

PERFIL CLÍNICO DA GESTAÇÃO TARDIA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE FRONTEIRA

CLINICAL PROFILE OF LATE PREGNANCY IN A BRAZILIAN BORDER CITY

PERFIL CLÍNICO DEL EMBARAZO TARDÍO EM UM MUNICIPIO FRONTERIZO BRASILEÑO

Chris Mayara Tibes-Cherman¹

Carla Regina Moreira Camargo²

Lucinar Jupir Forner Flores²

Reinaldo Antonio Silva Sobrinho²

Rosane Meire Munhak da Silva²

Adriana Zilly²

(<https://orcid.org/0000-0002-6653-4609>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2998-0404>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4010-7596>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0421-4447>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3355-0132>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8714-8205>)

Descritores

Educação em saúde; Idade materna; Promoção da saúde

Descriptors

Health education; Maternal age; Health promotion

Descriptores

Educación en salud; Edad materna; Promoción de la salud

Recebido

28 de Abril de 2020

Aceito

27 de Maio de 2021

Conflitos de interesse:

Conflitos de interesse: artigo extraído da dissertação de mestrado "PERFIL CLÍNICO DE GESTANTE EM IDADE AVANÇADA: ENFOQUE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE" (2017), do programa de pós-graduação em Ensino da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Autor correspondente

Adriana Zilly
E-mail: aazilly@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em um município de triplíce fronteira. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, do tipo retrospectiva e descritiva. Os dados são de prontuários de mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram por parto no período de 2012 a 2016. Para análise dos dados foi realizado o teste Qui-quadrado.

Resultados: No período ocorreram 2.605 partos de gestações tardias, a maioria era brasileira e multipara e o parto cirúrgico o mais realizado. Quanto ao pré-natal, a maioria realizou. As intercorrências gestacionais mais encontradas foram a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a pré-eclâmpsia. O parto cirúrgico teve maior incidência para prematuridade, baixo peso e como desfecho neonatal, a unidade de terapia neonatal.

Conclusão: O perfil clínico das gestantes estudadas corrobora com outros resultados nacionais. Diante dos resultados evidenciados, destaca-se a importância dos profissionais de saúde conheçam os fatores de risco que as gestantes tardias estão expostas, para atuarem na prevenção de tais agravos.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical profile of pregnant women 35 years of age or older in a triple-border city.

Methods: Quantitative research, retrospective and descriptive. Data are from medical records of women aged 35 years or older who underwent labor from 2012 to 2016. For data analysis, the Chi-square test was performed.

Results: There were 2,605 late pregnancies during the period, most were Brazilian and multiparous and the most performed surgical delivery. Most pregnant women had prenatal care. The most common gestational complications were hypertension, diabetes mellitus and preeclampsia. Surgical delivery had a higher incidence for prematurity, low weight and as a neonatal outcome, the neonatal therapy unit.

Conclusion: The clinical profile of the pregnant women studied corroborates with other national results. Given the evidenced results, it is highlighted the importance of health professionals to know the risk factors to which late pregnant women are exposed to effectively act in the prevention of such diseases.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico del gerente de 35 años o más en el municipio de frontera múltiple.

Métodos: Investigación cuantitativa, retrospectiva y descriptiva. Los datos están listos para mujeres de 35 años o más y que alcanzan el período de 2012 a 2016. Para el análisis de los datos realizados o la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: En el período en que ocurrieron 2,605 partes de contribuciones tardías, la mayoría fueron brasileñas y multiparas y el procedimiento quirúrgico o más realizado. En cuanto a la atención prenatal, la mayoría se realiza. Como las complicaciones gestacionales más comunes fueron hipertensión, diabetes mellitus y preeclampsia. El parto quirúrgico tuvo una mayor incidencia de prematuridad, bajo peso y, como resultado neonatal, una unidad de terapia neonatal.

Conclusión: El perfil clínico de las embarazadas estudiadas se confirma con otros resultados nacionales. En vista de los resultados evidenciados, que muestran la importancia de los profesionales de la salud, los factores de riesgo que se retrasan están expuestos para actuar en la prevención de tales lesiones.

¹Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz de Iguazu, PR, Brasil.

Como citar:

Tibes-Cherman CM, Camargo CR, Flores LJ, Sobrinho RA, Silva RM, Zilly A. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. 2021;12(2):223-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3571

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a gravidez tardia tem se configurado como um fenômeno mundial e, embora os índices de nascimento estejam decrescendo, a média da idade materna tem aumentado constantemente.⁽¹⁻³⁾

O Ministério da Saúde (MS) destaca que a gravidez tardia ou em idade avançada é compreendida como aquela que ocorre em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.⁽⁴⁾

O aumento no número de gestações tardias nos últimos tempos é devido ao crescimento das oportunidades na educação da mulher, maior inserção no mercado de trabalho, o desenvolvimento da medicina reprodutiva, o grande número e efetividade dos métodos contraceptivos e avanços na atenção à saúde.^(3,5)

A gravidez tardia predispõe a maiores riscos obstétricos, decorrente tanto da própria senilidade ovariana, quanto do aumento da associação com doenças crônicas pré-existentes. Com o aumento da idade há uma maior ocorrência de doenças que aumentam o risco de complicações gestacional, tais como: obesidade gestacional, diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, entre outros.^(3,6,7)

Assim, a assistência pré-natal para a gestante com idade avançada deve ser pautada na organização de uma rede de referência ao atendimento da gestante, minimizando as complicações maternas e melhorando os resultados perinatais.^(8,9) Uma das estratégias para alcançar melhoria da qualidade de vida dessa população, é a educação e promoção da saúde que proporcionam a identificação precoce dos fatores de risco, contribui para um melhor desempenho e resolutividade uma vez que atua na prevenção de agravos e o desenvolvimento da responsabilidade da paciente sobre seu estado de saúde, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental nesse tipo de estratégia.⁽⁹⁻¹¹⁾

Nesse escopo, este estudo teve por objetivo identificar e descrever o perfil clínico da gestante com idade igual ou superior a 35 anos em município brasileiro de fronteira.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo retrospectiva e descritiva, realizada por meio de busca de prontuários de gestantes atendidas em uma instituição hospitalar de referência para gestações de alto risco em município brasileiro de fronteira.

O município estudado possui uma instituição hospitalar para atender à gestante de alto risco na 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no sistema privado, trata-se de um município de fronteira com outros dois países.

A população foi composta por todas as mulheres com idade igual ou maior que 35 anos que passaram pelo processo de parto, com realização ou não de pré-natal, na referida instituição hospitalar no período de 2012 a 2016.

Foram excluídas as mulheres submetidas a procedimentos obstétricos como curetagem uterina, cerclagem ou laparotomia por gestação ectópica e faixa etária menor que 35 anos de idade.

A busca de dados ocorreu em 2017, por dois enfermeiros especialistas em obstetria. Para a análise dos dados, elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva. O instrumento foi estruturado, contendo as variáveis descritas a seguir:

- Dados obstétricos: número de gestações (incluindo a atual), tipo de parto atual e anteriores, se houve aborto(s) anterior(es), número de consultas da gestação atual, comorbidades atuais ou anteriores;
- Dados de admissão da gestante: dilatação da cérvix (DC), dinâmica uterina (DU) (presente ou não), batimentos cardíacos fetais (positivo ou negativo), condições da bolsa amniótica (íntegra ou rota), tipo de convênio no hospital (público ou privado);
- Dados do parto: tipo parto (vaginal ou cirúrgico), se houve episiotomia, apresentação do feto, anestesia, intercorrências;
- Dados do recém-nascido: gênero, peso, idade gestacional, intercorrências, destino do recém-nascido após nascimento.

Em relação à nacionalidade, as parturientes foram agrupadas em brasileiras, brasiguaias, paraguaias, argentinas e estrangeiras. Brasiguaios são imigrantes brasileiros, que se estabeleceram no território da República do Paraguai, em áreas que fazem fronteira com o Brasil.⁽¹³⁾

O peso do recém-nascido foi classificado pelo peso ao nascer como: baixo peso (inferior a 2.500g); peso insuficiente (peso entre 2.500 a 2.990g); peso adequado (peso entre 3.000 a 3.999g); excesso de peso ou macrossomia (4.000g ou mais).⁽¹⁴⁾

Para análise da incidência de gestantes em relação às variáveis nacionalidade e convênio, foi utilizado o teste Qui Quadrado para Bondade de Ajuste (Aderência). Na avaliação dos perfis de dados obstétricos e propriamente do parto das gestantes, aplicou-se para cada variável o teste Qui Quadrado para k proporções. Para a frequência de partos entre primigestas e múltiparas foi realizado o teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustados. A frequência de intercorrências no tocante ao número de filhos das mulheres foi avaliada por meio do teste de Qui Quadrado para K proporções. A

avaliação dos problemas associados ao longo do período pré-natal foi realizada por meio da aplicação do teste de Qui Quadrado para Bondade de Ajuste. As características dos recém-nascidos foram relacionadas com o tipo de parto por meio do teste de Qui Quadrado para Independência, seguido do teste de Resíduos Ajustado.

Na intenção de determinar a possível significância, foi adotado um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLStat Versão 2017.⁽¹²⁾

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.009.310 (CAAE 39317914.6.0000.0107).

RESULTADOS

No período de 2012 a 2016, no hospital estudado, ocorreram 21.154 partos, sendo 2.606 (12,3%) em gestantes tardias. Foi possível verificar que no decorrer dos anos analisados, o número de partos em gestantes com idade igual ou superior a 35 anos apresentou um aumento. Nos anos de 2015 e 2016, a taxa total de partos diminuiu, ao mesmo tempo que em gestantes tardias aumentou, como mostra a figura 1.

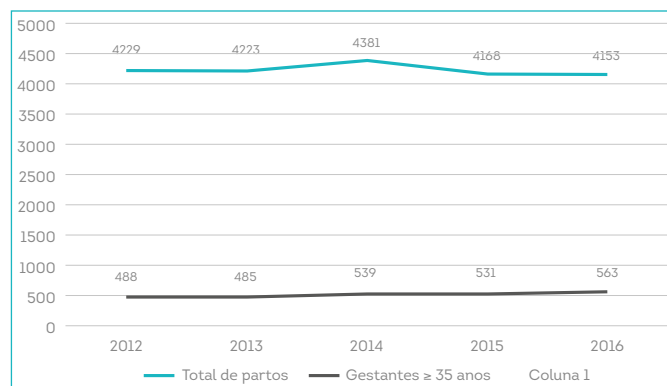


Figura 1. Distribuição de partos totais e de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos em uma instituição hospitalar de referência

Verificou-se que 2.399 (92,1%) das gestantes eram brasileiras, 83 (3,2%) paraguaias, 54 (2,1%) apresentaram dupla cidadania (as chamadas brasiguaias), 31 (1,2%) argentinas, 36 (1,4%) de outra nacionalidade e três não declararam sua etnia.

Quanto ao convênio de internação hospitalar dessas gestantes, (70,9%) ocorreu pelo sistema público. A incidência de gestantes se distribuiu de formas distintas em relação às variáveis nacionalidade e convênio ($p < 0,0001$).

Em relação às variáveis vinculadas aos dados obstétricos, observou-se com 5% de significância estatística que em todas as variáveis analisadas as categorias são estatisticamente distintas ($p < 0,0001$).

Quanto ao número de gestações, 1.667 (64,0%) das parturientes estavam na 3ª gestação ou mais, 635 (24,34%) na 2ª gestação e apenas 304 (11,7%) na 1ª gestação.

Em relação à realização do parto cirúrgico, essa variável foi discretizada em três categorias: nenhum, 1º parto, 2º parto ou mais. Verificou-se que 1.540 (59,01%) das parturientes não tiveram nenhum parto, 683 (26,2%) estavam na 1ª cesárea e 383 (14,7%) estavam na 2ª cesárea ou mais. Foi possível constatar ainda que 1.802 (69,2%) das parturientes não tiveram aborto anterior.

No que tange à realização do pré-natal, 2.509 (98,2%) das gestantes estudadas o fizeram. Quanto ao número de consultas do pré-natal, a maior frequência foi observada das parturientes que foram a sete consultas ou mais (1.704; 65,4%) e a menor frequência (211; 8,1%) daquelas que compareceram de zero a três consultas durante a gestação.

No que se referem às intercorrências clínicas durante o período gestacional, 2.215 (85,0%) das gestantes não apresentaram intercorrências.

No tocante aos problemas associados/intercorrências no período pré-natal, foi possível observar 302 casos, totalizando 12% do total das gestantes tardias. Dentre as gestantes, verificou-se maior frequência de Hipertensão arterial (32,1%), crônica ou gestacional, seguida de 16,6% com Diabetes gestacional e Pré-eclâmpsia 14,2% ($\chi^2=1098$; $p < 0,0001$), dentre outras (Tabela 1). Vale ressaltar que algumas mulheres apresentaram mais de uma intercorrência associada.

Tabela 1. Frequências de problemas associados/intercorrências nas gestantes durante o período pré-natal

Intercorrências	n(%)	p-value*
Hipertensão arterial	97(32,1)	
Diabetes gestacional	50(16,6)	
Pré-eclâmpsia	43(14,2)	
Gemelar	30(9,9)	
Amniorrexe prematura	17(5,6)	
Descolamento prematuro da placenta	16(5,3)	
Macrossomia	16(5,3)	
Oligodramnio	13(4,3)	
Restrição do crescimento intra-útero	9(3,0)	
Descolamento da placenta	6(2,0)	
Hepatite	6(2,0)	
Virus da imunodeficiência humana	6(2,0)	<0,0001
Sangramento	5(1,7)	
Má formação	5(1,7)	
Trombofilia	4(1,3)	
Óbito fetal	3(1,0)	
Placenta Prévia	3(1,0)	
Polidramnio	3(1,0)	
<i>Streptococcus</i>	2(0,7)	
Doença hipertensiva gestacional	2(0,7)	
Mioma uterino	2(0,7)	
Placenta prévia marginal	2(0,7)	
Outras causas**	12(4,0)	

*Teste Qui Quadrado; **Classificadas como "outras causas" aquelas que obtiveram apenas um caso cada: bariátrica, cirurgia da coluna, infecção do trato urinário, hematoma placentário, plaquetopenia, miomectomia, obesidade, síndrome de Hellp, dengue, vírus do papiloma humano, lúpus e insuficiência placentária

Ao avaliar a frequência de tipos de partos entre mulheres primigestas e múltiparas, verificaram-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=27,67$; $p<0,0001$), com significativa maior frequência de parto vaginal entre as múltiparas e mais cirúrgico entre as primigestas (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências de partos em mulheres primigestas e múltiparas

	Primigesta n(%)	Múltiparas n(%)	p-value*
Vaginal	77(25)	943(41)	<0,0001
Cirúrgico	227(75)	1357(59)	
Não especificado	0(0)	2(0,1)	

*Teste de Qui Quadrado para Independência

No total foram avaliadas 304 primigestas e 2.302 mulheres múltiparas. Destas, 22% das primigestas apresentaram intercorrências no período gestacional, seguidas de 12% das múltiparas com tais problemas. Houve diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos de mulheres em relação à frequência de intercorrências ($\chi^2=21,59$; $p<0,0001$) (Tabela 3). As intercorrências mais frequentes se deram entre as primigestas.

Tabela 3. Frequências das intercorrências em primigestas e múltiparas

Categorias	Intercorrências	n(%)	p-value*
Primigesta	Sim	67(22)	<0,0001
	Não	194(64)	
	NA	43(14)	
Múltiparas	Sim	279(12)	
	Não	1647(72)	
	NA	376(16)	

*Teste de Qui Quadrado para k proporções. NA - não especificado

No que se referem aos dados dos recém-nascidos, e empreendendo a associação com o tipo de parto, observou-se que as variáveis Apgar no primeiro minuto, Apgar no quinto minuto e intercorrências não apresentaram diferenças significativas entre as mulheres que realizaram parto cirúrgico ou vaginal ($p>0,05$). Por outro lado, as variáveis, peso, idade gestacional e destino, do recém-nascido apontaram diferenças entre os dois grupos de mulheres ($p<0,05$).

Observou-se que mulheres que realizaram parto cirúrgico apresentaram maior frequência de recém-nascidos com baixo peso (12,2%), prematuros (16,7%), assim como, maior frequência de destino à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (7,1%). Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, houve maior frequência de recém-nascidos com peso superior a 2.500g (90,7%), sendo a maioria a termo (85,2%). A maior parte teve destino para o alojamento conjunto (92,8%) e o óbito (2,2%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequências das características dos recém-nascidos em relação ao tipo de parto (Vaginal ou Cirúrgico)

Variáveis	Categorias	Vaginal n(%)	Cirúrgico n(%)	NA	p-value*
Peso	≤2.500g	90(8,8)	193(12,2)	0	0,005
	>2.500g	925(90,7)	1356(85,6)	0	
	NA	5(0,5)	35(2,2)	2	
Idade gestacional	Prematuro	109(10,7)	264(16,7)	1	<0,0001
	Termo	869(85,2)	1249(78,9)	0	
	Pós-termo	4(0,4)	4(0,3)	0	
Apgar primeiro minuto	NA	38(3,7)	67(4,2)	1	0,581
	<7	63(6,2)	106(6,7)	0	
	≥7	947(92,8)	1455(91,9)	1	
Apgar quinto minuto	NA	9(0,9)	23(1,5)	1	0,202
	<7	24(2,4)	26(1,6)	0	
	≥7	986(96,7)	1536(97,0)	1	
Intercorrências	NA	9(0,9)	22(1,4)	1	0,719
	Sim	34(3,3)	57(3,6)	0	
	Não	984(96,5)	1524(96,2)	1	
Destino	NA	2(0,2)	3(0,2)	1	<0,0001
	Alojamento conjunto	946(92,8)	1428(90,2)	0	
	UCIN	5(0,5)	19(1,2)	0	
	UTIN	43(4,2)	112(7,1)	0	
	Óbito	22(2,2)	15(1,0)	0	
	NA	4(0,4)	10(0,63)	2	

*Teste de Qui Quadrado para Independência. NA - não especificado; UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais; UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a gestação em idade tardia se encontra em ascendência na região estudada, corroborando com estudos nacionais e internacionais.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ Quanto à nacionalidade, a maioria das gestantes internadas no hospital estudado eram brasileiras, mas por ser uma cidade de fronteira com outros países, também houve a presença significativa de gestantes estrangeiras. Deste modo, é preciso repensar sobre a construção de novas políticas de assistência à saúde em contexto transfronteiriço, considerando que essas regiões sofrem influência da mobilidade populacional, que acaba fragilizando o sistema assistencial à saúde materno-infantil.^(13,19)

Em um estudo realizado em São Paulo, os autores reforçam a importância de políticas públicas para o atendimento da saúde da gestante estrangeira, proporcionando assistência mais adequada, tendo a valorização das particularidades culturais.⁽²⁰⁾ Cabe ainda destacar as particularidades existentes em serviços de saúde que atendem pacientes estrangeiros, no que se refere a problemas de comunicação, percepção de atitude negativa por parte da equipe de saúde por não falarem a língua local e a demora nos atendimentos.⁽²¹⁾

Além disso, entre os desafios para o atendimento à gestante estrangeira na região em estudo, encontra-se o grupo formado por brasiguaias, as quais buscam assistência brasileira apenas no momento do parto, fragilizando todo o seguimento

pré-natal e atenção ao nascimento. E na tentativa de resolver tal situação, em 2007, foi criado o Centro Materno-Infantil, com recursos do Sis-Fronteiras, que buscou oferecer livre acesso ao pré-natal para as gestantes brasiguaias.⁽¹³⁾

Ademais, como iniciativa para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), em 2012, implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), que teve como fundamento o marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa ação baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da captação precoce da gestante, seu acompanhamento pré-natal por pelo menos sete consultas, e seguimento da criança até um ano de vida.⁽²²⁾

Neste estudo, apurou-se que 98% das parturientes estudadas fizeram o pré-natal e 65,4% com sete ou mais consultas. Destaca-se a necessidade de acompanhar adequadamente a gestante em idade avançada para prevenir no pré, peri e pós-parto.

A pré-eclâmpsia (PE) e os agravos hipertensivos configuram uma estatística alarmante e ocupam o primeiro lugar como causa de morte materna no Brasil. Embora a idade do grupo estudado tenha variado entre 14 e 50 anos, o risco para o surgimento da pré-eclâmpsia ocorreu em 24,8% da faixa de idade entre 32 a 38 anos, sendo essa faixa etária um risco aumentado, conforme o MS.⁽²³⁾

Em consonância com a RMP, as doenças hipertensivas e as hemorragias são as causas mais frequentes de complicações gestacionais, representando 32,2% das mortes registradas em gestantes.²² Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

Os dados descritos acima corroboram com os achados desta pesquisa, visto que dentre as complicações obstétricas identificadas a HAS foi mais frequente, representando 32,1% de todos os casos. Enquanto a pré-eclâmpsia ocupou a terceira complicação mais frequente representando 14,2% dos casos de complicações obstétricas.

Ainda, nesta pesquisa, dentre as principais complicações entre as gestantes estudadas, encontra-se a diabetes gestacional (16,6% dos casos). Em estudo que teve por objetivo avaliar as alterações epidemiológicas do perfil clínico e prognóstico obstétrico em pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional na Região Central de Portugal, verificou-se que em um universo de 44.593 partos, a incidência de diabetes prévia foi de 4,4%.⁽²⁴⁾ No presente estudo, a existência de diabetes prévia à gestação e de obesas foi praticamente nula, mas provavelmente a estatística desse dado pode ter uma fragilidade, visto que, por se tratar de um

banco de dados secundário, as anotações podem não ter sido fiéis, mas corrobora com a tendência de outros estudos.

Em estudo realizado em 2017, percebeu-se que a maioria das gestantes infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) descobriram sobre a doença durante o período gestacional.⁽²⁵⁾ Nesse período, o aconselhamento e o teste anti-HIV são essenciais e integram os cuidados no pré-natal. No entanto, muitos profissionais ainda não estão preparados para realizar o aconselhamento, sendo necessária a implementação de estratégias de educação permanente que possam sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos com essa assistência. As gestantes com HIV precisam sentir-se acolhidas nos serviços de saúde e ter conhecimento para tomada de decisões com responsabilidades, visando a sua qualidade de vida e à segurança do recém-nascido. No presente estudo, obteve-se uma taxa de 2% de casos de HIV entre as gestantes estudadas.

Na cidade cenário desta pesquisa, realizou-se um estudo anterior no ano de 2008 a 2012 e encontrou que a faixa etária de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos teve uma porcentagem de 51,7% de casos notificados de HIV. As peculiaridades do município em questão pode ser um fator a contribuir para a expansão da AIDS nessa população.⁽²⁶⁾

No campo assistencial, deve-se pensar na valorização da abordagem às gestantes mais velhas com a sensibilização dos profissionais para a importância das questões que envolvem essas gestantes e também a criação de grupos específicos juntamente com a equipe multiprofissional.⁽³⁾ O fortalecimento das iniciativas governamentais, com vistas às necessidades das mulheres que engravidam em idade avançada, visa fomentar a construção de políticas públicas que englobem um cuidado especializado a essas mulheres.

Vale ressaltar que os partos cirúrgicos são bastante frequentes na faixa etária avançada. Segundo o Ministério da Saúde, a cesariana eletiva tem indicação na existência de mais de duas cicatrizes anteriores, em situações de emergência e sofrimento fetal.⁽⁴⁾

Neste estudo, pode-se observar diferenças estatísticas significativas, com maior frequência de parto vaginal entre as multíparas e mais cirúrgico entre as primigestas. Ainda assim pode-se observar uma alta porcentagem de partos cirúrgicos no total de partos avaliados. Em um estudo retrospectivo que analisou dados registrados no SINASC sobre as taxas de cesariana, especificamente entre as mulheres com mais de 35 anos, observou-se que o risco de cesariana foi 1,68 vezes mais alto em relação aos partos em mulheres entre 20 a 34 anos. Vários motivos podem interferir e explicar essa maior incidência em gestações tardias, tais como doenças associadas, indicações obstétricas

e complicações fetais. A deterioração da função biometria com o passar dos anos é outro fator que pode interferir em alguns transtornos do trabalho de parto.⁽²⁷⁾

Há estudos que apontam a falta de apoio dos profissionais de saúde no momento da realização das consultas pré-natais, no que se refere à orientação e esclarecimento das vias de parto. Nesse momento, os profissionais de saúde representam um papel importante como educador, oferecendo apoio e segurança às gestantes, fazendo que a mulher conheça seus direitos e decida de forma segura a via de parto.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Diante desses dados, pode-se dizer que as altas taxas de cesarianas encontradas no presente estudo já eram esperadas, uma vez que a pesquisa foi realizada com gestantes acima de 35 anos. As gestações tardias apresentam maiores taxas de partos prematuros e de cesariana, pois as próprias complicações a que estão expostas pode requerer a interrupção prematura da gestação, provocando aumento na incidência de partos operatórios.

Nesse contexto, ao conhecer a situação clínica das gestantes, pode-se apontar ações e estratégias de educação em saúde para promover a promoção da saúde e fortalecer o vínculo dessas mulheres com a equipe de saúde, com um acolhimento mais humanizado. Além disso, possibilitar a realização de rodas de conversa na sala de espera, promovendo a troca de experiências entre elas, levando-as a falar sobre suas dúvidas, angústias, medos e a escutar outros relatos, gerando reflexões, questionamentos, novos aprendizados e empoderamento das gestantes tardias.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar o perfil clínico das gestantes com idade igual ou superior a 35 anos que passaram pelo parto em uma instituição hospitalar. O perfil clínico das gestantes estudadas, corrobora com outros resultados nacionais. Diante dos resultados evidenciados, é importante destacar que os profissionais de saúde devem conhecer os fatores de risco aos quais as gestantes tardias estão expostas, não só para saber conduzi-las de modo a diminuir esses riscos, como também saber orientar sobre os riscos e

benefícios em uma abordagem pré-concepcional. Defende-se a necessidade de se investir na qualificação de profissionais para prestar um atendimento mais humanizado durante o pré-natal, com um olhar voltado para gestantes estrangeiras, para que se sintam acolhidas e comprometidas durante esse processo. O acesso e o acompanhamento adequado à saúde podem minimizar complicações obstétricas e promover melhora na qualidade de vida. Para isso, devem-se incluir ações de educação em saúde que podem ser feitas por meio de rodas de conversa, folhetos informativos, acolhimento individual, desde que sua metodologia e práticas sejam constantemente revistas. Neste cenário, destaca-se o papel do profissional enfermeiro desde sua atuação na Rede de Atenção Básica, até os serviços de alta complexidade, colaborando com seus conhecimentos nas mais diversas áreas, como ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Contribuições

Chris Mayara Tibes-Cherman: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Carla Regina Moreira Camargo: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Lucinar Jupir Forner Flores :a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Reinaldo Antonio Silva Sobrinho:a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Rosane Meire Munhak da Silva: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Adriana Zilly: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Cooke A, Mills TA, Lavender T. Informed and uninformed decision making - Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(10):1317-29.
2. Ojule JD, Ibe VC, Fiebai PO. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. *Ann Afr Med*. 2011;10(3):204-8.
3. Aldrighi JD, Wal ML, Souza SR, Cancela FZ. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):509-18.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

- [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
5. Welbi E, Chalmers A, Holly Y. Delayed motherhood: understanding the experiences of women older than age 33 who are having abortions but plan to become mothers later. *Can Fam Physician*. 2012;58(10):588-95.
 6. Dakov T, Dimitrova V. Pregnancy and delivery in women above the age of 35. *Akush Ginekol*. 2014;53(1):13-20.
 7. Alves NC, Feitosa KM, Mendes ME, Caminha MF. Complications in pregnancy in women aged 35 or older. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0042.
 8. Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RG. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. *Einstein*. 2015;13(1):58-64.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
 10. Maciel VS, Dornfeld D. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência hospitalar ao parto. *Enferm Foco*. 2019;10(4):148-52.
 11. Kessler M, Thumé E, Duro SM, Tomasi E, Siqueira FC, Silveira DS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017389.
 12. Addinsoft. Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02. Licença ID 43894 (Node-lock).
 13. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(7):2135-45.
 14. World Health Organization (WHO). Statement on Caesarean Section Rates. Geneve: WHO; 2015 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/?sequence=3>
 15. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril*. 2015;103(5):1136-43.
 16. Teixeira EC, Gurgel HM, Monteiro DL, Barmpas DB, Trajano AJ, Rodrigues NC. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil - análise da frequência entre 2006 e 2012. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2015;14(1):6-11.
 17. Waldenström U. Postponing parenthood to advanced age. *Ups J Med Sci*. 2016;121(4):235-43.
 18. Pinheiro RL, Areia AL, Pinto AM, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy. A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 2019;32(3):219-26.
 19. Aikes S, Rizzotto ML. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00182117.
 20. Castro CM, Oliveira RC, Custódio MC. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. *Civitas*. 2015;15(2):e59-74.
 21. Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Rev Direito Sanit*. 2011;12(1):90-114.
 22. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Secretaria da Saúde - Governo do Estado do Paraná [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 26]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf
 23. Amorim FC, Neves AC, Moreira FS, Oliveira AD, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(4):1574-83.
 24. Fernandes RS, Simões AF, Figueiredo AC, Ribeiro AR, Aleixo FM, Aragues SM, et al. Prognóstico obstétrico de pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(11):494-8.
 25. Lima SS, Silva LC, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciênc Saúde*. 2017;10(1):56-61.
 26. Mombelli MA, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. AIDS epidemic in the triple frontier: subsidies for professional practice. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):371-8.
 27. Gravena AA, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MD, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):130-5.
 28. Silva SP, Prater RC, Campelo BQ. Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na Escolha da Gestante. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):1-9.
 29. Junqueira TI, Coelho AS, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NA. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde e o conhecimento de seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm Foco*. 2019;10(4):67-72.
 30. Albuquerque NL, Mendonça EF, Guerra MC, Silva JC, Lins HN. Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. *Rev Ciênc Plur*. 2019;5(1):34-51.