

Ser Mãe Depois dos 35 Anos: Será Diferente?

Being a Mother After 35 Years: Will it be Different?



Bárbara MARQUES¹, Francisca PALHA¹, Edgar MOREIRA¹, Sandra VALENTE¹, Margarida ABRANTES¹, Joana SALDANHA¹
Acta Med Port 2017 Sep;30(9):615-622 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.8319>

RESUMO

Introdução: A idade materna avançada corresponde à maternidade depois dos 35 anos. Está associada a maior número de complicações na gravidez e período neonatal e ainda à diminuição da fertilidade. Propôs-se analisar a relação entre idade materna avançada e suas consequências materno-fetais, assim como a percepção materna dos riscos de uma gravidez depois dos 35 anos.

Material e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e comparativo entre dois grupos: Grupo idade materna avançada (idade ≥ 35 anos) e Grupo não-idade materna avançada (idade < 35 anos), efetuado entre março e junho de 2015. Utilizado o teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher e considerado significativo se $p < 0,05$.

Resultados: Das 736 puérperas internadas (32,2% com idade materna avançada), 306 foram incluídas no estudo (153 em cada grupo). No grupo não-idade materna avançada verificou-se um maior número de primíparas ($p < 0,01$). No grupo idade materna avançada observou-se um maior número de abortos espontâneos prévios ($p < 0,001$) e foi superior o recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida ($p < 0,01$), a realização de amniocentese ($p < 0,001$) e o número de partos distócicos, nomeadamente cesarianas ($p < 0,001$). Não se encontraram diferenças em relação à presença de patologia materna na gravidez, malformações congénitas, necessidade de reanimação neonatal ou prematuridade. Quanto à percepção do risco numa gravidez em idade materna avançada, o grupo não-idade materna avançada considerou-o superior ($p < 0,05$).

Discussão: A maior parte das mulheres em idade materna avançada tiveram partos de termo e sem complicações. Os resultados neonatais parecem não ter sido influenciados pela idade materna avançada.

Conclusão: As consequências de uma gravidez em idade materna avançada na nossa amostra não tiveram a mesma expressão clínica que as descritas na literatura. No futuro, a idade materna avançada será possivelmente considerada após os 40 anos.

Palavras-chave: Complicações na Gravidez; Idade Materna; Recém-Nascido; Resultado da Gravidez

ABSTRACT

Introduction: Advanced maternal age is defined as maternity after 35 years old and is associated with more complications during pregnancy and neonatal period as well as decreased fertility. This study aims to examine the relationship between advanced maternal age and their maternal and fetal consequences, as well as maternal perception of the risk of pregnancy after 35 years old.

Material and Methods: Observational, retrospective and comparative study, between two groups: advanced maternal age group (aged ≥ 35 years) and non-advanced maternal age group (age < 35 years), conducted between March and June 2015. Chi-square test and Fisher's exact test were used and considered significant if $p < 0.05$.

Results: Of the 736 women admitted to the hospital (32.2% with advanced maternal age), 306 were included in the study (153 in each group). In the non-advanced maternal age group there was a greater number of primiparous women ($p < 0.01$). In the advanced maternal age group, more previous miscarriages were observed ($p < 0.001$), as well as a higher use of assisted reproductive techniques ($p < 0.01$), preformed of amniocentesis ($p < 0.001$) and dystocia, including caesarean sections ($p < 0.001$). No association was found regarding the presence of maternal complications in pregnancy, birth defects, need for neonatal resuscitation or prematurity. As for the perception of risk in pregnancy, the non-advanced maternal age group considered it to be superior ($p < 0.05$).

Discussion: Most women of advanced maternal age have term deliveries without complications. Neonatal outcomes seem not to have been influenced by the advanced maternal age.

Conclusion: The consequences of an advanced maternal age pregnancy in this sample did not have the same clinical expression as described in the literature. In the future, advanced maternal age will possibly be considered after age 40.

Keywords: Infant, Newborn; Maternal Age; Pregnancy Complications; Pregnancy Outcome

INTRODUÇÃO

A idade materna avançada (IMA) é definida como a maternidade depois dos 35 anos de idade inclusive.¹⁻³

Em Portugal, a idade média materna ao nascimento do primeiro filho tem aumentado nos últimos anos. Enquanto que em 1994 foi de 25,4 anos, em 2004 foi de 27,4 anos e em 2014 de 30 anos. Estes dados estão de acordo com um aumento de 2,1 anos na idade média materna ao nascimento do primeiro filho a cada 10 anos nos últimos 40 anos.⁴

Num hospital perinatal diferenciado da área de Lisboa

a percentagem de mães IMA tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo-se verificado que no ano de 2014 nasceram 681 crianças filhas de mães com idade igual ou superior a 35 anos, o que correspondeu a 31% do total de nascimentos nesse hospital.⁵

A IMA está associada a maior número de complicações na gravidez e no período neonatal. Com o avançar da idade existe uma maior probabilidade de ocorrerem patologias como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Por outro lado, estudos demonstram a existência de maior número

1. Serviço de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Hospital Universitário de Santa Maria. Centro Académico de Medicina de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Bárbara Marques. barbaralsmarques@hotmail.com

Recebido: 16 de outubro de 2016 - Aceite: 11 de abril de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2017



de abortos espontâneos ou nados-mortos, anomalias cromossômicas, malformações congénitas, gestação múltipla, restrição do crescimento intra-uterino, pré-eclâmpsia, anomalias placentárias e partos por cesariana. A IMA também está associada a maior número de complicações neonatais, nomeadamente a maior incidência de baixo-peso ao nascer, parto pré-termo e necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).^{1,2,6-9} Verificou-se no relatório recente do Programa de Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral aos cinco anos de idade de crianças nascidas entre 2001 e 2007 que o risco relativo de paralisia cerebral em filhos de mães com mais de 39 anos foi de 1,54 [intervalo de confiança (IC) 95% 1,095 - 2,16], em comparação com o grupo de mães entre 20 e 29 anos.¹⁰

Sabe-se ainda que a fertilidade diminui com o aumento da idade materna.² À medida que a idade avança, o número de folículos existentes nos ovários e a sua qualidade cromossômica diminui.¹¹ A existência de técnicas de reprodução medicamente assistida cada vez mais desenvolvidas tornou possível a gravidez em idades cada vez mais tardias, contudo, apresentam custos económicos elevados e nem sempre culminam numa gravidez evolutiva. Quando esta ocorre está muitas vezes associada a uma maior morbilidade neonatal, nomeadamente devido a gemelaridade, prematuridade e baixo peso ao nascer.^{2,11,12}

São vários os motivos que levam uma mulher a adiar a gravidez. Fatores como possibilidade de contraceção segura e eficaz, nível educacional mais elevado, carreira profissional, segurança financeira e procura de relações estáveis levam muitas vezes a uma gravidez mais tardia, sobretudo nos países desenvolvidos.^{2,13}

No entanto, a forma como estas mulheres encaram a gravidez tardia pode ser diferente daquela considerada pelos profissionais de saúde. Mulheres mais velhas têm tendência a encarar a IMA tendo em conta as suas expectativas e experiências anteriores, bem como as de outras mães IMA que conheçam, enquanto os profissionais de saúde tendem a fazer uma avaliação mais objetiva e relacionada com a clínica.^{3,14}

Este trabalho teve como principal objetivo analisar a relação entre idade materna avançada e as suas consequências a nível materno e neonatal. Pretendeu-se também analisar a perceção materna dos riscos de uma gravidez acima dos 35 anos de idade.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e comparativo entre dois grupos, utilizando dados clínicos de puérperas e respetivos recém-nascidos internados numa unidade de puérperas de um hospital perinatal diferenciado da área de Lisboa entre 1 de março e 30 de junho de 2015.

A amostra de conveniência foi constituída pelos seguintes grupos: um grupo de puérperas com idade igual ou superior a 35 anos (grupo IMA) e um grupo de puérperas com idade inferior a 35 anos cujo parto tenha ocorrido imediatamente após cada um dos partos do grupo anteriormente

referido (grupo não-IMA).

Foram definidos como critérios de inclusão no grupo IMA os seguintes: internamento da mãe na unidade de puérperas com idade à data do parto igual ou superior a 35 anos e assinatura de consentimento informado. Os critérios de inclusão no grupo não-IMA foram os seguintes: internamento da mãe na unidade de puérperas com idade à data do parto inferior a 35 anos e assinatura de consentimento informado. Os recém-nascidos estavam em alojamento conjunto com a mãe na unidade de puérperas ou em internamento na UCIN. Como critérios de exclusão definiram-se a ausência de assinatura do consentimento informado e questionários incompletos.

A colheita de dados foi obtida por preenchimento de um questionário através de entrevista à puérpera pelo médico aquando da primeira observação clínica do recém-nascido e pela consulta do Boletim de Saúde da Grávida, do processo clínico da puérpera e do processo clínico do recém-nascido.

Os dados recolhidos diziam respeito a antecedentes maternos (idade, nacionalidade, escolaridade, profissão, estado civil, doenças anteriores, hábitos tabágicos, alcoólicos e toxifílicos e consumo habitual de medicamentos), antecedentes paternos (idade, nacionalidade, escolaridade, profissão), história obstétrica (índice obstétrico, abortos realizados), dados relativos à gravidez atual (planeamento, frequência de consulta de infertilidade, métodos de reprodução medicamente assistida, vigilância, patologias durante a gravidez, medicação, resultados de serologias do terceiro trimestre e de ecografias, realização de rastreio bioquímico e de amniocentese), dados relativos ao recém-nascido (generalidade, tipo de parto, idade gestacional, índice de Apgar, sexo, somatometria ao nascer, complicações do parto, malformações congénitas, necessidade de manobras de reanimação), amamentação e perspetivas maternas em relação à gravidez depois dos 35 anos (segurança, motivos do adiamento da gravidez). Foram consideradas doenças anteriores maternas as doenças crónicas segundo a definição da Organização Mundial de Saúde.

Considerou-se como variável independente a idade materna à data do parto. Analisaram-se como consequências maternas de uma gravidez acima dos 35 anos a necessidade de recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida, patologia materna na gravidez, alterações ecográficas, gravidez gemelar, realização de amniocentese e tipo de parto. Como consequências neonatais de uma gravidez acima dos 35 anos foram analisadas a prematuridade, a necessidade de reanimação neonatal, a existência de malformações congénitas no recém-nascido, o baixo peso ao nascer e a necessidade de internamento em UCIN. As consequências de uma gravidez acima dos 40 anos foram também analisadas em dois subgrupos no grupo IMA.

O tratamento dos dados foi realizado com recurso aos programas informáticos *Microsoft Excel 2010*[®] e *SPSS*[®] (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0 para *Windows* (SPSS Inc. Chicago). Foi realizada uma análise descritiva e comparativa dos dados. Na análise

comparativa foi utilizado o teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher e considerado estatisticamente significativo se $p < 0,05$.

Para este estudo foi pedido o consentimento informado a todas as puérperas envolvidas e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da instituição na qual foi realizado, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram internadas 736 puérperas. Destas, 32,2% ($n = 237$) tinham idade igual ou superior a 35 anos. A amostra estudada foi constituída por 153 puérperas em cada grupo (grupo IMA constituído por 64,6% do total de puérperas internadas com idade igual ou superior a 35 anos). A idade mediana materna foi de 37 anos no grupo IMA (máximo 44 anos) e de 30 anos no grupo não - IMA (mínimo 15 anos). No caso do pai, a idade mediana foi de 38 anos no grupo IMA (mínimo 25 anos; máximo 57 anos) e de 31 anos no grupo não - IMA (mínimo 18 anos; máximo 64 anos).

A Tabela 1 mostra a caracterização dos antecedentes da amostra estudada. Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa no total de abortos prévios existentes ($p < 0,01$), nomeadamente no número de abortos espontâneos ($p < 0,001$), superior no grupo IMA. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao número de abortos voluntários ou por indicação médica, quanto à presença de doença crónica materna, nem quanto ao uso de contraceção, apesar de haver uma tendência para menor utilização no grupo IMA ($p = 0,083$).

A análise do enquadramento social da amostra estudada (Tabela 2) revelou um nível de ensino mais elevado no grupo IMA, sendo que em mais de metade do grupo a mãe terminou o Ensino Superior. Por outro lado, neste grupo encontrou-se uma proporção não significativamente maior de pais empregados no momento do parto.

O número de mães solteiras foi superior no grupo não-IMA ($p < 0,01$) e encontrou-se uma tendência para as mães do grupo IMA serem casadas ($p = 0,067$). Neste grupo, a

maioria vive com o pai do bebé ($p < 0,05$).

Dos resultados maternos estudados (Tabela 3), o total de partos distócicos vaginais foi superior no grupo não-IMA ($p < 0,01$) e o de cesarianas superior no grupo IMA ($p < 0,001$). O número total de primíparas foi superior no grupo não-IMA ($p < 0,01$) e no grupo IMA observou-se um significativo aumento de recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida ($p < 0,01$), assim como à realização de amniocentese ($p < 0,001$). Não se encontraram diferenças significativas quanto ao número de partos gemelares.

A existência de patologia materna na gravidez, a presença de alterações ecográficas e o parto eutócico não mostraram diferenças significativas entre os grupos.

Também nos resultados neonatais estudados não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente na prematuridade, na necessidade de reanimação neonatal, na presença de malformações congénitas ao nascer, no número de bebés com baixo peso ao nascer, na necessidade de internamento em UCIN e na alimentação com leite materno na maternidade.

Verificou-se que os recém-nascidos internados na UCIN apresentavam mais quadros patológicos mas distribuídos de igual forma pelos grupos, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Dos cinco recém-nascidos do grupo IMA internados na UCIN, quatro eram prematuros, quatro necessitaram de reanimação neonatal e quatro tinham baixo peso ao nascer. Por outro lado, dos quatro recém-nascidos do grupo não-IMA internados na UCIN, um era prematuro, um necessitou de reanimação neonatal, um apresentava uma malformação congénita (hérnia diafragmática) e um tinha baixo peso ao nascer.

Os motivos profissionais ou socioeconómicos foram no grupo de mães IMA os principais responsáveis pelo adiamento da gravidez (30,3%). Seguiram-se as questões pessoais e da vida conjugal (23,2%), o desejo de ter mais filhos (16,2%) e as dificuldades na conceção e infertilidade (15,5%) (Tabela 4).

A percepção materna das diferenças entre ser mãe antes e depois dos 35 anos foi diferente entre os grupos. Avaliando questões como a noção de maior risco materno ou fetal, maior disponibilidade para o bebé ou noção de maior

Tabela 1 – Caracterização dos antecedentes da amostra estudada

	Grupo IMA n (%)	Grupo não-IMA n (%)	p
Total abortos prévios	70 (45,7%)	41 (26,8%)	< 0,01
Aborto espontâneo	49 (32,0%)	17 (11,1%)	< 0,001
IVG	18 (11,8%)	22 (14,4%)	NS
IMG	4 (2,6%)	1 (0,6%)	NS
Doença crónica materna	51 (33,3%)	43 (28,1%)	NS
Contraceção			
Utilizava	94 (62,2%)	104 (71,7%)	NS
Método hormonal	74 (49,0%)	86 (59,3%)	NS
Método barreira	13 (8,6%)	16 (11,0%)	NS
Outro	7 (4,6%)	2 (1,4%)	NS

IVG: interrupção voluntária da gravidez; IMG: interrupção por indicação médica da gravidez; IMA: idade materna avançada; NS: não significativo

Tabela 2 – Enquadramento social da amostra estudada

	Grupo IMA n (%)	Grupo não-IMA n (%)	p
Hábitos maternos			
Hábitos tabágicos	21 (13,7%)	28 (18,3%)	NS
Hábitos alcoólicos	1 (0,7%)	4 (2,6%)	NS
Hábitos farmacológicos	33 (21,6%)	22 (14,4%)	NS
Hábitos toxifílicos	1 (0,7%)	0 (0,0%)	NS
Nacionalidade mãe			
Portuguesa	132 (86,3%)	124 (82,1%)	NS
Africana	11 (7,2%)	14 (9,3%)	NS
Brasileira	4 (2,6%)	2 (1,3%)	NS
Eslava	6 (3,9%)	4 (2,7%)	NS
Outra	0 (0,0%)	7 (4,6%)	< 0,01
Escolaridade mãe			
Ensino básico	24 (15,8%)	36 (23,5%)	NS
Ensino secundário	46 (30,3%)	52 (34,0%)	NS
Ensino superior	82 (53,9%)	65 (42,5%)	< 0,05
Escolaridade pai			
Ensino básico	23 (15,3%)	38 (25,7%)	< 0,05
Ensino secundário	53 (35,3%)	52 (35,1%)	NS
Ensino superior	74 (49,4%)	58 (39,2%)	NS
Mãe empregada	126 (82,3%)	112 (73,2%)	NS
Pai empregado	140 (92,7%)	131 (87,9%)	NS
Estado civil mãe			
Solteira	1 (0,7%)	10 (6,5%)	< 0,01
União de facto	66 (43,1%)	75 (49,0%)	NS
Casada	84 (54,9%)	68 (44,4%)	NS
Divorciada	2 (1,3%)	0 (0,0%)	NS
Mãe vive com...			
Sozinha	2 (1,3%)	7 (4,6%)	NS
Pai do bebé	151 (98,7%)	143 (93,5%)	< 0,05
Avós	0 (0,0%)	3 (1,9%)	NS

IMA: idade materna avançada; NS: não significativo

responsabilidade e maior experiência na maternidade (Tabela 5), verificou-se que foram as puérperas do grupo não-IMA as que mais pensaram na existência de um maior risco na gravidez mais tardia ($p < 0,05$). Por outro lado, as do grupo IMA referiram um maior cansaço nos cuidados ao bebé ($p < 0,01$), mas maior noção de responsabilidade e experiência ($p < 0,01$).

Particularizando o grupo IMA (Tabela 6), 24 mães tinham idade igual ou superior a 40 anos (15,7%). Verificou-se um maior número de abortos prévios provocados, quer tenham sido por indicação médica ($p < 0,05$) quer voluntários ($p < 0,05$). É também acima dos 40 anos que se verifica menor utilização de contraceção ($p < 0,05$). Neste grupo em particular o número de amniocenteses realizadas foi superior no subgrupo acima dos 40 anos ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Nos países desenvolvidos, a idade em que a mulher engravida, quer seja por motivos clínicos, pessoais, sociais ou profissionais, tem vindo a aumentar progressivamente e as complicações e os riscos associados a uma gravidez IMA foram estabelecidos em múltiplos estudos.^{1,6-9,12-14} No entanto, a perceção das mães em relação a uma gravidez tardia é pouco conhecida.^{3,13-15}

Nos quatro meses em que decorreu este estudo verificou-se que 32,2% ($n = 237$) do total de nascimentos foram de mães com idade igual ou superior a 35 anos, o que está de acordo não só com o que se verificou no total de nascimentos do ano de 2015 no mesmo hospital (32%),⁵ mas também a nível nacional.¹⁶

Pela inclusão no estudo apenas de gravidezes resultantes exclusivamente em nados-vivos, para algumas das variáveis estudadas, nomeadamente a utilização de técnicas

Tabela 3 – Análise dos resultados maternos e neonatais

	Grupo IMA n (%)	Grupo não-IMA n (%)	p
Resultados maternos			
Parto eutócico	61 (40,4%)	60 (40,5%)	NS
Parto distócico vaginal	35 (23,2%)	62 (41,9%)	< 0,01
Parto por cesariana	55 (36,4%)	26 (17,6%)	< 0,001
Patologia materna gravidez	60 (39,2%)	52 (34,2%)	NS
Alterações ecográficas	21 (13,9%)	14 (9,2%)	NS
Primíparas	67 (43,8%)	91 (59,5%)	< 0,01
Gravidez gemelar	6 (3,9%)	9 (5,9%)	NS
Gravidez medicamente assistida	23 (15,1%)	9 (5,9%)	< 0,01
Amniocentese	28 (18,8%)	6 (4,0%)	< 0,001
Resultados fetais			
Prematuridade	13 (8,9%)	10 (6,9%)	NS
Reanimação neonatal	14 (9,1%)	6 (4,0%)	NS
Malformações congénitas	4 (2,6%)	3 (2,0%)	NS
Baixo peso ao nascer	10 (6,9%)	11 (7,4%)	NS
Internamento na UCIN	5 (3,3%)	4 (2,6%)	NS
Aleitamento materno na maternidade	150 (98,0%)	147 (97,3%)	NS

UCIN: unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; IMA: idade materna avançada; NS: não significativo

Tabela 4 – Motivos para a gravidez IMA

	Grupo IMA n (%)
Profissionais/socioeconómicos	43 (30,3%)
Questões pessoais/conjugais	33 (23,2%)
Desejo de mais um filho	23 (16,2%)
Infertilidade/Dificuldade em engravidar	22 (15,5%)
Gravidez não planeada	17 (12,0%)
Doença materna/familiar	4 (2,8%)

Tabela 5 – Perceção materna quanto às diferenças entre uma gravidez antes ou depois dos 35 anos

	Grupo IMA n (%)	Grupo não-IMA n (%)	p
Noção de maior risco materno-fetal	42 (27,8%)	57 (39,3%)	< 0,05
Noção de menor disponibilidade física e maior cansaço para os cuidados ao bebé	38 (25,2%)	19 (13,1%)	< 0,01
Noção de maior responsabilidade, maturidade e experiência	51 (33,8%)	25 (17,2%)	< 0,01

IMA: idade materna avançada; NS: não significativo

de reprodução medicamente assistida, a patologia materna durante a gravidez, a existência de alterações ecográficas, a ocorrência de partos gemelares e a realização de amniocentese, tal condicionou um importante enviesamento. Seria importante terem sido estudadas todas as gestações IMA desde o seu início e não apenas no momento do parto, possibilitando uma contabilização mais fidedigna das interrupções de gravidez e uma perceção mais correta das intercorrências de uma gravidez IMA. No entanto, o desenho deste estudo não permitiu realizar esta análise, devendo-se preconizar um estudo alargado em parceria com os cuidados obstétricos.

O nível de escolaridade é significativamente mais elevado nas mães IMA. Tal poderá refletir um maior investi-

mento na carreira académica e profissional, em detrimento da vida pessoal, levando a uma gravidez tardia. Resultados semelhantes foram referidos na literatura.^{6,7} De facto, este foi o principal motivo a ser referido para explicar o adiamento da gravidez, assim como questões de vida pessoal/conjugual.

Do ponto de vista social, no grupo IMA existe uma maior proporção de mães que vivem com o pai da criança e são mais frequentemente casadas. Estes aspetos poderão estar relacionados com um maior nível de escolaridade e, consequentemente, maior nível socioeconómico e estabilidade financeira. Por outro lado, segundo as mães IMA, a maturidade emocional será uma das principais vantagens entre uma gravidez antes e depois dos 35 anos.

Tabela 6 – Análise do enquadramento social e consequências maternas e neonatais no Grupo IMA

	35A - 39A n (%)	≥ 40A n (%)	p
Total abortos prévios	53 (41,1%)	17 (70,8%)	< 0,01
Aborto espontâneo	40 (31,0%)	9 (37,5%)	NS
IVG	12 (9,3%)	6 (25,0%)	< 0,05
IMG	1 (0,8%)	3 (12,5%)	< 0,05
Contraceção			
Utilizava	84 (66,1%)	10 (41,7%)	< 0,05
Método hormonal	66 (52,0%)	8 (33,3%)	NS
Método barreira	13 (10,2%)	0 (0,0%)	NS
Outro	5 (4,0%)	2 (8,3%)	NS
Hábitos maternos			
Hábitos tabágicos	20 (15,5%)	1 (4,2%)	NS
Hábitos alcoólicos	1 (0,8%)	0 (0,0%)	NS
Hábitos farmacológicos	28 (21,7%)	5 (20,8%)	NS
Hábitos toxifílicos	1 (0,8%)	0 (0,0%)	NS
Escolaridade mãe			
Ensino básico	20 (15,6%)	4 (16,7%)	NS
Ensino secundário	38 (29,7%)	8 (33,3%)	NS
Ensino superior	70 (54,7%)	12 (50,0%)	NS
Escolaridade pai			
Ensino básico	21 (16,7%)	2 (8,3%)	NS
Ensino secundário	43 (34,1%)	10 (41,7%)	NS
Ensino superior	62 (49,2%)	12 (50,0%)	NS
Mãe empregada	109 (84,5%)	17 (70,8%)	NS
Pai empregado	119 (93,7%)	21 (87,5%)	NS
Estado civil mãe			
Solteira	1 (0,8%)	0 (0,0%)	NS
União de facto	57 (44,2%)	9 (37,5%)	NS
Casada	69 (53,5%)	15 (62,5%)	NS
Divorciada	2 (1,6%)	0 (0,0%)	NS
Mãe vive com...			
Sozinha	2 (1,6%)	0 (0,0%)	NS
Pai do bebé	127 (98,4%)	24 (100%)	NS
Resultados maternos			
Parto eutócico	49 (38,6%)	12 (50,0%)	NS
Parto distócico vaginal	31 (24,4%)	4 (16,7%)	NS
Parto por cesariana	47 (37,0%)	8 (33,3%)	NS
Patologia materna gravidez	49 (38,0%)	11 (45,8%)	NS
Alterações ecográficas	20 (15,6%)	1 (4,3%)	NS
Primíparas	60 (46,5%)	7 (29,2%)	NS
Gravidez gemelar	6 (4,7%)	0 (0,0%)	NS
Gravidez medicamente assistida	17 (13,3%)	6 (25,0%)	NS
Amniocentese	18 (14,2%)	10 (45,4%)	< 0,01
Resultados fetais			
Reanimação neonatal	14 (10,8%)	0 (0,0%)	NS
Prematuridade	11 (9,0%)	2 (8,7%)	NS
Malformações congénitas	4 (3,1%)	0 (0,0%)	NS
Baixo peso nascer	8 (6,6%)	2 (8,7%)	NS
Aleitamento Materno na Maternidade	127 (98,4%)	23 (95,8%)	NS

IVG: interrupção voluntária da gravidez; IMG: interrupção por indicação médica da gravidez; A: anos; IMA: idade materna avançada; NS: não significativo

O maior número de amniocentese e de gravidezes medicamente assistidas no grupo IMA encontrado neste estudo vai ao encontro de um maior risco de malformações congénitas e de uma diminuição da taxa de fertilidade, associados à idade materna avançada.^{2,11-15} Por outro lado sabe-se que com o uso de técnicas para ultrapassar uma infertilidade aumenta a taxa de gemelaridade,¹⁷ o que não aconteceu na nossa amostra. A ausência de diferenças significativas em relação a malformações congénitas no recém-nascido ou gemelaridade pode ser devida a um enviesamento dos resultados, uma vez que, tal como referido anteriormente, só foram estudadas as gravidezes que resultaram num nado-vivo.

A gravidez tardia, como dito anteriormente, está associada a riscos e complicações.^{1,6-9,12-14} Tal como descrito na literatura, verificou-se de forma estatisticamente significativa que as mulheres IMA já tinham tido um maior número de abortos espontâneos. Verificou-se ainda um maior número de cesarianas neste grupo, tal como referido em estudos anteriores.^{6,9} Tal poderá estar associado à realização de cesarianas em gravidezes anteriores.

Embora seja encontrada relação estatisticamente significativa em estudos prévios,^{1,6,8} no presente estudo não se verificou relação entre a IMA e malformações congénitas, prematuridade, necessidade de reanimação neonatal ou baixo peso ao nascer. No entanto, durante o período de estudo foram poucos os recém-nascidos que necessitaram de internamento na UCIN e que pertenciam ao estudo, sendo o seu número semelhante em cada grupo. De facto, o internamento em UCIN demonstra um maior grau de morbidade, mas dado o pequeno número da amostra a análise estatística não é conclusiva.

Em relação à percepção das mães sobre uma gravidez tardia, foram realizados poucos estudos anteriores.^{3,13-15} No nosso grupo, quando questionadas acerca das diferenças entre uma gravidez antes e depois dos 35 anos, verificou-se que os riscos inerentes a uma gravidez IMA não são valorizados pela maioria das mães IMA, embora estas tenham a percepção que uma gravidez em idade avançada tem condicionantes diferentes de uma gravidez em idade mais jovem: quando questionadas quanto a fatores condicionantes de ordem emocional ou capacidade física, consideraram a idade como um fator relevante.

A definição de IMA é, na maior parte da literatura, a idade materna igual ou superior a 35 anos.^{1-3,12,13} No entanto, devido às diferenças pouco significativas nas consequências de uma gravidez abaixo dos 35 anos ou entre os 35 e os 39 anos, foi proposto por diversos autores alterar a definição para idade materna igual ou superior a 40 anos.^{7,8} Neste estudo, quando analisado o grupo IMA e estudadas as diferenças encontradas antes ou depois dos 40 anos, verifica-se que estas são a nível do número de abortos provocados, amniocentese realizadas e uso de contraceção. Embora este trabalho não tenha sido dirigido para responder a estas questões, estes resultados poderão estar relacionados por um lado com o aumento do risco de malformações ou existência de patologia, que leva à realização

de amniocentese e possível interrupção da gravidez, por outro lado com a maior taxa de infertilidade e menor sentimento de necessidade de uso de contraceção. Em relação a todos os outros parâmetros avaliados não se encontraram diferenças significativas. No entanto, o grupo de mães com idade igual ou superior a 40 anos integrante neste estudo é pequeno, pelo que seria necessário uma amostra de maiores dimensões para resultados mais conclusivos, nomeadamente com a realização de um estudo multicêntrico.

A principal limitação deste trabalho é a não inclusão de grávidas com idade materna avançada desde o início da gestação, de forma a incluir os abortos (espontâneos, por indicação médica ou voluntários) e os fetos mortos que fossem ocorrendo ao longo da gravidez. Estes dados permitiriam obter um panorama muito mais fiável da gravidez em idade avançada, no entanto foram excluídos à partida pelo desenho do estudo.

É importante enfatizar que a maior parte das mulheres IMA têm partos de termo e sem complicações pré ou pós natais. De forma geral, as taxas de morbi/mortalidade são baixas, o que sugere que a maioria das mulheres tem uma boa experiência da sua gravidez.

No entanto, destaca-se a falta de informação acerca dos riscos de uma gravidez IMA, notável nos dois grupos em estudo. O conhecimento dos riscos poderia alterar as decisões tomadas acerca da melhor altura para engravidar, existindo assim um nicho de atuação no que diz respeito à Saúde Pública.

CONCLUSÃO

As consequências de uma gravidez em idade avançada nesta amostra não tiveram a mesma expressão clínica que as descritas na literatura atual. É possível que a idade a partir da qual se define uma gravidez em idade avançada justifique ser alterada para os 40 anos, tendo em conta as poucas complicações maternas e neonatais que se têm vindo a verificar numa idade mais tardia.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os profissionais de saúde que colaboraram na realização dos questionários e na recolha de dados, bem como a todas as puérperas envolvidas.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Para este estudo foi pedido o consentimento informado a todas as puérperas envolvidas e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da instituição na qual foi realizado, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Ciancimino L, Laganà AS, Chiofalo B, Granese R, Grasso R, Triolo O. Would it be too late? A retrospective case-control analysis to evaluate maternal-fetal outcomes in advanced maternal age. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;290:1109-14.
- Carvalho RM, Araújo C. A gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In: Graça LM, editor. *Medicina materno-fetal.* Lisboa: Lidel; 2010. p. 168-72.
- Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:100.
- Instituto Nacional de Estatística. Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos); Anual. Portal do INE. [consultado 2016 jun 26]. Disponível em: <https://www.ine.pt/>.
- Unidade Coordenadora Funcional Lisboa Norte. Área Materna e Neonatal. Relatório do Ano 2015. Lisboa. ARS; 2015.
- Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery.* 2011;27:793-801.
- Caetano LC, Netto L, Lima Manduca JN. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Min Enferm.* 2011;15:579-87.
- Delpisheh A, Brabin L, Attia E, Brabin BJ. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health.* 2008;17:965-70.
- Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod.* 2000;15:2433-7.
- Virella D, Folha T, Andrada MG, Cadete A, Gouveia R, Alvarelhão J, et al. Vigilância nacional da paralisia cerebral aos 5 anos de idade - crianças nascidas entre 2001 e 2007. Lisboa: FAPPC; 2016.
- Liu K, Case A. Advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol.* 2011;33:1165-75.
- Jackson S, Hong C, Wang ET, Alexander C, Gregory KD, Pisarska MD. Pregnancy outcomes in very advanced maternal age pregnancies: the impact of assisted reproductive technology. *Fertil Steril.* 2015;103:76-80.
- Johnson JA, Tough S. Delayed child-bearing. *J Obstet Gynaecol.* 2012;34:80-93.
- Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nurs J.* 2009;3:33-8.
- Heffner LH. Advanced maternal age - how old is too old? *N Engl J Med.* 2004;351:1927-8.
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas vitais 2015. Lisboa: INE; 2016.
- Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Andersen AN. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod.* 2012;18:29-43.