse contexto, visto a impactante relação entre a prematuridade e eventos adversos gestacionais e perinatais, indicam-se necessárias pesquisas acerca desta restrição no período obstétrico. Desse modo, o presente estudo pretende investigar desfechos perinatais associados à prematuridade.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal com foco no impacto da primiparidade nos desfechos materno-fetais, o qual dividiu as puérperas em dois grupos, sendo estes as primíparas e multíparas.

A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi aprovado sob o número CAAE 28786020.5.0000.5363 e parecer de número 4.178.654, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville, SC, Brasil. O estudo seguiu os critérios definidos pela Resolução 466/2012 cada puérpera assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencialmente.

Os critérios de inclusão foram: puérperas com 18 anos ou mais que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde da cidade de Joinville – SC cujo parto tenha ocorrido na Maternidade Darcy Vargas (MDV) e que voluntariamente optaram por participar desta pesquisa, mediante assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão das participantes foi: puérperas que se recusaram a participar da pesquisa após o início do questionário.

Realizou-se uma entrevista que contemplou aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, antecedentes familiares e obstétricos, além de informações acerca da gestação atual. A entrevista foi aplicada a uma amostra aleatória estratificada de puérperas que tiveram seus partos realizados na Maternidade Darcy Vargas e com todo atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Joinville – SC. Ainda assim, através de análise do Prontuário Único do Paciente (PUP), foram avaliadas características do recém-nascido, como Capurro, peso do nascimento, adequação do peso a idade gestacional, Apgar de 1º e 5º minutos, via de parto, necessidade UTI neonatal, além de desfechos adversos, como prematuridade e baixo peso ao nascer e desenvolvimento de DHEG.

A coleta foi realizada no período de agosto até dezembro de 2020. Todos os dados foram obtidos através de entrevista com escuta qualificada e ao Prontuário Eletrônico na Maternidade Darcy Vargas 48 horas após o parto.

Foram analisados dados maternos como idade, Índice de Massa Corporal (IMC), ganho de peso, raça, escolaridade, remuneração e estado civil. Além disso, foram avaliados dados que tange aos antecedentes obstétricos e familiares, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo e outras drogas) e presença de patologias prévias (como Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) ou desenvolvidas ao longo da gestação (DHEG, Diabetes Mellitus Gestacional), assim como a número de consultas de pré-natal e acompanhamento no Setor de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas.

Conforme determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foram classificadas como diabéticas as puérperas que apresentavam valor de glicemia em jejum  $\geq 92$  mg/dL e  $\leq 125$  mg/dL. Também foi diagnosticado Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) quando pelo menos um dos valores do Teste Oral de Tolerância à

Glicose (TOTG) com 75 g, for  $\geq$  a 92 mg/dL no jejum,  $\geq$  a 180 mg/dL na primeira hora e entre  $\geq$  a 153 mg/dL e  $\leq 199$  mg/dl na segunda hora.

Os desfechos neonatais primários analisados foram: cesariana, laceração, episiotomia, desenvolvimento de DMG, DHEG, prematuridade, baixo peso ao nascer, recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG), recém-nascidos Grandes para Idade Gestacional (GIG), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e APGAR de primeiro e quinto minuto.

Concomitantemente à coleta realizou-se a digitalização dos dados em um banco eletrônico com dupla entrada, para verificação de concordância e possíveis erros de digitação. Utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, para análises estatísticas dos dados. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente, assim, as variáveis contínuas (numérica) foram estudadas por meio do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para a verificação da hipótese de igualdade entre as médias dos grupos, foi utilizado teste T de *student*, quando a distribuição for normal, e o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, quando o teste de normalidade for recusado. O teste de normalidade utilizado foi o *Kolmogorov-Smirnov*. Para se provar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para frequências abaixo de 5.

Modelos de regressão logística multinomial foram construídos de modo a analisar a primiparidade com desfechos adversos perinatais (cesariana, laceração, episiotomia, desenvolvimento de DMG, DHEG, prematuridade, baixo peso ao nascer, recém-nascidos PIG, recém-nascidos GIG e UTI neonatal.). Desse modo, estimou-se a relevância do efeito das variáveis pelo cálculo da razão de chances (*Odds Ratio* –

OR) ajustada conforme fatores de confusão, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os fatores de confusão utilizados foram: idade, tabagismo, alcoolismo e outras drogas. Os valores foram considerados significativos quando  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

Visto a escassez de estudos demonstrando os desfechos obstétricos das primíparas presentes na literatura, torna-se necessário analisarmos o impacto da primiparidade na saúde materno-fetal. Assim, o presente estudo avaliou 1.670 puérperas atendidas no serviço público de obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas em Joinville-SC. Entre estas, 522 (31,2%) eram primíparas, enquanto

1148 (68,7%) das puérperas eram multíparas, não houve exclusões.

Entre as características que se demonstraram significativas no presente estudo, as puérperas diferiram em relação a idade, sendo que as primíparas possuem uma média de idade menor que as multíparas. Ademais, houve diferença no peso desses dois grupos de gestantes, visto que as multíparas tinham o IMC pré-gestacional maior e eram mais obesas. Todavia, as primíparas tiveram maior ganho de peso gestacional.

As primíparas obtiveram maior adequação ao Ministério da Saúde (MS) e OMS, em relação ao outro grupo. As multíparas, por sua vez, obtiveram mais casos de DMG e tabagismo durante a gestação. Todos os dados supracitados estão demonstrados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características maternas relacionadas à paridade

	Multíparas (n=1148)	Primigestas (n=522)	P
Idade*	28,8 (6,1)	24,1 (5,0)	<0,001
IMC Pré-Gestacional*	26,5 (5,7)	25,4 (5,6)	<0,001
Obesidade**	289 (25,2)	93 (17,8)	0,001***
Ganho de Peso*	12,3 (7,3)	13,6 (6,9)	<0,001
Ganho de Peso Excessivo**	470 (40,9)	241 (46,2)	0,045***
Raça**			0,738***
Branca**	925 (80,6)	426 (81,9)	
Negra**	50 (4,4)	19 (3,7)	
Parda**	173 (15,1)	75 (14,4)	
Escolaridade**			<0,001***
Primário**	360 (31,4)	61 (11,7)	
Secundário**	665 (57,9)	364 (69,7)	
Superior**	123 (10,7)	97 (18,6)	
Gestações anteriores*	3,0 (1,3)	1,0 (0,0)	<0,001
Partos Normais anteriores*	1,7 (1,5)	0,6 (0,4)	<0,001
Cesarianas prévias*	0,9 (1,1)	0,4 (0,4)	<0,001
Abortos*	0,4 (0,7)	0 (0,0)	<0,001

	Múltiparas (n=1148)	Primigestas (n=522)	P
Atividade Remunerada**	482 (42,0)	257 (49,2)	0,006***
Situação Marital**			0,018***
Casada**	352 (30,7)	148 (28,4)	
Solteira**	658 (57,3)	320 (61,3)	
União Estável**	110 (9,6)	52 (10,0)	
Divorciada**	28 (2,4)	2 (0,4)	
Número de Consultas Pré-Natal*	8,6 (3,6)	8,8 (2,9)	0,059
Adequação ao MS**	958 (83,4)	459 (87,9)	0,018***
Adequação a OMS**	714 (62,2)	375 (71,8)	<0,001***
Pré-Natal Alto Risco MDV**	385 (33,5)	116 (22,2)	<0,001***
DMG**	266 (23,2)	79 (15,1)	<0,001***
DHEG**	96 (8,4)	55 (10,5)	0,151***
DM prévio**	15 (1,3)	5 (1,0)	0,544***
HAS prévio**	84 (7,3)	26 (5,0)	0,074***
Tabagismo**	106 (9,2)	19 (3,6)	<0,001***
Alcoolismo**	31 (2,7)	7 (1,3)	0,084***
Outras Drogas**	8 (0,7)	2 (0,4)	0,349****

\*Média e desvio-padrão; \*\*Números absolutos e percentagens; \*\*\* Teste Qui-quadrado; \*\*\*\*Teste Exato de Fisher; IMC – Índice de Massa Corporal; DMG – Diabetes Mellitus Gestacional; DM – Diabetes Mellitus; DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica. Os valores foram considerados significativos quando  $P < 0,05$ .

Em relação aos recém-nascidos, os nascituros de gestantes primíparas tiveram menor peso ao nascer, nasceram com maior idade gestacional e apenas a minoria destes foram classificados como PIG ou GIG, quando

comparados aos nascidos de múltiparas. Em relação às complicações no parto, as primíparas tiveram mais casos de episiotomia em relação ao outro grupo de gestantes, como verificado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Características dos recém-nascidos relacionadas à paridade

	Múltiparas (n=1148)	Primigestas (n=522)	P
Peso ao Nascimento*	3.332,0 (537,4)	3.207,6 (549,5)	<0,001
IG do Parto*	38,6 (1,8)	38,8 (2,1)	0,047
Adequação ao Peso			<0,001***
PIG**	80 (7,0)	52 (10,0)	
AIG**	872 (76,0)	418 (80,1)	
GIG**	196 (17,1)	52 (10,0)	
Macrossômico**	88 (7,7)	31 (5,9)	0,204***
Via de Parto			0,916***
Parto Normal**	661 (57,6)	302 (57,9)	

	Múltiparas (n=1148)	Primigestas (n=522)	(Conclusão) P
Cesariana**	487 (42,4)	220 (42,1)	
Laceração**	370 (32,2)	179 (34,3)	0,406***
Episiotomia**	44 (3,8)	74 (14,2)	<0,001***
Apgar de 1º minuto*	7,7 (0,9)	7,6 (1,1)	0,072
Apgar de 5º minuto*	8,8 (0,5)	8,8 (0,7)	0,540
Prematuridade**	76 (6,6)	48 (9,2)	0,063***
Baixo Peso ao Nascer**	62 (5,4)	38 (7,3)	0,134***
UTI neonatal**	91 (7,9)	43 (8,2)	0,828***

\*Média e desvio-padrão; \*\*Números absolutos e percentagens; \*\*\* Teste Qui-quadrado; IG – Idade Gestacional; PIG – Pequeno para a Idade Gestacional; AIG – Adequado para a Idade Gestacional; GIG – Grande para a Idade Gestacional; UTI – Unidade de Terapia Intensiva. Os valores foram considerados significativos quando  $P < 0,05$ .

Após a observação do cálculo de razão de chance ajustado para puérperas primíparas e múltiparas, concluiu-se que as primíparas tiveram maior probabilidade de episiotomia (RC = 7,069 IC 95% 4,275-11,690), prematuridade (RC = 1,784

IC 95% 1,011-3,148). Ademais, a primiparidade demonstrou ser um fator protetor para recém-nascidos GIG (RC=0,555 IC 95% 0,388-0,793), não interferindo nos demais desfechos.

**Tabela 3.** Razão de chances dos desfechos adversos relacionados à paridade\*

	P	RC	IC95%
Cesariana	0,122**	1,252	0,942-1,664
Laceração	0,556**	1,093	0,813-1,471
Episiotomia	<0,001**	7,069	4,275-11,690
DMG	0,410**	0,878	0,645-1,196
DHEG	0,119**	1,382	0,920-2,075
Prematuridade	0,046**	1,784	1,011-3,148
Baixo Peso ao Nascer	0,771**	0,903	0,453-1,797
Recém-nascidos PIG	0,203**	1,367	0,844-2,214
Recém-nascidos GIG	0,001**	0,555	0,388-0,793
UTI neonatal	0,493**	0,838	0,506-1,388

\*Fatores de confusão: Idade, Tabagismo, Alcoolismo e Outras Drogas. \*\* Teste Qui-quadrado; RC - Razão de Chance; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%; DMG – Diabetes Mellitus Gestacional; DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação; PIG – Pequeno para a Idade Gestacional; GIG – Grande para a Idade Gestacional; UTI – Unidade de Terapia Intensiva. Os valores foram considerados significativos quando  $P < 0,05$ .

## DISCUSSÃO

O presente estudo destaca-se pelo fato de analisar diferentes desfechos perinatais relacionados à primiparidade em uma quantia

significativa de puérperas de uma mesma maternidade. Constata-se através deste estudo que as puérperas primíparas demonstraram uma elevação na chance de necessitarem de episiotomia durante o parto e de realizarem

partos prematuros. Além disso, o grupo das primíparas obteve uma chance significativamente menor de ter recém-nascidos GIG.

Neste estudo foram avaliadas 1670 puérperas, das quais 522 eram primíparas, ou seja, 31,2% da amostra. Ao comparar esse dado com a literatura, um estudo feito na Suécia buscou avaliar a relação entre o IMC e o DMG em gestantes, e 45,67% da amostra era composta por primíparas.<sup>6</sup> Outro estudo, conduzido em um ambulatório do Paraná, observou a prevalência de DMG entre as gestantes, e 19,40% das pacientes eram primíparas.<sup>7</sup> A diferença no percentual de gestantes primíparas decorre-se por diversos fatores, como questões econômicas e socioculturais.

Quanto às características maternas de gestantes primíparas, foi observado neste estudo que a maioria era solteira, ganharam mais peso durante a gestação e foram mais as consultas de acompanhamento pré-natal quando comparadas às multíparas. Um estudo o qual avaliou a indicação de cesárea à gestantes primíparas também constatou que as pacientes eram majoritariamente solteiras, porém realizaram uma média de 5,9 consultas pré-natais, embora o recomendado pelo MS seja de no mínimo 6.<sup>8</sup> Em relação ao ganho de peso, Lan-Pidhainy et al. também observaram que gestantes primíparas ganharam mais peso durante a gestação em comparação às multíparas.<sup>9</sup>

Em concordância com os resultados desta pesquisa, um estudo conduzido em um hospital universitário de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) concluiu que a primiparidade não representa um fator decisivo para o aumento na incidência de cesáreas, afirmando também que gestantes submetidas à cesáreas prévias apresentam maiores chances de realizarem esse procedimento novamente em comparação aquelas que nunca o realizaram antes.<sup>10</sup> Outro estudo investigou as indicações para cesariana

em um hospital do Equador, observando que as primíparas não realizaram significativamente mais cesáreas do que as multíparas, confirmando o achado do presente estudo.<sup>11</sup>

Corroborando com esta pesquisa, uma investigação conduzida em uma maternidade de Curitiba (Paraná), obteve uma relação significativa entre a primiparidade e a realização de episiotomia, tendo em vista que o procedimento foi realizado em 9,39% das gestantes primíparas (nosso estudo obteve uma incidência de 14,2%), ao passo em que foi realizado em apenas 1,87% das multíparas.<sup>12</sup> Outro estudo da literatura conduzido em Bragança, Portugal demonstrou que pacientes primíparas dispuseram uma chance 7,18 vezes superior de realizar episiotomia quando comparadas às gestantes multíparas, resultado este semelhante ao que obtivemos no presente estudo.<sup>13</sup> A principal justificativa para a realização de episiotomia em primíparas é a rigidez perineal apresentada pelas gestantes durante o primeiro parto.<sup>14</sup>

Existem controvérsias quanto à influência da primiparidade na incidência de lacerações. O mesmo estudo que observou um aumento no número de episiotomia entre gestantes primíparas, também observou um acréscimo estatístico significativo na incidência de lacerações entre as mulheres desse grupo.<sup>12</sup> A diferença desta investigação e do presente estudo pode ter ocorrido devido a menor realização de episiotomia em gestantes da maternidade de Curitiba ao ser comparada com a instituição do presente estudo, tendo em vista que a episiotomia é indicada para evitar lacerações graves.<sup>15</sup>

Acerca da influência da primiparidade no desenvolvimento de DMG, um estudo feito na Finlândia constatou que a incidência da doença é alta entre as primíparas, mas que a idade e o nível de gordura corporal demonstram-se fatores determinantes para o desenvolvimento ou não da doença.<sup>16</sup> O fato de que as primíparas deste

estudo, em sua maioria não eram obesas ou de idade avançada, pode ter contribuído para o não desenvolvimento de DMG entre a população estudada. A literatura também concorda com nossos resultados quando não vê relações significantes entre a síndrome hipertensiva gestacional e a primiparidade.<sup>17</sup>

A literatura concorda com o fato das gestantes primíparas experienciarem partos prematuros com maior frequência. Um estudo que analisou os nascidos vivos do Mato Grosso observou que um dos fatores de risco para a prematuridade é a primiparidade.<sup>18</sup> Um estudo que comparou gestantes primíparas e múltiparas acima de 40 anos observou que houve uma maior incidência de partos prematuros no primeiro grupo.<sup>19</sup> A prematuridade demonstra-se mais frequente entre as primíparas devido a rotura prematura das membranas ovulares ocorrer frequentemente entre elas.<sup>20</sup> Apesar do estudo apresentar um aumento significativo no número de partos prematuros entre as primíparas, o número de internações na UTI neonatal aponta-se insignificativo.

A literatura discute os impactos da primiparidade no peso ao nascer dos recém-nascidos. Um estudo realizado em Santos (São Paulo) não obteve resultados estatisticamente significativos quanto à influência da paridade das mães no baixo peso ao nascer dos seus filhos.<sup>21</sup> Entretanto, outro estudo conduzido em um hospital de Santa Catarina obteve uma associação positiva para primiparidade e baixo peso ao nascer.<sup>22</sup> Tal contradição entre os resultados pode ocorrer devido a diferença no número de consultas pré-natais realizadas entre as amostras, sendo esse fator de extrema importância para o acontecimento ou não de desfechos fetais adversos.

Com relação ao nascimento de recém-nascidos PIG, a literatura discorda dos resultados deste estudo, pela existência de artigos

que apontam a primiparidade sendo a causa para o nascimento de filhos pequenos para a idade gestacional.<sup>23,24</sup> Tal divergência apresenta-se devido a amostra restringida da pesquisa quando comparada com as demais. Em contrapartida, o presente estudo observou uma diminuição na chance de gestantes primíparas terem filhos GIG.

A literatura observa que as múltiparas detêm maior risco em conceber filhos GIG ao compararmos com as primíparas, sendo o aumento no número de recém-nascidos GIG presentes apenas entre as mulheres primíparas obesas.<sup>9, 25</sup> O fato das primíparas terem menos filhos GIG pode ser justificado pela menor incidência de obesidade entre esse grupo, pois o IMC materno é relacionado diretamente com a adequação do peso do recém-nascido.<sup>26</sup>

Para uma melhor contextualização, a instituição em que ocorreu o presente estudo auxilia aproximadamente 6000 partos por mês. Apesar desta pesquisa ter sido realizada com uma amostra de gestantes da mesma instituição, o tempo de duração do estudo poderia ter sido amplificado e mais abrangente, pois além de aumentar o número da amostra também poderia diversificar os pacientes.

O presente estudo destaca a importância do cuidado necessário do obstetra ou médico do pré-natal na primeira gestação da paciente, visto a correlação comprovada pelo estudo da primiparidade ser um fator de risco para episiotomia. Nesse contexto, a promoção de meios os quais promovam a integridade perineal durante o trabalho de parto demonstram-se de extrema significância para a saúde materna.

Uma revisão sistemática e metanálise a qual englobou traumas e complicações ocorridas em partos vaginais aponta que a realização de massagem perineal no pré-natal é uma profilaxia de episiotomia. Logo, espera-se através deste estudo que a equipe de saúde pré-natal contribua com os cuidados maternos ao sugerir meios de

profilaxia à episiotomia em primigestas, com o objetivo de reduzir as complicações pós-parto e traumas no períneo materno em primíparas.<sup>27</sup>

## CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que a atenção e cuidados com pacientes primíparas deve ser intensificado e levado em consideração quando esta busca atendimento pré-natal. Esses resultados devem ser analisados com cautela e podem não ser extrapolados para outras populações, visto o recorte retrospectivo do estudo. Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos prospectivos que analisem os impactos da paridade nos desfechos gestacionais, com um cálculo amostral direcionado para esse desfecho.

Por meio do presente estudo conclui-se que a primiparidade aumentou em 7,06 vezes as chances das puérperas submeterem-se a episiotomia e de ter um filho prematuro em 1,78 vezes. A primiparidade diminuiu em 0,55 vezes a chance das puérperas conceberem um filho GIG. Não demonstraram-se estatisticamente significativas as possibilidades de gestantes primíparas desenvolverem DMG, DHEG, terem um parto cesáreo e terem laceração. Também não foram significativas as chances deste grupo ter um filho com baixo peso ao nascer, PIG ou que necessitasse de UTI neonatal.

## REFERÊNCIAS

1. Adelane Monteiro da Silva M, Martins Marques F, da Conceição Coelho Brito M, Sales Viana R, Moraes Mesquita AL, Smara Rodrigues Silva A, et al. Grupo operacional com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. RBPS [Internet]. 28 de fevereiro de 2018 [citado 12 de setembro de 2022];31(1):1–11. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6406>
2. Guirado RMB, Motta IF. Influências da transgeracionalidade em gestantes primigestas. Pensando famílias [Internet]. dezembro de 2020 [citado 12 de setembro de 2022];24(2):46–60. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-494X2020000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X2020000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
3. Aguiar BM, Silva TPR da, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV de, et al. Fatores associados à realização de episiotomia. Rev Bras Enferm [Internet]. 5 de outubro de 2020 [citado em 12 de setembro de 2022];73. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/kKtVVKj63vRMVxXNdj39shw/?lang=pt>
4. Dias RMM. Perfil epidemiológico das mulheres com síndromes hipertensivas na gestação e sua repercussão na prematuridade neonatal em uma maternidade pública de Belém/PA. Enfermagem Brasil [Internet]. 12 de maio de 2016 [citado 12 de setembro de 2022];15(1):5–11. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/91>
5. Ginar DO. Prevalência e fatores associados à prematuridade, em Santa Catarina, no período de 2016 a 2018. Prevalência e fatores associados ao parto prematuro, em Santa Catarina, Brasil, no período de 2016 a 2018 [Internet]. 2020 [citado 22 de fevereiro de 2022]; Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/16298>
6. Hildén K, Hanson U, Persson M, Magnuson A, Simmons D, Fadl H. Diabetes gestacional e adiposidade são fatores de risco independentes para resultados perinatais: um estudo de coorte populacional na Suécia. Diabetes Med. fevereiro de 2019;36(2):151–7.
7. Rossett TC, Wittmann T, Rotta K, Gonçalves RA, Pescador MVB. Prevalência do diabetes mellitus gestacional em um ambulatório de alto risco do oeste do paraná. FAG Revista da

- Saúde (FJH) [Internet]. 14 de junho de 2020 [citado 12 de setembro de 2022];2(2):195–204. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/193>
8. Ribeiro JF, Oliveira Rodrigues C, Oliveira V, Bezerra R, Do M, De Almeida S, et al. Estudo das indicações de parto cesáreo em puérperas primigestas em uma instituição pública. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10684/11738>
  9. Lan-Pidhainy X, Nohr EA, Rasmussen KM. Comparação dos resultados da gravidez relacionados ao ganho de peso gestacional em mulheres primíparas e múltiparas americanas. *Am J Clin Nutr*. maio de 2013;97(5):1100–6.
  10. Saraiva JM, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 5 de abril de 2018 [citado em 12 de setembro de 2022];38. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/S3RQWj6xRb3bH9hrr9LdQZF/?lang=pt>
  11. Jarrín D, Samiento C. Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca. Período 2011. [Ecuador]: Universidad del Azuay; 2012.
  12. Sobieray NLE da C, Souza BM de. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do HC/UFPR / Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando executadas ou não em maternidade de baixo risco do complexo hospitalar do HC/UFPR. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* [Internet]. 17 de julho de 2019 [citado em 12 de setembro de 2022];93–9. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/521>
  13. Macedo LMN. Prevalência da episiotomia numa unidade hospitalar da região norte do país. 2021 [citado em 12 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/24764>
  14. Rocha ÉS, Mela CC, Westphal F, Goldman RE. Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 30 de novembro de 2018 [citado 12 de setembro de 2022];23(4). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54455>
  15. Ahmed HM. Razões clínicas das parteiras para a realização de episiotomias na região do Curdistão: são baseadas em evidências? *Sultan Qaboos Univ Med J*. agosto de 2014;14(3):e369-374.
  16. Laine MK, Kautiainen H, Gissler M, Raina M, Aahos I, Järvinen K, et al. Diabetes gestacional em mulheres primíparas - impacto da idade e adiposidade: um estudo de coorte baseado em registro. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. fevereiro de 2018 [citado 12 de setembro de 2022];97(2):187–94. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13271>
  17. Oliveira ACM de, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. setembro de 2015 [citado em 12 de setembro de 2022];24(3):441–51. Disponível em: [http://www.iec.pa.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000300010&scielo=S2237-96222015000300441](http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000300010&scielo=S2237-96222015000300441)
  18. Tabosa JCT, Tabosa CC, Hoffmann-Santos HD. Fatores de risco para prematuridade entre nascidos vivos em Mato Grosso: 2017-2020. *COORTE* [Internet]. 18 de julho de 2021 [citado 12 de setembro de 2022];(12). Disponível em: <http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/185>
  19. Genc S, Emeklioglu CN, Cingillioglu B, Akturk E, Ozkan HT, Mihmanli V. O efeito

- da paridade nos resultados obstétricos e perinatais em gestações com 40 anos ou mais: um estudo retrospectivo. *Croat Med J* [Internet]. de 2021 [citado em 12 de setembro de 2022];62(2):130–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8107994/>
20. Rosa CQ da, Silveira DS da, Costa JSD da. Fatores associados à falta de pré-natal em um município de grande porte. *Rev Saúde Pública* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 12 de setembro de 2022];48(6):977–84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&tlng=en)
21. Serra MJR, Penati TQ, Uehara VC, Silva ML de C e, Ciaccia MCC, Rullo VEV. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em unidade de terapia intensiva neonatal em um hospital de referência. *UNILUS Ensino e Pesquisa* [Internet]. 29 de junho de 2015 [citado 12 de setembro de 2022];12(27):61–9. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/387>
22. Santos Carvalho S, Oliveira BR de. Fatores preditivos para a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo-controle. *RESU* [Internet]. 28 de junho de 2019 [citado 12 de setembro de 2022];7(1):100–8. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3696>
23. Campbell MK, Cartier S, Xie B, Kouniakos G, Huang W, Han V. Determinantes de pequeno para idade gestacional nascimento a termo: determinantes de sga a termo. *Epidemiologia Pediátrica e Perinatal* [Internet]. novembro de 2012 [citado em 12 de setembro de 2022];26(6):525–33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2012.01319.x>
24. Raspantini PR. Idade gestacional, peso ao nascer e prevalência de Pequenos para Idade Gestacional no Município de São Paulo [Internet] [Doutorado em Epidemiologia]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2017 [citado em 12 de setembro de 2022]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-10052017-093712/>
25. Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C, Chertman L, Ioscovich A, Granovsky-Grisaru S, et al. Os efeitos da idade materna e paridade no resultado materno e neonatal. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. de 2015 [citado em 12 de abril de 2022];291(4):793–8. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-014-3469-0>
26. Brandão PZ, Silva TB da, Siqueira EC de. Obesidade e gravidez: a importância da fé tal na avaliação dos riscos maternos. *Revista Pró-UniversUS* [Internet]. 11 de dezembro de 2019 [citado 12 de setembro de 2022];10(2):18–23. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1974>
27. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Benefícios da massagem perineal pré-natal na redução do trauma perineal e morbidades pós-parto: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *Int Urogynecol J*. setembro de 2020;31(9):1735–45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399905/>