



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Gravidez em idade avançada: a realidade na Beira Interior

Daniel Tomás Silva Conceição Calado

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Renato Silva Martins

Covilhã, junho de 2017

Agradecimentos

Aos meus pais, que permitiram que eu seguisse a minha vocação.

Ao meu orientador, pelos conhecimentos, prontidão e celeridade facultadas.

À Faculdade de Ciências da Saúde, por me ter acolhido tão bem ao longo destes 6 anos.

Aos meus amigos (e família) da Covilhã, por todo o apoio incondicional ao longo do curso; seria impossível sem vocês.

À Tuna-MUs, Tuna Médica da Universidade da Beira Interior, por fazerem do meu percurso como estudante indescritivelmente mais rico. Foi uma honra crescer ao vosso lado e é um orgulho poder pertencer a esta família.

A todos eles, o meu profundo obrigado.

Resumo

Introdução: Ao longo dos últimos anos tem-se assistido não só a um aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, como também a um aumento da taxa de fecundidade em mulheres acima dos 35 anos. As alterações fisiológicas associadas à idade mais avançada acarretam riscos para a mãe e para o filho, sendo muitas vezes subvalorizadas na prática clínica.

Objetivos: Analisar variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas (relativas à vigilância pré-natal, parto e puerpério) e complicações materno-infantis, em mães com idade igual ou superior a 38 anos. Posteriormente, comparar os resultados encontrados com um grupo controlo composto por mães dos 15 aos 37 anos.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico e observacional. Foram recolhidos dados dos processos médicos das grávidas e respetivos recém-nascidos cujo parto ocorreu entre 2013 e 2015 no Centro Hospitalar Cova da Beira.

Resultados: A amostragem final foi constituída por 184 mulheres com idades entre os 35 e 48 no grupo de estudo e 364 mulheres no grupo controlo. Verificou-se que, apesar da idade, uma percentagem considerável de mulheres no grupo de estudo foi mãe pela primeira vez (42,78%). No que diz respeito à vigilância da gravidez não foram encontradas diferenças significativas. Relativamente à Diabetes Gestacional, apesar da diferença entre os grupos não ser estatisticamente significativa ($\chi^2=2,924$; $p=0,087$), já pode ser considerada sugestiva, uma vez que o *p value* é bastante próximo de 0.05. Foi possível concluir que a distribuição é idêntica entre os dois grupos ($\chi^2=0,318$, $p=0,853$), face ao termo da gravidez. No grupo de estudo houve uma maior percentagem de partos por cesariana (31,1%) relativamente ao grupo controlo (23%), sendo que estas diferenças têm significado estatístico ($\chi^2=6,88$, $p=0,03$). Não foram encontradas diferenças significativas no valor do APGAR tanto ao 1º ($t=-0,048$; $p=0,962$) como ao 5º minuto ($t=-0,312$; $p=0,755$) entre os dois grupos.

Conclusão: A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal. Esta realidade nacional também se faz sentir no Centro Hospitalar Cova da Beira, que apresenta uma quantidade significativa de primíparas de idade acima dos 35. Verificou-se ainda que as grávidas mais velhas apresentam potencialmente maior risco de vir a desenvolver Diabetes Gestacional, assim como de ter um parto distócico por cesariana. Esta mudança no paradigma da realidade clínica deve acarretar consigo uma nova preocupação ao acompanhar as grávidas com idades mais avançadas. A desvalorização dos riscos associados à idade pode ter efeitos deletérios na saúde da mãe e do recém-nascido, razão pela qual se deve apostar na prevenção e seguimentos apropriados. Apenas assim se pode garantir uma evolução e acompanhamento adequados para cada caso.

Palavras-chave

Gravidez, idade materna avançada, efeitos maternos adversos, complicações materno-fetais.

Abstract

Introduction: In the last few years, the mean age of women at first childbirth has been steadily rising alongside with fertility rates among women aged 35 and older. The physiological changes associated with older age entail greater risks to both mother and newborn, most of which are commonly underestimated in clinical practice.

Objectives: To study sociodemographic variables and clinical variables related to pregnancy, delivery and puerperal surveillance, as well as maternal-infant complications, in women with older maternal age (38 and over). The results are compared to those of a control group composed by mothers with ages between 15 and 37.

Methods: This is an observational, analytical and retrospective study. Data was obtained from the files of pregnant women and newborns whose delivery occurred between 2013 and 2015 at Centro Hospitalar Cova da Beira.

Results: The sample is composed of 184 women of ages between 35 and 48 years old as the study group and 364 control group women. It was found that, despite their age, a considerable number of women in the study group were primiparous (42,78%). No significant differences were found between both groups concerning pregnancy follow up. Concerning gestational diabetes, despite the fact that the results were not statistically significant ($\chi^2=2,924$; $p=0,087$), they can be considered highly suggestive, since the *p value* is approximately 0.05. Regarding term pregnancy, the distribution was identical in both group ($\chi^2=0,318$, $p=0,853$). There seems to be a higher prevalence of caesarean delivery in older women (31,1%) when compared to the control group (23%) with these values having statistical significance ($\chi^2=6,88$, $p=0,03$). No meaningful differences were found concerning the APGAR score in both the first ($t=-0,048$; $p=0,962$) and fifth minute ($t=-0,312$; $p=0,755$) between both groups.

Conclusion: Women's mean age at first childbirth has been rising in Portugal over the past few years. This phenomenon can also be seen at Centro Hospitalar Cova da Beira, where there is a significant amount of primiparous women aged 35 and over. It was found that elder pregnant women have a higher risk of developing Gestational Diabetes, as well as ending up with caesarean delivery. This paradigm shift in clinical practice should entail a newfound concern in pregnancy follow-up of elder women. Overlooking the risks associated with older age can have deleterious effects on the health of both mother and child, which is why appropriate prevention and monitoring must be encouraged. This is in order to ensure adequate follow-up for every case.

Keywords

Pregnancy, Late maternal age, adverse maternal outcomes, maternal-fetal complications.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Palavras-chave	vi
Abstract.....	vii
Keywords	viii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Metodologia.....	5
3.1. Tipo de estudo.....	5
3.2. População em estudo.....	5
3.3. Critérios de inclusão.....	5
3.4. Critérios de exclusão	5
3.5. Variáveis em estudo.....	6
3.5.1. Variáveis maternas.....	6
3.5.2. Variáveis neonatais	6
3.6. Tratamento estatístico dos dados.....	7
4. Resultados.....	9
4.1. Variáveis sociodemográficas.....	9
4.2. Variáveis clínicas	9
4.2.1. Vigilância da gravidez.....	10
4.2.2. Parto.....	12
4.2.3. Puerpério.....	13
4.2.4. Recém-Nascido.....	14
5. Discussão	15
6. Conclusão	17
7. Bibliografia.....	19
8. Glossário.....	23

Lista de Figuras

Figura 1: Paridade nas mães em estudo	10
Figura 2: Idade gestacional no parto	12
Figura 3: Recém-nascidos com baixo peso ao nascer.....	14

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caraterização da amostra	9
Tabela 2: Número total de consultas na gravidez	10
Tabela 3: Vigilância da Gravidez.....	11
Tabela 4: Diagnósticos de Diabetes Gestacional	11
Tabela 5: Tipo de parto.....	13
Tabela 6: Lista de Intercorrências	13

Lista de Acrónimos

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

DG - Diabetes Gestacional

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

RN - Recém-Nascido

PA - Pressão Arterial

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

TORCH - Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Simples

1. Introdução

Nas últimas décadas tem-se assistido a um marcado aumento de técnicas farmacológicas e não farmacológicas que conferem cada vez mais opções para diminuir ou aumentar a fertilidade (1). Inicialmente através do uso da contraceção oral, estas alterações têm continuado através da legalização do aborto, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas de fertilização *in vitro* e dos avanços na Obstetrícia que permitem partos cada vez mais seguros.

As mulheres de idade mais avançada são as que mais beneficiam de todas estas medidas, pois todas permitem que se possa ter filhos cada vez mais tarde (1)(2)(3).

Apesar de tipicamente a menstruação (e com ela a ovulação) cessar com a menopausa por volta dos 50 anos (1)(4), estamos a entrar numa era em que é cada vez mais comum encontrar mulheres que escolhem engravidar apenas após a sua quarta ou mesmo quinta década de vida (5); esta escolha em adiar a gravidez é influenciada por várias alterações nos paradigmas sociais, económicos e tecnológicos da sociedade moderna (6).

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, bem como o seu impacto na saúde, levam a que uma gravidez numa mulher com 25 anos não tenha os mesmos riscos que uma gravidez numa mulher com 35 anos ou mais anos (7)(8)(9).

É sabido que as grávidas adolescentes constituem um grupo de alto risco (10), pois ainda se encontram numa fase delicada do seu desenvolvimento biopsicossocial (11); no entanto, as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento têm repercussões ao nível dos vários sistemas do organismo. Desta forma, as mulheres mais velhas são mais suscetíveis a outras patologias, pelo que também constituem um grupo de alto risco (8)(12)(2)(13).

Ainda é pouco compreendido se existem algumas idades específicas nas quais as complicações durante a gravidez e parto começam a aumentar substancialmente (14)(8)(13), razão pela qual ainda não existe consenso sobre a idade materna limite a partir da qual se poderá classificar uma gravidez de “idade avançada”.

Apesar desta dificuldade, já foram descritas várias complicações de saúde associadas a uma gravidez em idades superiores a 35 anos, tais como, maior prevalência de diabetes gestacional (15), maior risco de complicações hipertensivas (16)(17), maior prevalência de partos por via cesariana (18), e suas repercussões no recém-nascido, destacando-se um maior risco de aborto, baixo peso à nascença ou macrossomia e mortalidade perinatal (8)(19)(12).

Este trabalho tenciona salientar os riscos e as complicações duma gravidez e maternidade em mulheres com idades mais avançadas, que tantas vezes passam despercebidos na prática clínica.

2. Objetivos

Este trabalho apresenta os seguintes objetivos:

- Assinalar os partos de mulheres com idade igual ou superior a 38 anos que ocorreram entre o ano de 2013 e o ano de 2015 no Centro Hospitalar Cova da Beira;
- Comparar os casos em estudo com um grupo de controlo, constituído por mulheres com idade inferior a 38 anos;
- Perscrutar em ambos os grupos variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas (relativas à vigilância pré-natal, ao parto e puerpério) e também complicações materno-infantis;
- Explorar os resultados, confrontando-os entre os dois grupos e com a literatura já existente sobre os temas abordados.

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional e analítico, pois limita-se a observar as características dos grupos de estudo, descrevendo-as e estabelecendo relações entre elas.

Em relação ao tempo, é considerado um estudo retrospectivo, dado que o objeto de estudo compreende informação (organizada nos processos clínicos) já existente antes do início da investigação. (20)

3.2. População em estudo

Mães cujos partos ocorreram entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015 e seus recém-nascidos.

3.3. Critérios de inclusão

Para a realização do presente estudo, foram incluídas no grupo de estudo todas as mulheres com idade igual ou superior a 38 anos na data do parto. Para o **grupo controlo** foram incluídas as mulheres com idade inferior a 38 anos à data do parto (inclusivamente mães adolescentes), tendo sido ainda incluídos para este estudo os recém-nascidos das mães pertencentes ao grupo de estudo e os recém-nascidos das mães pertencentes ao grupo de controlo. Foi estabelecido como critério de seleção dos casos do grupo controlo a utilização dos partos ocorridos imediatamente antes e após cada caso do grupo de estudo.

3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos 12 casos do grupo de estudo, e 19 casos do grupo de controlo por dados insuficientes no processo clínico.

3.5. Variáveis em estudo

Foram estudadas diferentes variáveis materno-fetais, desde a fase pré-natal, passando pelo parto, puerpério e avaliação neonatal.

3.5.1. Variáveis maternas

- Idade;
- Estado civil;
- Paridade;
- Número total de consultas;
- Gravidez mal vigiada (menos de seis consultas de seguimento) (21);
- Anemia no 1º, 2º e 3º trimestres (hemoglobina <11 g/dL para mulheres grávidas) (22);
- Diabetes Gestacional (avaliada pela glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal ou pela Prova de Tolerância Oral à Glicose às 24-28 semanas)(23);
- Oligohidrâmnios (24);
- HTA transitória da gravidez (17);
- Pré-Eclâmpsia / Eclâmpsia (17) (25);
- Infecção por *Streptococcus* β-hemolítico do grupo B - (pesquisa feita entre as 35 e as 37 semanas de gestação, colhendo amostra única do 1/3 externo da vagina e anorretal) (21);
- Idade gestacional no parto (distinção entre os partos pré-termo - <37 semanas e os partos de termo - ≥37 semanas) (26)(27);
- Tipo de parto (Eutócico, instrumentado ou cesariana);

3.5.2. Variáveis neonatais

- Sexo;
- Nados mortos;
- Peso;
- Índice de APGAR (1º e 5º minutos);
- Baixo peso ao nascer (peso < 2500g);
- Macrossomia (peso >4000 g) (27);
- Restrição de Crescimento Fetal

3.6. Tratamento estatístico dos dados

A análise dos resultados obtidos neste estudo foi feita com recurso ao software estatístico IBM SPSS Statistics 23 ® e Microsoft Office Excel 2016 ®.

A informação recolhida foi organizada numa base de dados em suporte digital Microsoft Office Excel 2016 ®, a partir da qual foi feita a análise estatística utilizando o software estatístico IBM SPSS Statistics 23 ®.

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização da amostra em estudo recorrendo à análise descritiva das variáveis (frequências absolutas e relativas, medianas, médias e desvios-padrão). Para testar a força de associação entre algumas variáveis, foi calculado o **coeficiente de correlação Ró de Spearman**, para variáveis de nível pelo menos ordinal, e o **coeficiente de correlação de Pearson** entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de rácio/razão).

Posteriormente, recorreu-se a estatística indutiva, testando as hipóteses em estudo a partir do nível de significância estabelecido $p < 0.05$.

Para comparar a distribuição de acontecimentos em função dos grupos etários das mães considerados, a fim de avaliar se as proporções observadas evidenciam ou não diferenças significativas ($p < 0.05$), foi efetuado o **teste de Qui-quadrado**. As médias das variáveis quantitativas contínuas foram comparadas utilizando o **teste t de Student**.

4. Resultados

4.1. Variáveis sociodemográficas

A amostra em estudo é constituída por 548 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 48 anos e com uma média de aproximadamente 32 anos (Média=32,45, Desvio Padrão=7,15).

O grupo de estudo compreende mães de idade superior ou igual a 38 anos. Visto que neste período não se registaram partos em mulheres com mais de 48 anos, o grupo de estudo compreende mães dos 38 aos 48 anos. Obteve-se um total de 184 mulheres com uma idade média de 40 anos (Média=39,67). Aprofundando esta caracterização do grupo de estudo: 110 mulheres (59,8%) tinham entre 38 e 39 anos de idade, 70 mulheres (38%) entre 40 e 44 anos e 4 mulheres (2,2%) entre 45 e 48 anos

No grupo controlo foram incluídas 364 mulheres entre os 15 e os 37 anos, com uma idade média de 29 anos (Média=28,80)

Quanto ao estado civil, no grupo de controlo 77,10% das mulheres são casadas, 3,60% são solteiras e não há registo em 19,30% dos casos. Já no grupo de estudo 80,90% são casadas, 1,10% são solteiras e não há esse dado no processo em 18% das 184 mulheres.

Tabela 1: Caraterização da amostra

Idade	Número (Percentagem)	Média (Desvio Padrão)
15- 37 anos	364 (66,40 %)	28,80 (5,96)
38- 48 anos	184 (33,60 %)	39,67 (1,86)
Total	548 (100%)	32,45 (7,15)

4.2. Variáveis clínicas

No que diz respeito ao número de filhos, a maioria das mulheres do grupo de controlo é primípara (66,48%), sendo apenas 33,52% mães pela segunda vez. Já no grupo de estudo, 42,78% são primíparas e 57,22% são múltíparas (figura 1).

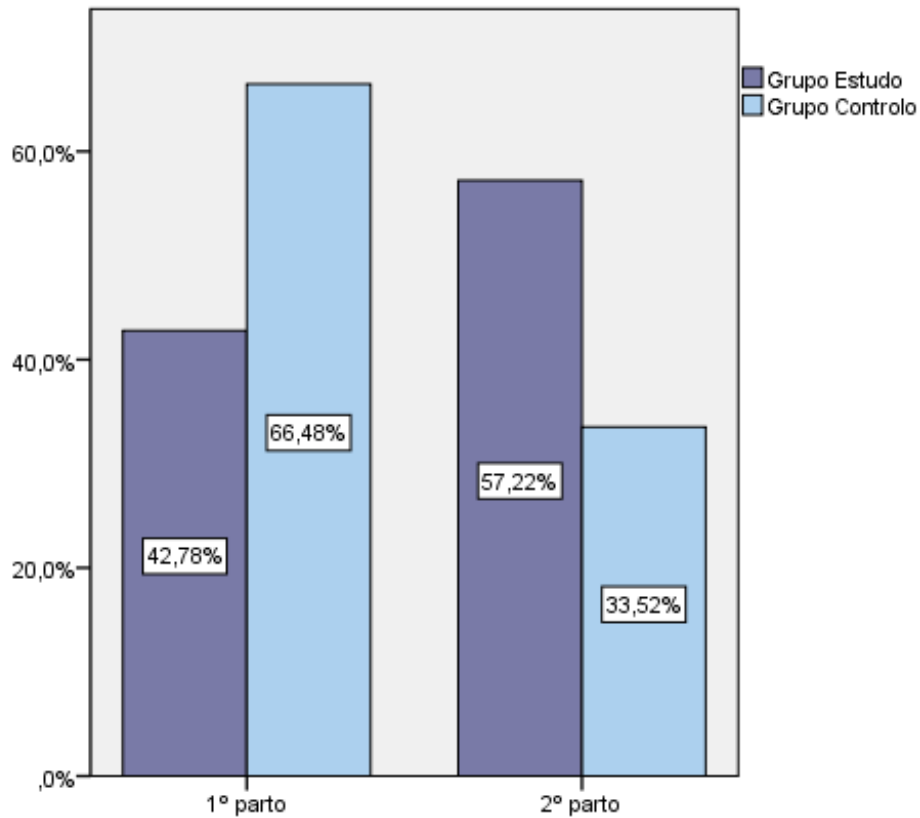


Figura 1: Paridade nas mães em estudo

4.2.1. Vigilância da gravidez

A tabela 2 revela as diferenças entre o número total de consultas nos dois grupos etários e mostra ($t=-0,314$, $p=0,75$), não havendo diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 2: Número total de consultas na gravidez

Idade								<i>t</i>	<i>p</i>
38 - 48 anos (n=184)				15 - 37 anos (n=364)					
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	-0,314	0,75
0	15	8,85	2,40	0	15	8,91	2,34		

No que diz respeito à vigilância da gravidez, como é possível observar na tabela 3, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas do grupo de estudo e as grávidas do grupo de controlo.

Tabela 3: Vigilância da Gravidez

	Idade		Total	χ^2	p
	38 - 48 anos	15 - 37 anos			
Não / Mal vigiada	13 (7,1%)	20 (5,5%)	33 (6%)	0,553	0,465
Bem vigiada	171 (92,9%)	344 (94,5%)	515 (94,0%)		
Total	184 (100,00%)	364 (100,00%)	548 (100,00%)		

Sobre os casos de Diabetes Gestacional, a tabela 4 apresenta os resultados encontrados: foram diagnosticados 52 casos na amostra, 21 casos no grupo de estudo e 23 casos no grupo de controlo. Dentro do grupo de estudo (n=184) estes 23 casos de DG correspondem a 12,5%. Já no grupo de controlo (n=364) os 29 casos de DG correspondem a 8% dos casos. Apesar de a diferença entre os dois grupos não ser estatisticamente significativa ($\chi^2=2,924$; $p=0,087$), já pode ser considerada sugestiva, uma vez que o *p value* é bastante próximo de 0,05.

	Idade		Total	χ^2	p
	38 - 48 anos	15 - 37 anos			
DG na gravidez	23 (12,5%)	29 (8%)	52 (9,5%)	2,924	0,087
Ausência de DG na gravidez	161 (87,5%)	335 (92%)	496 (90,5%)		
Total	184 (100,00%)	364 (100,00%)	548 (100,00%)		

Tabela 4: Diagnósticos de Diabetes Gestacional

Relativamente à presença de Oligohidrâmnios, foram diagnosticados 15 casos na amostra: 5 casos no grupo de estudo (2,8%) e 10 no grupo de controlo (2,7%).

Em relação à Hipertensão arterial transitória da gravidez, foram encontrados 14 casos, 10 no grupo de estudo (5,4%) e 4 no grupo de controlo (1,1%). Tendo em conta o tamanho da amostra, não é possível justificar estas diferenças.

Neste estudo foram ainda encontrados 6 casos de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia: 2 casos no grupo de estudo e 4 no grupo de controlo, correspondendo a 1% dos casos em ambos os grupos.

Foi estudada a presença de Anemia na gravidez, tendo sido detetados apenas 6 casos na amostra: 3 do grupo de estudo e 3 do grupo de controlo. Deve referir-se que não estão aqui contabilizados os casos dos quais não há registo, ou porque estas análises não foram efetuadas ou porque foram feitas no exterior.

Também foi avaliada a presença de Infeção por *Streptococcus* B-hemolítico do grupo B, tendo sido encontrado a sua presença em 14 casos. No grupo de estudo houve 9 (4,9%) casos com pesquisa positiva, e no grupo controlo apenas 5 (1,4%).

4.2.2. Parto

Quanto à idade gestacional no parto, o grupo de estudo tem uma incidência de 6,7% de partos pré-termo e uma incidência de 12,85% de partos pós-termo. Por outro lado, o grupo controlo tem apenas 6,15% de RN nascidos antes das 37 semanas de gestação (figura 2) e 14,53% de RN nascidos após com 42 ou mais semanas de gestação. É possível concluir então que a distribuição é idêntica entre os dois grupos ($\chi^2=0,318$, $p=0,853$), face ao termo da gravidez.

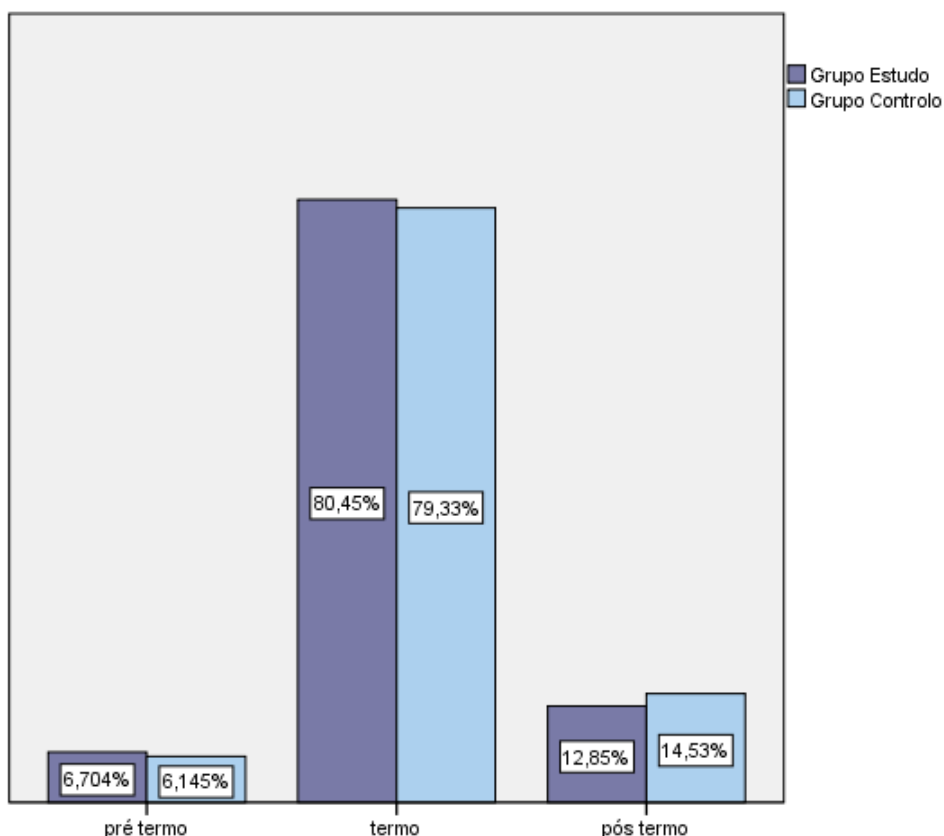


Figura 2: Idade gestacional no parto

Foram também estudadas as diferenças entre os tipos de parto nos dois grupos, sendo estes resultados apresentados na tabela 5. No grupo de estudo houve uma maior percentagem de partos por cesariana (31,1%) relativamente ao grupo controlo (23%), e uma menor percentagem de partos instrumentados, sendo a percentagem dos partos eutócicos idênticas entre os dois grupos (59% e 60,7% respetivamente). Estas diferenças têm significado estatístico ($\chi^2=6.88$, $p=0,03$).

Tabela 5: Tipo de parto

	Idade		Total	χ^2	p
	38 -48 anos (n=183)	15- 37 anos (n=361)			
Cesariana	58 (31,1%)	83 (23%)	141 (25,7%)	6,88	0,03
Eutócico	108 (59%)	222 (60,7%)	330 (60,1%)		
Instrumentado	18 (9,8%)	59 (16,3%)	77 (14,2%)		
Total	184 (100,00%)	364 (100,00%)	548 (100,00%)		

4.2.3. Puerpério

Devido à escassa informação presente nos registos pós-partos, apenas é possível listar as intercorrências relatadas.

Tabela 6: Lista de Intercorrências

Pós-Parto	Frequência	Percentagem
Defeitos de coagulação complicando puerpério	1	0,00
Enovelamento do cordão umbilical	1	0,00
Retenção de partes da placenta ou das membranas sem hemorragia	1	0,00
Transtornos depressivos não complicados	1	0,00
Complicações incisões cirúrgicas obstétricas	2	0,00
Deiscência da incisão perineal	3	0,01
Anemia complicando puerpério	4	0,01
Depressão major pós-parto	4	0,01
Hemorragia pós-parto imediata	4	0,01
Complicação venosa	9	0,02
Sem informação/Ausência de patologia	518	0,95
Total	548	100,0

4.2.4. Recém-Nascido

A amostra conta com 548 RN, das quais 6 resultam de gravidez gemelar (3 pares de gémeos), existindo apenas um nado morto (que se deveu a morte intrauterina devido a incompatibilidade feto-materna, numa mulher do grupo de estudo, com 42 anos). Há 286 RN do sexo masculino e 255 do sexo feminino, não tendo sido possível encontrar informação sobre este parâmetro em 7 RN.

O primeiro dado a avaliar é o índice de APGAR ao 1º e 5º minutos. De notar que não existem diferenças significativas no valor do APGAR tanto ao 1º ($t=-0,048$; $p=0,962$) como ao 5º minuto ($t=-0,312$; $p=0,755$) entre os dois grupos.

Após esta análise, partimos para a distinção dos RN relativamente ao seu peso à nascença, de acordo com a idade das mães.

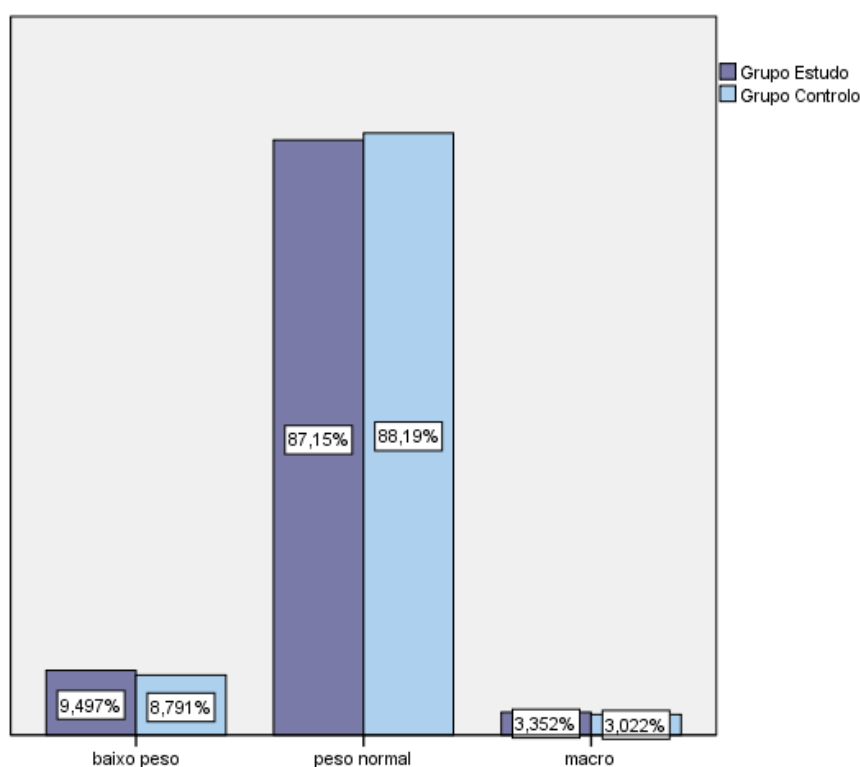


Figura 3: Recém-nascidos com baixo peso ao nascer

Com base na informação da figura 3, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nos casos estudados (baixo peso à nascença, macrossomia, e RN com peso normal). Além dos dados fornecidos pela figura 3, verificou-se que a média de peso dos RN do grupo de estudo era de 3163,85g e que a média de peso dos RN do grupo de controlo era de 3195,17.

Finalmente, foram também diagnosticados 11 casos de RCF, correspondendo a 2,2% do grupo de estudo ($n=4$) e 1,9% do grupo controlo ($n=7$).

5. Discussão

Entre janeiro de 2013 e dezembro de 2016 ocorreram 1704 partos no CHCB. Da amostra total, foram selecionadas 184 mulheres (e respetivos recém-nascidos) para estudo, todas elas com idades compreendidas entre os 38 e 48 anos de idade, na altura do parto.

Ainda que nos últimos anos se tenha assistido a uma diminuição da taxa de fecundidade de uma forma transversal a todos os grupos etários até aos 34 anos, tem-se verificado concomitantemente um fenómeno curioso: a taxa de fecundidade nas mulheres com idade dita “avançada” (com 35 ou mais anos de idade) tem vindo a aumentar (28). Cada vez mais a sociedade moderna caminha para uma população envelhecida, em grande parte devido ao aumento da esperança média de vida, melhoria das condições de vida e da estabilidade financeira. Desta forma, não é surpresa que a decisão de adiar a primeira gravidez tem vindo a tornar-se mais comum, especialmente em países desenvolvidos (29). Dado que no grupo de estudo 80,90% das mulheres são casadas, podemos deduzir que esta procura de estabilidade social e financeira também se reflete na população estudada.

Já foi bem estudada a associação entre a gravidez em faixas etárias mais jovens (especificamente na adolescência) e uma vigilância pré-natal precária (30)(31). Porém, nas mulheres mais velhas, aparentemente esta vigilância e o seu impacto na gravidez ainda se encontra muito pouco estudado na literatura atual, apesar de já se ter concluído que constituem um grupo de risco.

Relativamente ao aparecimento de DG, alguns estudos já identificam como fator de risco uma idade superior a 40 anos (15)(7). Apesar de neste estudo as diferenças encontradas entre os dois grupos não ser estatisticamente significativa ($\chi^2=2,924$; $p=0,087$), já pode ser considerada sugestiva. Este resultado pode dever-se por exemplo, a pouco rigor aquando da realização da PTGO, à desvalorização de valores limite encontrados nalguns casos (levando ao subdiagnóstico desta patologia), ou ainda ao facto de a amostra compreender mulheres com idade inferior a 40 anos, o que pode resultar em viés.

Neste trabalho foi estudada a prevalência de baixa quantidade de líquido amniótico (oligohidrâmnios) e a presença de anemia. No entanto, a escassa quantidade de casos encontrados tanto numa e outra patologia na amostra torna difícil qualquer tipo de conclusão com significância estatística.

Também foram investigadas patologias hipertensivas da gravidez: 14 casos de hipertensão arterial transitória da gravidez foram encontrados, 10 no grupo de estudo (5,4%) e 4 no grupo

de controlo (1,1%), tendo existido ainda 6 casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia - 2 casos no grupo de estudo e 4 no grupo de controlo. Tendo em conta o tamanho reduzido da amostra, não é possível justificar as diferenças encontradas. Contudo, a literatura atual não só já associa idades mais avançadas como grupos de maior risco (32), como prevê um aumento do número de casos de gravidez complicadas por discrasias hipertensivas (25). Tendo em conta o desfecho potencialmente tenebroso destas patologias, a importância do seu diagnóstico e acompanhamento torna-se cada vez maior.

A morbilidade infecciosa foi apenas avaliada pela pesquisa de *Streptococcus* β-hemolítico do grupo B, tendo sido encontrado a sua presença em 14 casos: 9 casos com pesquisa positiva no grupo de estudo (4,9%) e apenas 5 casos no grupo de controlo (1,4%). As diferenças encontradas entre ambos os grupos são mínimas, o que vai de encontro aos estudos feitos que contemplam esta variável (7).

Outro achado consistente com a literatura atual foi o facto de se ter encontrado uma maior percentagem de partos por cesariana (31,1%) nas mulheres mais velhas (18)(33) em comparação com o grupo controlo (23%) - tendo estes achados significância estatística ($X^2=6,88$, $p=0,03$).

Sobre o RN e complicações neonatais, verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos, nas variáveis estudadas (índice de APGAR, baixo peso à nascença, macrosomia, e RN com peso normal). Relativamente ao baixo peso à nascença, verificou-se que os valores encontrados, tanto para o grupo de estudo como para o grupo controlo, não diferem muito da média nacional (8,2%) (34).

Isto difere daquilo que alguns estudos concluem (6)(32): que mulheres com idades mais avançadas possuem um risco maior de virem a apresentar alterações patológicas no seu RN.

Como qualquer trabalho, também este apresenta algumas limitações que não podem deixar de ser referidas: apesar de conter dados relativos a 3 anos, a amostra em estudo pode ser considerada relativamente pequena ($n=184$); neste estudo também não foi estudado o tempo de internamento da mãe e do RN após o parto, não foram estudadas anomalias nas ecografias pré-natais, nem foram avaliadas as infeções TORCH, todas elas variáveis que poderiam originar resultados relevantes.

Por fim, mas não menos importante, convém realçar que este estudo foi o primeiro a ser realizado no CHCB sobre a gravidez em mulheres de idade avançada, tendo por base os processos e registos clínicos. Neste sentido, trata-se de um estudo pioneiro na sua área, podendo vir a ser utilizado como base para futuros estudos realizados sobre este tema.

6. Conclusão

Com base no trabalho efetuado concluiu-se que entre os anos de 2013 e 2015, o CHCB apresentou uma taxa de partos de mães com 38 ou mais anos de aproximadamente 11,5%.

Verificou-se que, apesar da sua idade, quase metade destas mulheres (42,78%) foram mães pela primeira vez, o que reflete a tendência atual da sociedade ocidental em ter filhos cada vez mais tarde.

Constatou-se também que estas grávidas de idade avançada se encontram sujeitas a um risco maior de virem a ter um parto distócico por cesariana, mas que contrariamente àquilo que a literatura atual sugere, os seus RN não se encontraram sujeitos a um risco maior de complicações, o que traduz uma boa qualidade dos serviços prestados.

É essencial que a Ginecologia/Obstetrícia continue a adaptar-se à população que serve, tentando acompanhar alterações na incidência e prevalência de determinadas patologias que advenham do aumento da idade média da mãe ao primeiro nascimento, de forma a melhorar os cuidados que presta, oferecendo um acompanhamento cada vez mais dirigido.

Pelo exposto, o presente estudo revela-se como um documento relevante, que permite caracterizar uma população que recorre aos serviços de saúde, população essa que certamente aumentará de dimensões nos anos vindouros.

Ter filhos é encarado pelo ser humano como um objetivo de vida e a sua não concretização pode assumir dimensões de estigma social, com implicações na autoestima e autorrealização pessoal e familiar.

Mais do que justificar e comparar os resultados obtidos deste estudo com outros estudos realizados, os mesmos podem servir como um farol de esperança, pois está visto que apenas o fator idade não deverá ser utilizado como justificação para não procurar ter filhos, pois com o seguimento e cuidado apropriado, é possível levar uma gravidez saudável e de termo em mulheres que se encontram já na sua 5^a década de vida.

7. Bibliografia

1. Stein Z, Susser M. The risks of having children in later life. *West J Med.* 2000;173(5):295-6.
2. Kirz DS, Dorchester W, Freeman RK. Advanced maternal age: The mature gravida. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1985;152(1):7-12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937885801666>
3. Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, Slater CC, et al. Pregnancy in the Sixth Decade of Life. *Jama* [Internet]. 2002;288(18):2320. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.18.2320>
4. Heffner LJ, Ph D. Advanced Maternal Age – How Old Is Too Old? 2004;1927-9.
5. Hansen JP. Literature Review - Older Maternal Age.pdf.
6. Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ* [Internet]. 2008;178(2):165-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18195290>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2175002>
7. 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(11):2433-7.
8. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2005;105(5, Part 1):983-90. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200505000-00011>
9. Carolan M. Maternal age >45 years and maternal and perinatal outcomes: A review of the evidence. *Midwifery* [Internet]. 2013;29(5):479-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.001>
10. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28(6):604-7.
11. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity Experiences and Practices. *Pediatrics.* 2012;129(5):e1228-37.
12. Bobrowski RA, Bottoms SF. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(6):1764-70.
13. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol.* 2005;105(6):1410-8.
14. Klemetti R, Gissler M, Sainio S, Hemminki E. At what age does the risk for adverse maternal and infant outcomes increase? Nationwide register-based study on first births in Finland in 2005-2014. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(12):1368-75.

15. Rezai S, LoBue S, Henderson CE. Diabetes prevention: Reproductive age women affected by insulin resistance. *Women's Heal* [Internet]. 2016;12(4):427-32. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745505716653691>
16. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens* [Internet]. 2014;4(2):105-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.preghy.2014.01.003>
17. Roberts JM, Druzin M, August PA, Gaiser RR, Bakris G, Granger JP, et al. ACOG Guidelines: Hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012. 1-100 p.
18. Janssens S, Wallace KL, Chang AMZ. Prepartum and intrapartum caesarean section rates at Mater Mothers' Hospital Brisbane 1997-2005. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2008;48(6):564-9.
19. Ross MG, Mansano RZ. Fetal Growth Restriction: Overview, Causes of Intrauterine Growth Restriction, Perinatal Implications [Internet]. *Medscape News and Perspective*. 2013. p. 1-13. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/261226-overview%5Cnhttp://emedicine.medscape.com/article/261226-overview#a3>
20. Universidade do Porto. Desenho de estudo. 2015.
21. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. 2015. 1-112 p. Available from: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
22. Shamsy K, Begum IM, Perumal P. Drug utilization of antimicrobial drug in pediatrics population in a tertiary care hospital in erode, Tamilnadu, India. *Int J PharmTech Res*. 2011;3(3):1530-6.
23. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. Norma da DGS. 2011;(Diabetes):1-7.
24. Moise KJ. Toward consistent terminology: Assessment and reporting of amniotic fluid volume. *Semin Perinatol*. 2013;37(5):370-4.
25. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens J*. 2014;4:105-45.
26. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2015;37(8):740-56.
27. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(2):98-102.
28. INE-PORDATA. Taxa de fecundidade por grupo etário - Portugal. 2016.
29. Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Pregnancy at very advanced maternal age: A UK population-based cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;1-10.

30. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*. 2006;16(2):157-61.
31. Ferreira Simões VM, Moura da Silva AA, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):559-65.
32. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004;104(4):727-33. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200410000-00014>
33. Vercellini P, Zuliani G, Rognoni MT, Trespidi L, Oldani S, Cardinale A. Pregnancy at forty and over: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993;48(3):191-5.
34. Machado M do C, Alves MI, Couceiro ML. Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Port* [Internet]. 2011;42(5):195-204. Available from: http://www.spp.pt/userfiles/file/app/artigos/30/20120206155421_actapedvol42n5.pdf
35. Graça LM da. *Medicina Materno-Fetal*. LIDEL, editor. 538 p.

8. Glossário

Anemia - condição na qual o número de hemácias (e conseqüentemente a sua capacidade de transporte de oxigénio) é insuficiente para manter as necessidades do organismo. Há diferentes etiologias, mas a causa mais comum a nível global é a deficiência de ferro. Embora a determinação do valor da hemoglobina *per se* não faça o diagnóstico de anemia por deficiência de ferro, esta constitui um bom indicador e consegue dar informação relevante acerca da severidade da doença. Nas grávidas é muito comum este tipo de anemia, já que, para além do aumento de volume sanguíneo da mãe, o feto também tem necessidades de ferro. O *cut-off* para diagnóstico é, para adultos do sexo masculino, concentração de hemoglobina <13 g/dL, para mulheres não grávidas, <12 g/dL e para grávidas <11 g/dL. Deste modo, a OMS preconiza a suplementação com ferro de 30 a 60 mg / dia a todas as grávidas, desde o início da vigilância pré-natal até um mês após o parto. (22)

Diabetes Gestacional - O diagnóstico de diabetes gestacional pode ser efetuado em duas fases distintas da gravidez. A primeira corresponde à medição da **glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal**. Se nesta medição se obtiverem valores de glicemia ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L) e <126 mg/dL (7,0 mmol/L), está concretizado o diagnóstico de *diabetes gestacional* e já dispensa a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO). Por outro lado, se a glicemia for ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L) ou ≥ 200 numa medição ocasional (que deve ser repetida para confirmação), o caso deve ser tratado como *provável diabetes prévia à gravidez*. Para todas as grávidas cujo valor na primeira medição tenha sido <92 mg/dL (5,1 mmol/L), é necessária a **Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO)**. Esta prova é efetuada entre as 24 e as 28 semanas de gestação e consiste numa ingestão de 75 g de glicose (diluída em 300 mL de água) e determinação da glicemia às 0, 1 e 2 horas. A grávida deve estar em jejum (8 a 14 horas). Para diagnóstico de *diabetes gestacional* é necessário pelo menos um dos seguintes valores: às 0 horas, ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L); à 1 hora, ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L); às 2 horas, ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L). Caso a vigilância pré-natal se inicie após às 28 semanas, o procedimento é igual (primeiro testa-se com a medição da glicemia em jejum). Todos os casos diagnosticados como diabetes gestacional devem ser encaminhados para consulta hospitalar de Medicina Materno-Fetal para a Diabetes. (23)

Hipertensão arterial transitória da Gravidez - é caracterizada por um aumento transiente da tensão arterial após as 20 semanas de gestação, na ausência de proteinúria associada (17)(16).

Idade Gestacional na 1º consulta - A Direção Geral de Saúde preconiza a realização da primeira consulta de vigilância pré-natal o mais precocemente possível e antes das 12 semanas. (21) Nesta consulta é importante: a recolha da história clínica; avaliação de fatores de risco pré-natal bem como socioculturais; cálculo da idade gestacional e data provável do parto; dados da mãe (peso, altura, IMC, PA, sinais de anemia, edemas, análise sumária da urina); rastreio de situações de violência; motivação e adaptação para a gravidez; vacinação. Antes da consulta é importante realizar a ecografia e as análises do 1º trimestre, iniciar suplementação com ácido fólico e iodo, referenciar os casos para outras especialidades ou para determinados tipos de apoio a nível psicossocial, consoante o caso assim o necessite. Nos casos em que a vigilância seja iniciada mais tardiamente, deve iniciar-se o protocolo com os exames preconizados para o 1º trimestre.

Índice de APGAR - esta escala avalia os RN ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. São pontuados 5 parâmetros de 0 a 2, tendo esta escala o máximo de 10 pontos. Os parâmetros avaliados são: intensidade e regularidade da frequência cardíaca (≥ 100 bpm - 2 pontos; < 100 bpm - 1 ponto; 0 bpm - 0 pontos); maturação pulmonar (respiração regular - 2 pontos; irregular - 1 ponto; sem respiração - 0 pontos); movimentos e tônus muscular (ativo - 2 pontos; moderado - 1 ponto; tônus flácido - 0 pontos); cor da pele/oxigenação (rosada - 2 pontos; cianose periférica - 1 ponto; cianose central e periférica - 0 pontos); resposta reflexa a estímulos irritativos (choro vigoroso - 2 pontos; choro fraco, soluçar - 1 ponto; silêncio - 0 pontos). Considera-se um APGAR baixo se < 7 .

Número total de consultas - a Direção Geral de Saúde preconiza a realização das seguintes consultas: a primeira o mais cedo possível e até às 12 semanas; a cada 4 a 6 semanas até às 30 semanas; a cada 2 a 3 semanas entre as 30 a 36 semanas; a cada 1 a 2 semanas após as 36 semanas, sendo pelo menos uma dessas no hospital (21).

Pré-Eclâmpsia / Eclâmpsia - define-se pré-eclâmpsia como um início recente de HTA (>140 / 90 mmHg), associado a proteinúria (urina 24h com proteínas >300mg, ou relação proteínas/creatinina>0,3) e que se pode complicar com lesão de órgão-alvo, após as 20 semanas de gestação. A sua etiologia é multifatorial. Já a eclâmpsia constitui a forma mais grave dos casos de hipertensão na gravidez, caracterizando-se por disfunção multiorgânica e pelo surgimento de convulsões em grávidas com pré-eclâmpsia, antes, durante ou nas 48h pós-parto (35).

Restrição de Crescimento Fetal - o diagnóstico de RCF é clínico, feito pela ecografia e resulta duma conjugação de fatores. Entende-se por RCF um feto incapaz de alcançar o seu potencial de crescimento geneticamente determinado. Embora muitas vezes os conceitos sejam sobreponíveis, nem todos os fetos Pequenos para a Idade Gestacional são diagnosticados com RCF já que podem ser constitucionalmente pequenos. De todos os fetos pequenos para a idade gestacional, apenas cerca de 40% têm realmente RCF. (19)

