

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES EM UMA GESTAÇÃO TARDIA

Gislaine Rodrigues da Silva¹

Patrícia Pires Caixeta²

Maria Madalena Borges³

Magda Helena de Sousa Pires⁴

Eder Cardoso Guimarães⁵

Selma Rodrigues Alves Montefusco⁶

RESUMO

A gravidez é o estado de desenvolvimento de um embrião ou feto dentro do corpo feminino. A ocorrência da gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos, é denominada gravidez tardia. O objetivo deste estudo foi analisar quais são os possíveis riscos de uma gestação tardia. Tratou-se de revisão integrativa da literatura. Os dados foram coletados na BVS nas seguintes bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana_e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de dados de enfermagem) em publicações de 2009 a 2016 na língua portuguesa. Foram identificados 147 artigos, desses foram excluídos 122 e utilizados 25. As principais complicações com maior incidência encontradas foram: hipertensão, hemorragia, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito neonatal. A gestação tardia é uma realidade que está em ascensão, devido cada vez mais as mulheres estarem optando por postergar a gravidez devido a incorporação da mulher ao mercado de trabalho, a maior importância para o desenvolvimento de sua escolaridade, as novas técnicas de controle da fertilidade, são fatores que atualmente influenciam a tomada de decisão acerca do momento mais oportuno para a mulher tornar-se mãe. Sendo assim os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar e prevenir os riscos, como as alterações emocionais, podendo assim intervir em futuras complicações e oferecer uma assistência qualificada e integral.

Palavras chaves: Gestação; Risco Tardia; Complicações.

¹Acadêmica de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

²Acadêmica de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

³Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Enfermagem. Doutorado pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia, e da Faculdade de Enfermagem - UFG, professor convidado da Universidade Católica de Goiás.

⁴Graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Metodologia do Ensino Superior, Técnicas Anatômicas e Homeopatia pela Universidade Federal de Goiás. Atuou como Coordenadora do Curso de Especialização em Técnicas Anatômicas – UFG.

⁵Graduação em Biomedicina pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Especialista em Docência Universitária pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, Docente do curso de Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Farmácia e Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁶Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Enfermagem. Doutorado pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia, e da Faculdade de Enfermagem - UFG, professor convidado da Universidade Católica de Goiás.

INTRODUÇÃO

A gravidez é o estado de desenvolvimento de um embrião ou feto dentro do corpo feminino. Para que uma mulher engravide, é necessário primeiro que ocorra a fecundação, ou seja, o encontro bem sucedido entre espermatozoide e óvulo e a união dos cromossomos, criando uma célula chamada zigoto. Apenas quando o zigoto – após divisões sucessivas – alcança o endométrio (o revestimento interno do útero) é que ocorre a gravidez (MOORE, PERSAUD, 2000).

A gravidez é datada do primeiro dia do último período menstrual, e a sua duração em média é de 280 dias (40 semanas) (GUYTON, 2011).

As mudanças que originam-se durante a gestação, podem ser as mais importantes alterações que o ser humano pode sofrer. Após ser confirmada a gestação, ocorre um processo de auto percepção da mulher (CAMACHO *et al*, 2010).

A grávida pode vivenciar uma gama de emoções, as quais podem ser: introversão, passividade, alterações bruscas de humor, agitação, nervosismo, preocupação e depressão, sendo ocasionadas, pela intensa ansiedade que se instala na mulher (XIMENES NETO, *et al*, 2011; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2010).

Com a ocorrência da gestação, há também, mudanças nos hábitos de vida desta mulher, gerando dúvidas, fazendo com que a gestante busque informações que favoreçam as ações de promoção da saúde (CODATO, *et al*, 2011).

Por mais que a fertilidade possa ocorrer aos 10 anos de idade, favorecendo a gestação precoce (13 aos 19 anos), biologicamente, o período de melhor desempenho da gestação na mulher é dos 20 aos 30 anos de idade, após isto os riscos começam a aparecer tanto para a mãe quanto para o bebê (REZENDE, 2014).

A ocorrência da gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos, é denominada gravidez tardia. O período de vida reprodutiva da mulher se encerra entre os 48 e 55 anos (GRAVENA, *et al*, 2012; ANDRADE, *et al*, 2004; PEIXOTO, *et al*, 2011; REZENDE, 2014).

A gestação tardia, é uma realidade cuja incidência tem aumentado na sociedade, o que fez com que houvesse um interesse em ascensão em relação ao tema pelos profissionais de saúde, devido a ocorrência, as causas e os riscos relacionados a esta gestação.

Levando em consideração o aumento da incidência das gestações tardias, os profissionais de saúde devem estar atentos, para que possam identificar precocemente os possíveis riscos que poderão acometer esta gravidez, tanto para a mãe, o feto e o futuro bebê, atuando na prevenção destes agravos e na conscientização das futuras mães. Podendo assim intervir em futuras complicações e oferecer uma assistência qualificada durante o ciclo pré-gravídico e gravídico.

É pertinente então, a identificação dos riscos, devido ao fato deles estarem relacionados com uma morbimortalidade materna e perinatal, e com isto tratá-los ou minimizá-los.

Diante do exposto este estudo objetivou analisar quais são os possíveis riscos de uma gestação tardia.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão da literatura é uma apresentação organizada por escrito do que tem sido publicado em relação a um determinado tema e assunto, é conduzida como pesquisa de dados secundários (GALVÃO, MENDES, SILVEIRA (2008). Utilizamos as seis etapas propostas para este tipo de estudo:

1.1 Elaboração da pergunta de pesquisa: Quais são os principais riscos de uma gestação tardia?

1.2 Coleta de dados: Os dados foram coletados na BVS nas seguintes bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana_e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de dados de enfermagem) em publicações de 2009 a 2016 na língua portuguesa, sendo utilizadas as seguintes palavras-chaves: gestação, tardia, riscos.

1.3 Organização dos dados coletados: Foi utilizado formulário próprio para coleta de dados, com as seguintes informações: Identificação; Objetivo; Método; Resultado; Riscos da gestação tardia; Causas da gestação tardia; Conclusão.

1.4 Avaliação e análise dos resultados: Os artigos foram analisados e agrupados de acordo com as complicações identificadas, visando analisar quais as principais complicações que acometem em maior frequência as mulheres que optam por postergar a gestação.

1.5 Apresentação da revisão: Consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

2 RESULTADOS

Foram identificados 147 artigos, e após a leitura do material, no critério de inclusão e exclusão, foram eliminados 135 artigos, pois eram de revisão da literatura, tese, por repetição e por não responderem à pergunta da pesquisa. Os 12 artigos escolhidos foram agrupados no quadro.

Quadro 1: Características dos artigos relacionados segundo referência, método e o objetivo do trabalho.

REFERÊNCIA	MÉTODO	COMPLICAÇÕES GESTAÇÃO TARDIA
GRAVENA et al. Resultados Perinatais em gestações tardias. Rev. Esc. Enferm. USP v. 46, n. 1, p. 15-21 2012..	Estudo transversal Retrospectivo	Cesárea, Apgar baixo, óbitos neonatais, baixo peso, macrossomia, prematuros, pós-termo e óbitos fetais
SANTOS, GHN et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.	Retrospectivo transversal, observacional e analítico	Cesárea, hipertensão arterial, <i>diabetes mellitus</i> , distócias, ruptura prematura de membranas, pré-eclampsia, piores resultados perinatais Natimortos, Apgar <7 no 5º min.
Gravena, Ângela Andréia França, et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paulista de Enfermagem 26.2 (2013): 130-135.	Transversal	Aborto, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas, malformações congênitas, malformações cardíacas, hipospádia e defeitos do fechamento da linha média, hipertensão arterial, diabetes, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, morbidade perinatal, baixo peso ao

		nascimento, prematuridade, obesidade iatrogênica, vasculopatia, crescimento fetal restrito.
SASS, Arethusa <i>et al.</i> Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. Revista Gaúcha de Enfermagem , v. 32, n. 2, p. 362-368, 2011.	Retrospectivo	Baixo peso ao nascer, parto pré-termo, índice de Apgar baixo, anomalias cromossômicas e macrossomia, diabetes gestacionais, mortalidade perinatal, prematuridade, placenta prévia.
CABRAL, Antônio CARLOS VIEIRA. Rastreamento de cardiopatias congênitas associadas ao diabetes mellitus por meio da concentração plasmática materna de frutossamina. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , v. 32, n. 2, p. 66-71, 2010.	Retrospectivo	Miocardiopatia hipertrófica, Cardiomegalia.
SAMPAIO, Anderson Gonçalves; SOUZA, Alex Sandro Rolland; NORONHA NETO, Carlos. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil , v. 11, n. 2, p. 125-131, 2011.	Seccional	Síndromes hipertensivas da gestação, DPP, infecções maternas, diabetes.
HERCULANO, Marta Maria Soares <i>et al.</i> Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. Revista da Escola de Enfermagem da USP , v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.	Transversal	Hemorragias e hipertensão arterial, aborto.
VIEIRA, Maria Salete Medeiros <i>et al.</i> Dificuldades para a identificação da causa do óbito fetal: como resolver? Revista	Transversal	Malformações, infecção materna, DPP DHEG e DMG.

Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, n. 9, p. 403-408, 2012.		
LEITE, Guilherme Karam Corrêa <i>et al.</i> Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 32, n. 4, p. 198-201, 2010.	Relato de caso	Leiomioma uterino.
EMER, Caroline Soares Cristofari <i>et al.</i> Prevalência das malformações congênitas identificadas em fetos com trissomia dos cromossomos 13, 18 e 21. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 37, n. 7, p. 333-338, 2015.	Transversal retrospectivo	Aneuploidias
FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta <i>et al.</i> Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP , v. 47, n. 3, p. 531-538, 2013.	Pesquisa quantitativa do tipo ecológico	Óbito neonatal, prematuridade, baixo peso, infecção materna, ruptura de membranas.
FERNANDES, Beatriz Boleta <i>et al.</i> Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Revista Gaúcha de Enfermagem , v. 36, n. SPE, p. 192-199, 2015.	Transversal	Hipertensão arterial.
XAVIER, Rozania Bicego <i>et al.</i> Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Ciência & Saúde Coletiva , v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.	Transversal	Translucência nucal alterada, ginecopatias e abortamento habitual.
SOARES, Vânia Muniz Néquer <i>et al.</i> Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 31, n. 11, p. 566-573, 2009.	Descritivo, de corte transversal	Morte por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, cesárea, interrupção da gravidez, óbito fetal.

GRANER, Viviane Rodrigues; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. Revista da Escola de Enfermagem da USP , v. 43, n. 1, p. 103-109, 2009.	Pesquisa observacional, transversal, descritiva e retrospectiva	Infertilidade.
CANHAÇO, Evandro Eduardo <i>et al.</i> Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. Einstein (São Paulo) , v. 13, n. 1, p. 58-64, 2015.	Transversal	<i>Diabetes mellitus</i> , hipertensão, pré-eclâmpsia, mioma, mortalidade materna, anormalidades cromossômicas, abortos, mecônio intrauterino, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, macrosomia, sofrimento fetal, morte neonatal. Quanto prematuro, hemorragia, parto prolongado, gestação múltipla, apresentações anômalas, distorcia, placenta prévia, pós-termo, oligohidramnios e polidrâmnio, ruptura prematura de membranas, e cesarianas.
ARAÚJO, Breno Fauth de <i>et al.</i> Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardios. Jornal de pediatria , v. 88, n. 3, p. 259-266, 2012.	Transversal	Recém-nascido pré-termo tardio.
ANTONIO, Maria Ângela Reis de Góes <i>et al.</i> Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. Revista da Associação Médica Brasileira , v. 55, n. 2, p. 153-157, 2009.	Transversal	Baixo peso ao nascer.
RISSO, Susana de Paula; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Fatores de risco para óbito neonatal obtidos pelo modelo de regressão multivariado de Cox. Revista Paulista de Pediatria , v. 29, n. 2, p. 208-213, 2011.	Epidemiológico do tipo longitudinal	Óbito neonatal.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Revista da Escola de Enfermagem da USP , v. 48, n. 5, p. 778-786, 2014.	Transversal	Mortalidade neonatal.
COSTA, Ana Lucia do Rego Rodrigues <i>et al.</i> Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.	Prospectivo observacional tipo caso-controle.	Necessidade de UTI neonatal, risco para índice de Apgar baixo.
LEITE, Régia Maria Batista <i>et al.</i> Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad. saúde pública , v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011.	Estudo caso-controle	Morte materna
ALMEIDA, Adriana Carvalho de <i>et al.</i> Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Revista Gaúcha de Enfermagem , v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.	Comparativo transversal	Prematuridade
TRONCON, Júlia Kefalás <i>et al.</i> Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , 2013.	Transversal	Mortalidade materna

3 DISCUSSÃO

Com o crescente número de mulheres postergando a gestação, houve um aumento nas publicações sobre o tema. Os 12 artigos utilizados na pesquisa, foram de publicações entre 2009 e 2015, com uma prevalência no ano de 2013, mostrando que neste ano houve um interesse maior sobre o tema.

Os resultados da análise foram distribuídos em tópicos, os quais foram: hipertensão, hemorragia, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito neonatal, macrossomia fetal, anomalias cromossômicas, mortalidade materna, Cesário, aborto,

ruptura prematura de membranas, mortalidade fetal, obesidade materna, sofrimento fetal, miomas, e apgar baixo.

3.1 Hipertensão

A hipertensão é considerada o problema de saúde mais comum nas grávidas, principalmente em mulheres de idade avançada. Quando crônica, é diagnosticada na gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos de duas a quatro vezes mais frequentes que em mulheres com 30 a 34 anos. (FERNANDES *et al*, 2015; SANTOS *et al*, 2009).

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), na sua forma pura, caracteriza-se pelo aparecimento, em grávidas normotensas, após a vigésima semana de gestação, da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. É uma doença incurável no período gestacional, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadro ainda mais complexos, como eclampsia, síndrome HELLP. A DHEG, está entre os maiores problemas na gestação, pois diminui o fluxo sanguíneo do bebê, influenciando no seu desenvolvimento, fazendo com que ele cresça pequeno e com baixo peso (CANHAÇO *et al*, 2015).

Quando o quadro de hipertensão surge somente após a 20ª semana de gestação em uma mulher que não era previamente hipertensa, classifica-se como hipertensão gestacional. Uma vez que ela surja, a hipertensão gestacional costuma permanecer pelo resto da gravidez, mas tende a desaparecer dentro das 12 primeiras semanas após o parto (GRAVENA *et al*, 2013; HERCULANO, 2012).

Devido ao comprometimento vascular da idade, pode ocorrer o aumento da susceptibilidade dessas mães à hipertensão específica da gravidez, mesmo que a hipertensão não seja reconhecida clinicamente (PARADA *et al*, 2009).

Na mãe a pré-eclâmpsia pode causar desprendimento prematuro da placenta da parede uterina. Esse desprendimento ocasiona hemorragia vaginal e afeta o fornecimento de oxigênio e de nutrientes que o feto precisa e este pode morrer. A pré-eclâmpsia também causa abortamento, prematuridade e sofrimento fetal agudo e crônico (SAMPAIO *et al*, 2011).

O grupo de mulheres com idade avançada caracteriza-se por apresentar comorbidades pré- gestacionais como, diabetes e hipertensão arterial crônica, o que

justifica em parte as maiores taxas de pré- eclampsia. Em revisão sistemática sobre riscos da gestação em mulheres com mais de 44 anos foi relatado que tais gestantes apresentam risco quase três vezes maior de desenvolver hipertensão gestacional (SOARES *et al*, 2009).

3.2 Hemorragia

A hemorragia é definida como a saída de sangue do espaço intravascular (vasos e coração) para o compartimento extra vascular ou para fora do organismo, pode ser interna ou externa e está relacionada a outras complicações como: hipertensão, DPP, placenta previa entre outras (SANTOS *et al*, 2009; HERCULANO *et al*, 2012).

A placenta previa é a implantação da placenta na porção mais baixa da cavidade uterina, recobrimdo o orifício interno do colo do útero (canal do parto) ou parte deste, está relacionada ao desgaste da musculatura uterina pela idade, sendo mais comum nestas gestações. Está associada a hemorragias maternas graves com risco até mesmo de histerectomia (SANTOS *et al*, 2009; GRAVENA *et al*, 2013).

O descolamento prematuro da placenta é a separação antecipada de parte ou da totalidade da placenta da parede do útero, onde deveria se encontrar implantada até o nascimento do feto (SASS *et al*, 2011). Dependendo do grau do descolamento, o suprimento de oxigênio e de nutrientes para o bebê pode ser muito prejudicado e até mesmo cessar, ao tempo em que pode ocorrer um sangramento perigoso para o feto e para a gestante. (CANHAÇO *et al*, 2015).

3.3 Prematuridade

Considera-se prematuridade de acordo com a OMS (1991), o neonato com menos de 37 semanas de gestação (CANHAÇO *et al*, 2015). Quanto maior a prematuridade do bebê, maiores os riscos para a sua saúde, pois é possível que a criança não tenha se desenvolvido completamente.

As causas do nascimento de um bebê prematuro em geral são maternas, ou seja, são condições que a mãe apresenta. Ocorre de forma frequente devido ao aumento da ocorrência de comorbidades associadas, como diabetes, hipertensão,

obesidade que são por sua vez causas associadas à prematuridade iatrogênica e a idade mais avançada da mulher (FERRARI, 2013; GRAVENA, 2013; SASS, 2011; PARADA, 2009; SANTOS, 2009; ALMEIDA, 2012).

3.4 Baixo peso ao nascer

A complicação de baixo peso ao nascer refere-se ao peso ao nascer menor que 2500g. A maior parte dos recém-nascidos de baixo peso apresentam prematuridade e ou retardo do crescimento intrauterino, sendo que os recém-nascidos pré-termos são associados mais frequentemente a fatores biológicos maternos e o retardo do crescimento intra-uterino, a fatores socioeconômicos (FERRARI *et al*, 2013).

O baixo peso ao nascer pode estar relacionado a doenças adquiridas com a idade como: artrite, hipertensão crônica, depressão, câncer e infarto agudo do miocárdio (SASS *et al*, 2011; ANTONIO, 2009; GRAVENA; SANTOS *et al*, 2009).

3.5 Óbito neonatal

Óbito neonatal é definida como morte que ocorre no período neonatal, ou seja, entre 0 e 28 dias após o nascimento (FERRARI, 2013).

Denomina-se período neonatal precoce os sete primeiros dias de vida, e período neonatal tardio as três semanas seguintes. À criança morta dentro deste, dá-se o nome de neomorto, a maioria desses óbitos são devido a outras complicações como: prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções maternas (GAIVA, 2014; RISSO, 2011; FERRARI; SANTOS, 2009).

3.6 Macrossomia fetal

Macrossomia fetal é uma condição que se caracteriza principalmente, pelo excesso de peso do recém-nascido e define um feto grande, com peso superior a 4 kg (GRAVENA *et al*, 2012).

A macrossomia é achado comum nas gestações de multíparas, com idade mínima de 30 anos, maior estrutura e índice de massa corporal (IMC) elevado, que apresentam antecedentes familiares de diabetes e obstétricos de macrossomia fetal,

de intolerância a glicose ou diabetes no pós-parto, e nos fetos do sexo masculino (SANTOS et al, 2009; SASS et al, 2011). Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (CANHAÇO et al, 2015).

A prevalência de diabetes preexistentes e gestacional aumenta de três a seis vezes em mulheres com mais de 40 anos em comparação com mulheres de 20 a 29 anos, os fatores de risco associados ao DMG são: história familiar, DMG prévio ou sobrepeso materno (VIEIRA et al, 2012; SAMPAIO, 2011).

Gestantes que desenvolvem diabetes durante a gestação tem risco mais alto de diabetes mellitus tipo II, obesidade, hiperlipidemia e doença coronariana. Seus filhos apresentam elevada incidência de obesidade e diabetes na vida futura (PARADA et al, 2009).

3.7 Anomalias cromossômicas

Anomalias cromossômicas são alterações no número ou estrutura dos cromossomos durante a divisão celular. À medida em que a mulher envelhece, seus óvulos também envelhecem, tornando-se menos capazes de serem fertilizados pelos espermatozoides (CANHAÇO et al, 2015).

Outro fator a ser ponderado é que a fertilização desses óvulos está associada a um risco maior de alterações genéticas. Alterações cromossômicas, como a Síndrome de Down, são mais comuns em crianças nascidas de mulheres mais velhas. Há um aumento contínuo no risco desses problemas cromossômicos conforme a mulher envelhece. Aos 35 anos o risco de ter um bebê com Síndrome de Down é de 1 em cada 350 (VIEIRA et al, 2012).

Talvez a mais estudada, discutida e conhecida associação entre a idade materna avançada e resultados perinatais, seja o aparecimento de malformações congênitas. É praticamente unânime entre os autores, a opinião de que tais anomalias, sobretudo as decorrentes de aberrações cromossômicas, apresentam frequência que se eleva com a idade materna. É fundamental reconhecer que existe risco para aneuploidias tais como trissomias 13, 18 e 21 nas pacientes com idade superior a 35 anos (GRAVENA et al, 2013).

Existe maior ocorrência de malformações congênitas decorrentes das gestações de mulheres com idade mais avançada. As anomalias consequentes às alterações genéticas aumentam consideravelmente com o avançar da idade das mulheres no momento da gravidez (EMER *et al*, 2011).

3.8 Mortalidade materna

Morte materna segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID- (9º Revisão, 1975), é “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida as causas acidentais ou incidentais”. Está relacionada a complicações no pré-parto, parto e pós-parto, como: Hemorragias, DHEG, pré-eclampsia, entre outras (TRONCON *et al*, 2013; LEITE *et al*, 2011; SANTOS *et al*, 2009).

3.9 Cesárea

A cesariana designa a intervenção cirúrgica efetuada para se extrair o feto através de uma incisão no abdômen e no útero da mãe, quando a realização do parto por via vaginal não é por vários motivos possível, ou quando é considerado perigoso. As gestantes tardias apresentam risco de parto Cesário de 1 a 23 vezes mais alto em relação às gestantes de 20 a 34 anos (GRAVENA *et al*, 2012).

Com a idade tardia da gestação a deterioração da função endometrial é um fator responsável por alguns transtornos no trabalho de parto por isso contribui para o aumento da cesariana nas gestantes dessa faixa etária. A preocupação com os índices elevados de Cesário é que ele representa morbidade materna durante o período Peri natal, aumento das complicações placentárias em gravidez futura, duplicação do risco de mortalidade neonatal, descolamento prematuro de placenta e placenta previa (SANTOS 2009; PARADA, 2009; SOARES, 2009).

3.10 Aborto

Considera-se abortamento a interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação, além disso, é preciso que o feto esteja pesando menos de 500 gramas para definir o episódio como aborto espontâneo ou provocado. Quanto maior a idade da mãe, aumenta-se o risco de aborto (CANHAÇO *et al*, 2015; SOARES, *et al*, 2009).

A chance de aborto aos 40 anos é de 25%, já aos 44 anos pode chegar a 50%, pois o aborto também está relacionado às alterações genéticas ocorridas com o avanço da idade materna. Além disso, após os 40 anos, sobe muito a possibilidade de a mãe ter diabetes gestacional e aumento da pressão arterial, comprometendo a viabilidade fetal (HERCULANO *et al*, 2012; XAVIER, *et al*, 2013).

3.11 Ruptura prematura de membranas

A ruptura prematura de membranas (RPM), é a perda de líquido amniótico antes de iniciado o trabalho de parto, ocorre em 2 a 18% das gestações, causa de 30 a 40% dos partos prematuros e de 20% dos óbitos Peri natais (CANHAÇO *et al*, 2015, SANTOS, *et al*, 2009, GRAVENA *et al*, 2013).

Mulheres com mais de 35 anos apresentam maior chance de ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) devido a polidramnia, macrosomia, gestação múltiplas e incompetência cervical (FERRARI, *et al*, 2015).

3.12 Mortalidade Fetal

Óbito fetal é a morte do produto da concepção, ocorrida antes de sua completa expulsão ou extração do organismo materno, independentemente do tempo da gestação (SOARES *et al*, 2009).

O mecanismo biológico do aumento de morte fetal com idade materna avançada é incerto, mais pode ser atribuído a alguns fatores, como doenças crônicas e complicações médicas ou obstétricas, sendo que mulheres mais velhas tem maior risco de sofrer hipertensão induzida pela gravidez ou diabetes gestacional. Soma-se o já descrito efeito direto do envelhecimento materno, que está relacionado com a deficiência de perfusão placentária causada pela baixa vascularidade uterina (GRAVENA *et al*, 2012).

3.13 Sofrimento fetal

O sofrimento fetal, consiste na diminuição ou ausência da assimilação de oxigênio recebida pelo feto através da placenta, este quadro pode ser agudo ou crônico (PARADA *et al*, 2009).

Além disso, problemas ocorridos no momento do parto como, placenta previa e o descolamento prematuro de placenta, podem resultar em problemas mais severos na oxigenação do feto (SANTOS *et al*, 2009).

3.14 Miomas

Os miomas são formações nodulares que se desenvolvem na parede musculares do útero e comumente são chamados de tumores benignos (CANHAÇO *et al*, 2015).

Ao adiarem a gravidez para depois dos 35 anos, as mulheres se tornam mais vulneráveis ao surgimento de miomas no útero, que atingem até 80% da população feminina, de acordo com os médicos. Esse tipo de tumor, embora benigno, é o principal responsável pelas cirurgias de histerectomia (retirada do útero), que está entre os procedimentos mais comuns da área ginecológica e impossibilita gestações posteriores (SANTOS *et al*, 2009).

Além da gravidez tardia, outros fatores de risco observados na pratica clínica para o aparecimento de mioma uterino são a obesidade e a hipertensão (SANTOS *et al*, 2009).

3.15 Apgar baixo

A escala ou índice de Apgar é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909-1974), medica norte americana, que consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele (COSTA *et al*, 2014).

As gestantes tardias apresentam risco aumentado para índice de apgar menor que 7 no quinto minuto. Essa medida é a mais relevante para avaliar o prognostico do

nascimento (SASS *et al*, 2011). O baixo índice de apgar ao nascimento demonstra as más condições vitais do recém nato e costuma estar associado às gestações em idade materna mais avançada (SANTOS *et al* 2009).

CONCLUSÃO

A gravidez tardia é uma realidade em ascensão no mundo, havendo um crescente interesse pelo tema, porém, com enfoque essencialmente biológico. As principais complicações encontradas nas gestações tardias foram: hipertensão, hemorragia, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito neonatal, macrosomia fetal e anomalias cromossômicas.

A maternidade tardia é um fator de risco gestacional pré-existente, cabendo aos profissionais de saúde terem um olhar especial, buscando reduzir possíveis complicações e o risco de morte materna, podendo assim oferecer uma assistência qualificada e integral.

Portanto, este estudo tem fundamental importância, uma vez que abrange uma temática com crescimento relevante no mundo, o aumento da idade gestacional feminina. Esses resultados podem subsidiar a atenção à saúde no que refere a políticas direcionadas ao público de grávidas nesta faixa etária, com o objetivo de possibilitar uma assistência à saúde que busque desmitificar alguns preconceitos acerca da idade, além de incrementar a atenção básica e a capacitação dos profissionais que atuam com esse público, para auxiliá-los com conhecimentos e práticas sobre esse fenômeno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriana Carvalho *et al*. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.

ALVES, L. A. S. Ser índia e mulher, vivendo na terra má: uma reflexão sobre a questão de gênero indígena. **Congresso de Teologia da PUCPR**. Curitiba, 2011.

ANDRADE, *et al*. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos estudo controlado. **RBGO**. V.26, n.9, p.697-702 2004.

ANTONIO, Maria Ângela Reis de Góes *et al.* Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 153-157, 2009.

ARAÚJO, Breno Fauth de *et al.* Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardios. **Jornal de pediatria**, v. 88, n. 3, p. 259-266, 2012

BARUFFI, L. M. O cuidado cultural à mulher durante a gestação: Uma contribuição para a humanização. **Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, jan. 2004.

BASTOS, Raquel; RAMALHO, Carla; DÓRIA, Soia. Estudo da Prevalência de Anomalias Cromossômicas em Abortamentos Espontâneos ou Mortes Fetais. **Acta Medica Portuguesa**, v. 27, n. 1, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações estratégicas. Gestação de alto risco: **Manual técnico 5. ed. Brasília: Editora do ministério da saúde 2010.**

CABRAL, A C V. Rastreamento de cardiopatias congênitas associadas ao diabetes mellitus por meio da concentração plasmática materna de frutossamina. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 2, p. 66-71, 2010.

CAMACHO, *et al.* Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: Perspectivas de uma gestante. **Cienc. Enferm.** v.16, n. 2, p.115-125 Ag. 2010.

CANHAÇO, Evandro Eduardo *et al.* Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 1, p. 58-64, 2015.

CODATO L A B *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. [dissertação]. **Londrina: Universidade Estadual de Londrina**; 2005.

COSTA, Ana Lucia do Rego Rodrigues *et al.* Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014. DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**, 2. ed., Ed. Difusão, São Paulo, 2009.

EMER, Caroline Soares Cristofari *et al.* Prevalência das malformações congênitas identificadas em fetos com trissomia dos cromossomos 13, 18 e 21. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 7, p. 333-338, 2015.

FERNANDES, Beatriz Boleta *et al.* Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. SPE, p. 192-199, 2015.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta *et al.* Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 531-538, 2013.

FERREIRA, F. G. Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: Um levantamento bibliográfico. **Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**, Minas Gerais, 2011.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 778-786, 2014.

GOLDFARB, M. P.; LEANDRO, S. S.; DIAS, M. D. O “cuidar” entre as calin: Concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB. **Rev. Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 11, n. 33, dez. 2012.

GRANER, Viviane Rodrigues; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 103-109, 2009.

GRAVENA *et al.* Resultados Perinatais em gestações tardias. **Rev. Esc. Enferm. USP** v. 46, n. 1, p. 15-21 2012.

GRAVENA, Angela Andréia França, *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paulista de Enfermagem* 26.2 (2013): 130-135.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**, 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HERCULANO, Marta Maria Soares *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

LEITE, Guilherme Karam Corrêa *et al.* Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 32, n. 4, p. 198-201, 2010.

LEITE, Régia Maria Batista *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011

MEIRELES, *et al.* Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva** v.20, n.7, p.2091-2103 Rio de Janeiro jul. 2015.

MENDES, KDS; SILVEIRA RCCP; GALVÃO, CM. REVISÃO INTEGRATIVA: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem . **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V. N. **Embriologia Clínica**, 6. ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

MÓS, L. Herança cultural no parto. **1. Encontro de Enfermagem de Saúde Materna**. Lisboa, mar. 2013.

PARADA, TONETE. Experiencia da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** V.13, n.2, p. 385-92 2009.

PEIXOTO, *et al.* O pré-natal na atenção primaria: O ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm.VERJ.** v.19, n.2, p. 286-91 Rio de Janeiro abr/jun 2011.

RESENDE, Jorge de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**, 13. ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2014.

RISSO, Susana de Paula; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Fatores de risco para óbito neonatal obtidos pelo modelo de regressão multivariado de Cox. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 208-213, 2011.

SAMPAIO, Ânderson Gonçalves; SOUZA, Alex Sandro Rolland; NORONHA NETO, Carlos. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, p. 125-131, 2011.

SANFELICE, C. *et al.* Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma unidade básica de saúde. **Rev. de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 12, p. 6790-9, dez. 2013.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SASS, Arethusa *et al.* Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 362-368, 2011.

SIMAS, SOUZA, SCORSOLINE-COMIM. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. **Psicol. Teor. Prat.** V.15, n.1, p.19-34 São Paulo jan/abr 2013.

SOARES, Vânia Muniz Néquer *et al.* Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 566-573, 2009.

TRONCON, Júlia Kefalás *et al.* Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2013.

VIEIRA, Maria Salete Medeiros *et al.* Dificuldades para a identificação da causa do óbito fetal: como resolver? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 403-408, 2012.

XAVIER, Rozania Bicego *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

XIMENES NETO, *et al.* Percepção feminina diante da gravidez interrompida: Análise da experiência vivenciadas por mulheres com diagnóstico de abortamento. **Ciênc. Enferm.** V.17, n.1, p.95-103 2011.