

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARIA LUCIENE ALVES ALCÂNTARA

**MOTIVOS QUE LEVAM À ESCOLHA DE UMA
GRAVIDEZ TARDIA E A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM SUAS COMPLICAÇÕES**

**PATOS DE MINAS
2009**

MARIA LUCIENE ALVES ALCÂNTARA

**MOTIVOS QUE LEVAM À ESCOLHA DE UMA
GRAVIDEZ TARDIA E A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM SUAS COMPLICAÇÕES**

Monografia apresentada à Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Elizaine
Aparecida Guimarães Bicalho

**PATOS DE MINAS
2009**

618.3-06 ALCÂNTARA, Maria Luciene Alves
A347g Motivos que Levam à Escolha de uma
Gravidez Tardia e a Assistência de enfermagem em
suas Complicações / Maria Luciene Alves Alcântara -
Orientadora: Prof. Esp. Elizaine Aparecida
Guimarães Bicalho. . Patos de Minas: [s.n.], 2009.
53p.

Monografia de Graduação – Faculdade
Patos de Minas
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Gravidez tardia 2. Motivos 3.
Consequências 4. Pré-natal 5. Assistência de
Enfermagem

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

MARIA LUCIENE ALVES ALCÂNTARA

MOTIVOS QUE LEVAM À ESCOLHA DE UMA GRAVIDEZ
TARDIA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SUAS
COMPLICAÇÕES

Monografia Aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientadora:

Profª. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho
Faculdade de Patos de Minas - FPM

Examinador:

Prof...
Faculdade de Patos de Minas - FPM

Examinador:

Prof...
Faculdade de Patos de Minas - FPM

DEDICO este trabalho a Deus que me concedeu a inteligência necessária para a sua execução. Sem Ele nada seria possível e nada se realizaria. Aos meus pais e aos meus irmãos, que me ensinaram a ser digna e me apoiaram nas minhas decisões. Ao meu marido, pelo incentivo, carinho, amor, companhia e, acima de tudo, por entender a minha ausência, não medindo esforços para que eu chegasse até essa etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e sabedoria que me concebestes, por esta oportunidade de aprendizado, pelo seu amparo em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais Noé e Dalva e aos meus irmãos, Lucimar, Luciano e Lucélia, que me incentivaram e me apoiaram sempre, acreditaram no meu potencial e me ensinaram a batalhar com muita dignidade.

Ao meu marido Krigher, que sempre esteve junto de mim, me incentivando e apoiando minhas decisões.

A minha cunhada Bel que me auxiliou em vários momentos de dificuldades durante a realização deste trabalho.

Aos meus mestres, pelos ensinamentos proferidos e pelos exemplos de respeito e dedicação ao paciente e à enfermagem e que me ajudaram com os conhecimentos que foram imprescindíveis na conquista dessa vitória.

A minha orientadora Elizaine, pela preciosa colaboração no trabalho, pois, com seu apoio, proporcionou-me mais conhecimento. Sempre esteve comigo nas horas de dúvida, dando sugestões com muita dedicação.

A professora do TCC Luciana, pela sua competência, sabedoria e paciência.

Ao coordenador do curso de enfermagem e do estágio, José Henrique, e a todos os supervisores de estágio que muito me apoiaram nas horas de dificuldades e que muito contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

Um amor mais forte que tudo, mais obstinado que tudo, mais duradouro que tudo, é somente o amor de mãe.

Paul Raynal

RESUMO

Atualmente, muitas mulheres têm deixado o sonho de ser mãe para mais tarde e os motivos são muitas vezes a formação universitária, carreira profissional e estabilização financeira. Assim é bastante comum encontrar mulheres que resolveram adiar a maternidade e começaram a planejar uma gravidez apenas por volta dos 40 anos de idade. Contudo, a gravidez depois dos 40 anos é cercada de muitas dúvidas, principalmente no que tange à dificuldade da mulher engravidar nesta faixa etária e aos riscos que esta gestação oferece à grávida tardia. Diante dessa questão, esse estudo teve como objetivo apresentar a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento da gravidez tardia. Este trabalho foi realizado através da revisão literária, de forma descritiva e qualitativa. No desenvolvimento deste trabalho foram proferidos comentários acerca da importância da realização do pré-natal; sobre os motivos que estão levando as mulheres a optarem por engravidar depois dos 40 anos; sobre as consequências da gravidez tardia, conceituando-se alguns riscos associados à gravidez tardia, que são: descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, abortamento, *diabetes mellitus*, síndromes hipertensivas na gravidez e parto prematuro; bem como se desenvolveu um estudo detalhado acerca da assistência do enfermeiro durante o pré-natal e suas atuações frente às possibilidades de complicações. A partir da revisão literária realizada percebeu-se que a assistência do enfermeiro na gestação tardia é de extrema importância, tendo-se em vista que ele é o profissional com o qual as gestantes têm contato direto, devendo este, prestar a assistência de enfermagem na gestação tardia, no pré-natal e na assistência às complicações. A principal intervenção do profissional de enfermagem é manter uma relação inicial de cordialidade, respeito e atenção a gestante tardia e aos seus acompanhantes durante a assistência prestada, visando, com essa atitude, transferir à grávida segurança, tranquilidade e confiança no profissional.

Palavras-chave: Gravidez tardia. Motivos. Consequências. Pré-natal. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Currently, many women have left the dream of being a mother for later and the reasons are often university education, career and financial stabilization. So it is quite common to find women who decided to postpone motherhood and only began to plan a pregnancy until a child about 40 years of age. However, pregnancy after age 40 is surrounded by many questions, especially regarding the difficulty of women in woman to conceive at age and to the risks that this gestation offers the delayed pregnant woman.. Faced with this question this study was to present the importance of the nurse in monitoring late pregnancy. This work was carried out through literature review, a descriptive and qualitative. In this work woven to comments about the importance of completing the prenatal, about the reasons that are driving women to choose to become pregnant after age 40, about the consequences of late pregnancy conceptualized to be risks associated with late pregnancy , which are placental abruption, abortion, *diabetes mellitus*, hypertensive disorders in pregnancy and premature birth, and developed a detailed study of nursing care during the prenatal and their actions when the possibility of complications. From the literature review conducted it was observed that the assistance of the nurse in late pregnancy is extremely important, keeping in mind that he is a professional with whom mothers have direct contact, and this should provide assistance in nursing late pregnancy, prenatal care and complications. The principal of the nursing professional is to maintain an initial list of warmth, respect and care of late pregnant and their carers over the assistance provided for with this attitude transfer pregnant safety, comfort and trust in the profession.

Keywords: Pregnancy late. Reasons. Consequences. Prenatal. Nursing Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Tipos de placenta prévia. A - central. B - parcial. C - marginal.28
- Figura 2 - Intercorrências perinatais na gestante diabética. SDR= Síndrome do desconforto respiratório.....31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Complicações mais frequentes do DPP	27
Tabela 2 - Classificação etiológica da <i>diabetes mellitus</i> segundo a ADA	29
Tabela 3 - Classificação da hipertensão na gravidez	32
Tabela 4 - Evidências de gravidez	38
Tabela 5 - Outros fatores associados ao parto prematuro	47

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIU	-	Atraso de Crescimento Intrauterino
ACOG	-	American College of Obstetricians and Gynecologists
ADA	-	<i>American Diabetes Association</i>
DM	-	<i>Diabetes Mellitus</i>
DPP	-	Descolamento Prematuro da Placenta
DUM	-	Determinação da Data da Última Menstruação
FCF	-	Frequência Cardíaca Fetal
GIG	-	Lactentes Grandes para a Idade Gestacional
Hb	-	Nível de Hemoglobina
HELLP	-	Hemolysis; Elevated Liver Enzymes; Low Platelets
HIG	-	Hipertensão Induzida pela Gravidez
Ht	-	Hematócrito
IBGE		Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPGO	-	Instituto Paulista de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução
PE	-	Pré-eclâmpsia
PP	-	Placenta Prévia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 GRAVIDEZ TARDIA BREVES CONSIDERAÇÕES	16
1.1 Motivos que Levam as Mulheres a Adiar a Maternidade	18
1.2 Importância do Pré-natal	20
1.3 Importância da Atividade Física	21
2 CONSEQUÊNCIAS DE UMA GRAVIDEZ TARDIA	25
2.1 Descolamento Prematuro da Placenta	26
2.2 Placenta Prévia	27
2.3 Abortamento	28
2.4 <i>Diabetes Mellitus</i> na Gravidez	29
2.5 Síndromes Hipertensivas na Gravidez	32
2.5.1 Hipertensão induzida pela gravidez (HIG).....	32
2.5.1.1 Pré-eclâmpsia.....	33
2.5.1.2 Eclâmpsia.....	34
2.5.2 Hipertensão crônica de qualquer etiologia	34
2.5.3 Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia associada à hipertensão crônica	35
2.5.4 Hipertensão transitória	35
2.5.5 Doenças hipertensivas não classificáveis	36
2.6 Parto prematuro	36
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ TARDIA	37
3.1 Assistência Pré-natal	37
3.2 Assistência nas Consequências da Gravidez Tardia	41
3.2.1 Descolamento prematuro da placenta.....	41
3.2.2 Placenta prévia.....	42
3.2.3 Abortamento.....	43
3.2.4 <i>Diabetes mellitus</i> na gravidez.....	44

3.2.5	Síndromes hipertensivas na gravidez.....	45
3.2.6	Parto prematuro.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS		49
REFERÊNCIAS.....		51

INTRODUÇÃO

Quanto mais jovem for a mulher, mais condições o corpo tem para engravidar. A melhor idade para ser mãe, do ponto de vista biológico, é entre os 18 e 30 anos, pois, com o passar dos anos a capacidade reprodutiva diminui e, após os 38 anos, essa diminuição se acentua, em virtude da menor quantidade e da pior qualidade dos óvulos.

Entretanto, atualmente muitas mulheres têm deixado o sonho de ser mãe para mais tarde e os motivos são muitas vezes a formação universitária, carreira profissional e estabilização. Assim é bastante comum encontrar mulheres que resolveram adiar a maternidade e começaram a planejar uma gravidez apenas por volta dos 40 anos de idade. Contudo, a gravidez depois dos 40 anos é cercada de muitas dúvidas, principalmente no que tange à dificuldade da mulher engravidar nesta faixa etária e aos riscos que esta gestação oferece à grávida tardia.

Um estudo desenvolvido pelo IBGE, em seu último censo, o censo 2000, revela que o número de mães com mais de 40 anos no Brasil cresceu 27% entre 1991 e 2000, sendo a principal razão para esse quadro a prioridade com a carreira (IBGE, 2008).

Diante de tal fato, atualmente as mulheres tem se casado por volta dos trinta anos. Seu primeiro filho nasce na idade em que suas mães e avós estavam tendo o último filho, o que tem feito com que a gravidez nessa idade tenha se tornado uma situação completamente normal nos dias de hoje.

Portanto, estas mulheres correm mais riscos em suas gestações. As mulheres que engravidam após os 40 anos aumentam os riscos de apresentarem hipertensão, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e *diabetes*.

Diante do exposto anteriormente, fez-se necessário o estudo deste tema, visto que a mulher que opta por engravidar após os 40 anos precisa conhecer os fatores associados aos riscos que corre em sua gestação, pois, assim, estará orientada para buscar assistência médica adequada e especializada para planejar a gravidez e o nascimento.

O presente estudo teve como objetivos conhecer quais são os motivos que levam as mulheres a adiar a maternidade, demonstrar a importância do acompanhamento pré-natal, enumerar quais são as desvantagens de uma gravidez tardia e apresentar a importância da assistência do enfermeiro no acompanhamento da gravidez tardia.

A metodologia utilizada para a construção do tema teve como base a pesquisa científica, onde se utilizou o método bibliográfico/webbibliográfico, efetuou-se leitura e análise de materiais concernentes ao tema, foram analisados livros, revistas, documentos eletrônicos, através dos quais foi possível trazer ao estudo dados comparativos que puderam auxiliar na construção do texto.

Esse estudo trás breves considerações acerca da gravidez tardia, analisando-se a importância da realização do pré-natal, bem como sobre os motivos que levam as mulheres a optarem por engravidar depois dos 40 anos.

Estudou-se, também, as consequências da gravidez tardia, trazendo ao texto o conceito de alguns riscos a ela associados, tais como, o descolamento prematuro da placenta (DPP), a placenta prévia, o abortamento, a *diabetes mellitus*, as síndromes hipertensivas na gravidez e o parto prematuro.

Por fim, estudou-se a importância da assistência do enfermeiro durante o pré-natal e suas atuações frente às possibilidades de complicações, bem como foram levantados os possíveis diagnósticos e atitudes a serem tomadas pelos mesmos. Chegando-se, assim, às considerações finais.

1 GRAVIDEZ TARDIA BREVES CONSIDERAÇÕES

Ao analisar pelo ponto de vista emocional, pode-se dizer que maternidade não tem idade. O carinho de uma mãe de 20 anos não é diferente de uma de 30 ou de 40. Ver o rosto do filho pela primeira vez, amamentar, segurar sua mãozinha, presenciar as primeiras palavras, incentivar os primeiros passos emocionais e comove qualquer uma com a mesma intensidade (TIR, 2007).

Contudo, a sociedade ainda apresenta certos tabus quanto à idade em que a mulher deve ser mãe. Ainda hoje, para grande parte da sociedade, a mulher deve ser mãe entre os 20 e 35 anos, sendo para ela esta a idade ideal. Entretanto, as mulheres modernas têm desafiado estes tabus e deixado para engravidar cada dia mais tardiamente. Veja, a seguir, o que escreve Rosalina Costa (2004, p. 3):

Por entre o constrangimento uniformizador de uma sociedade que, de forma mais visível ou mais, sutil, prescreve calendários familiares e reprodutivos, surgem, muitas vezes rotuladas como “desviantes”, mulheres que -, próximo do extremo superior do período fértil, ou seja, entre os 40 e os 50 anos e, portanto na última década em que biologicamente ainda é possível ter filhos, até que a menopausa encerre definitivamente esta possibilidade -, ao ter filhos parecem, de alguma forma, situar-se “fora de tempo”.

Parada e Tonete (2009) esclarecem que, na história do Brasil e do mundo, há relatos de mulheres que tiveram uma gravidez tardia. Contudo, no século XX, houve um crescente aumento do número de mulheres que deixaram para engravidar depois dos 35 anos. Esclarecem, ainda, que apesar de ter havido um aumento no número das primíparas, o grupo predominante consubstancia nas múltiparas.

Entretanto, o corpo da mulher sofre mudanças com o passar dos anos e com isso perde a sua capacidade reprodutiva. Sabe-se que a melhor idade para uma gestação é entre os 18 e 30 anos. Depois disso, vai perdendo eficiência. Muitas das deficiências o corpo mesmo é capaz de compensar, já outras são contornadas com a ajuda da medicina (TIR, 2007).

Como bem lembra Costa (2004, p. 38) ao afirmar que:

De facto, a idade, enquanto marco biológico, molda de forma inextricável a fecundidade. Em termos de fisiologia reprodutiva feminina, a fertilidade aumenta com a menarca, no início gradualmente e depois rapidamente desde um nível zero no início da adolescência até um máximo por volta dos vinte anos, que depois declina gradualmente até cerca dos trinta e de forma mais precipitada durante os quarenta anos, para encetar finalmente uma descida exponencial que, de novo, se aproxima do zero perto dos cinquenta anos, quando as mulheres atingem a menopausa. [...] A arquitetura da fecundidade caracteriza-se então por partir de zero no grupo dos 0 aos 15 anos, uma vez que é praticamente inexistente a ocorrência de nascimentos antes desta última idade, para aumentar a partir dos 15 até atingir um máximo entre os 20 e os 30 anos, a partir do qual a fecundidade decai progressivamente até atingir de novo o valor zero por volta dos 50 anos, idade após a qual o número de nascimentos volta a ser praticamente inexistente. (*sic*)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que o número de mães com mais de 40 anos no Brasil cresceu 27%, entre 1991 e 2000. Entretanto, estudos científicos feitos a partir de 1980 declaram que acima dos 35 anos o risco de malformações congênicas do feto é aumentado (DIAS, 2007).

O Ginecologista Dirceu Mendes Pereira (apud PASSOS, 2009, [online]), presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, afirma que:

A idade é hoje o fator mais importante para quem quer engravidar. Isso porque ovário e óvulos perdem a qualidade, ou seja, o gameta feminino perde qualidade. O útero não é o problema e até uma mulher de 50 anos pode segurar uma gravidez. Os problemas são a quantidade e qualidade do óvulo. Quando a mulher começa menstruar, tem 400 mil óvulos. Aos 40, esse número cai para 20 mil.

Ressalta-se que a partir dos 36 anos as mulheres ficam mais expostas a fatores que são capazes de comprometer a fertilidade, tais como, inflamação nas trompas, aparecimento de miomas ou endometriose, pois é nessa idade que a taxa de reprodução feminina começa a cair.

No entanto, os médicos deixam claro que a mulher pode ter uma gravidez sadia e tranquila após os 40 anos, mas é preciso que ela assuma os riscos da própria escolha. Contudo ela não deve evitar a gravidez por medo, pois, nem sempre idade significa complicação (PASSOS, 2009).

Ademais, Costa (2004, p. 43) esclarece que:

Ao mesmo tempo que o corpo feminino se torna invisível à passagem do tempo, ocultando a impossibilidade de procriar que este inevitavelmente traz

consigo, ganha uma nova visibilidade. É um corpo que se autonomiza da idade aquele que possibilita ter filhos depois dos 40 anos. É um corpo ainda “jovem”, “fértil”, capaz de enfrentar os riscos associados às cada vez maiores probabilidades de anomalias cromossômicas, bem como de outras malformações congênitas. A medicalização crescente da procriação, em particular da fecundidade tardia, devolve ao corpo envelhecido a juventude perdida. Os filhos da “maturidade” são o resultado de uma intervenção racional sobre o biológico e isso confere um novo poder às mulheres. A anulação e a superação – da idade mas também do corpo – acontece na fecundidade tardia.

Contudo, deve-se deixar bem claro que a opção pela gravidez após os 35 anos representa uma experiência positiva, capaz de fornecer muita satisfação, devido à maturidade atingida pela mãe.

Deste modo, a segurança da estabilidade financeira e na relação entre os pais do bebê pode ser inferida como fator determinante dessa perspectiva positiva, seja quando a formação dos casais ocorre mais tarde na vida das mulheres, ou quando os casais decidem engravidar mais tarde, anos após a união conjugal (PARADA; TONETE, 2009).

1.1 Motivos que Levam as Mulheres a Adiarem a Maternidade

Um dos principais motivos para o adiamento da maternidade para a mulher moderna tem sido a conquista do seu espaço no ambiente profissional (BARBOSA, 2008).

Segundo Bastos e Faria (2003, p. 255):

A percentagem relativamente elevada de primeiras e segundas gestas tardias poderá ser consequência das transformações socioculturais dos últimos anos, isto é, iniciação profissional mais tardia acrescida de maiores exigências profissionais e daí a opção pelo adiamento da natalidade e, ainda, do acesso facilitado a meios de diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Com isso, questões profissionais, financeiras ou até mesmo afetivas, têm feito com que as mulheres deixem cada vez para mais tarde a maternidade, somente começando a planejar uma gravidez por volta dos 40 anos de idade, momento em que terá maior estabilidade profissional, financeira e afetiva (BARBOSA, 2008).

Ademais, as mulheres estariam se reproduzindo mais tardiamente, devido ao fato de postergarem a maternidade como estratégia para se avançar profissionalmente e obter maior estabilidade financeira. A gravidez tardia já se consolidou como “padrão moderno” de comportamento reprodutivo das mulheres profissionais nos países economicamente avançados do Norte e Europa (HORTA; FONSECA, 2000)

Outro motivo que tem levado as mulheres a adiarem o sonho de ser mãe é a sua formação acadêmica, visto que, quanto maior é a escolaridade da mulher maior será o tempo para esta mulher engravidar.

Ressalta-se que a relação existente entre número de filhos que uma mulher tem, o período que ela pretende engravidar e o grau de instrução que ela possui é amplamente conhecido na literatura. O seu grau de escolaridade determina, sem sombra de dúvidas, maior capacidade de obter informações (como por exemplo, sobre métodos anticoncepcionais), retardamento do casamento/união conjugal e maior acesso ao mercado de trabalho. Maior escolaridade tende a modificar valores relativos aos papéis sociais, tais como reprodutivos e produtivos, o que afeta o tamanho da família e, também, a maternidade, sendo que esta é cada vez mais adiada em virtude do período que as mulheres passam nos bancos das escolas e universidades (HORTA; FONSECA, 2000).

Ao considerar que, é cada vez maior o número de mulheres que buscam primeiramente o seu sucesso profissional, bem como uma melhor formação acadêmica, observa-se que, também, é cada vez maior o número de mulheres que casam ou passam a viver uma união conjugal após os 30 anos, assim tendo sua primeira gravidez após os 35 anos, quando atingem a estabilidade conjugal. Entretanto, como lembra Parada e Tonete (2009, p. 388) “[...] a opção pela gravidez tardia pode ser tomada de modo consciente, ao corresponder a um desejo, principalmente da mulher.”

Ressalta-se que são inúmeros os motivos que têm levado as mulheres modernas a adiarem a maternidade, contudo, muitas mulheres desconhecem as consequências que uma gravidez tardia pode acarretar, pois, apesar das complicações inerentes à gravidez poderem acometer qualquer grávida, a gravidez iniciada depois dos 40 anos é mais propícia a mencionadas complicações. Diante disso, serão demonstradas, posteriormente, as principais complicações que podem ocorrer na gravidez.

1.2 Importância do Pré-natal

Toda mulher grávida deve fazer o pré-natal, entretanto a mulher que optar por uma gravidez tardia, por apresentar maior risco de complicações, deverá ter maior atenção de seu médico durante o pré-natal, pois, como lembra Parada e Tonete (2009, p. 386):

[...] recentes estudos têm destacado que a idade, por si só, pode não se constituir em fator de risco, pois um bom controle durante o período pré-natal e uma adequada assistência durante o trabalho de parto e parto condicionam prognósticos materno e perinatal semelhantes aos das gestantes mais jovens.

Assim, para o bom andamento da gravidez de uma mãe com mais de 40 anos, basta fazer um pré-natal de forma mais detalhada, com exames específicos, para verificar os cromossomos, por exemplo, e um acompanhamento médico mais frequente. Ademais, a realização de determinados exames ajudará a detectar anomalias genéticas no feto, caso elas existam. Veja o que diz Barbosa (2008, p. 1), a esse respeito:

O acompanhamento pré-natal conta com exames de imagem como ultrassom, dosagens bioquímicas no sangue e ainda exames genéticos, que são utilizados para descobrir síndromes genéticas, caso o médico encontre alguma alteração nos exames citados anteriormente.

Segundo Tir (2007) pode-se contornar boa parte dos riscos adicionais de uma gravidez tardia com uma preparação prévia e um pré-natal correto. Cecatti et al. (1998, p. 393) afirmam que não haverá diferenças significativas na gravidez de gestantes tardias em comparação com a das mais jovens, se aquelas forem bem orientadas e tiverem o adequado acompanhamento pré-natal, observe:

Isto mostra a necessidade de tais mulheres terem essas informações, o que depende de profissionais de saúde conscientes sobre o problema, para que as orientem e prestem um adequado acompanhamento pré-natal e assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e ao recém-nascido, podendo, assim, minimizar os efeitos deletérios da idade materna elevada sobre a mulher e o recém-nascido. Isso já é uma realidade em países desenvolvidos, onde os resultados permitem afirmar que a gravidez, trabalho de parto e parto não diferem significativamente entre mulheres idosas e jovens quando a assistência é adequada.

Ademais, as inovações da medicina, quando se refere ao tratamento pré-natal, têm evoluído cada dia mais, facilitando a detecção de algum tipo de complicação na gravidez, o que proporcionará à gestante maiores condições de analisar os riscos trazidos por uma gravidez após os 40, tais como as incertezas quanto à “normalidade” da criança que vai nascer, o que tem elevado o número de casais a aceitar e planejar gravidezes tardias. É o que escreve Costa (2004, p. 42), sobre esse assunto:

Mas as inovações biomédicas com incidência na procriação não se ficam apenas pelo desenvolvimento de métodos de procriação assistida. Incluem também os avanços efetuados ao nível do diagnóstico pré-natal (DPN), bem como do tratamento fetal. É graças a estes avanços que parecem estar resolvidos alguns dos problemas levantados com a decisão de avançar com uma gravidez de risco. Os avanços registrados ao nível do diagnóstico pré-natal permitem, por exemplo, saber com uma elevada margem de certeza e de antemão se o feto comporta quaisquer anomalias ou problemas genéticos. Se outrora o receio de anomalias cromossômicas e congénitas como a Trissomia 21 – o rosto mais visível e mais temido da fecundidade tardia – poderia dissuadir muitos casais de optarem por ter filhos a partir de uma determinada idade, hoje com um bom diagnóstico pré-natal que permita identificar e quantificar esses riscos, associado a uma intervenção médica apropriada, é possível dissipar um número significativo de incertezas quanto à “normalidade” da criança que vai nascer, levando um número crescente de casais a aceitar e planejar gravidezes tardias.

Assim, está caracterizada a importância do pré-natal especializado para as mulheres que optarem por uma gravidez tardia, pois, desta forma, será possível proporcionar às futuras mães uma gravidez mais tranquila, visto que através do acompanhamento pré-natal poder-se-á trabalhar os riscos e intercorrências clínicas que possam ocorrer durante a gestação, para assim diminuir possíveis complicações e melhorar o prognóstico destas gestantes.

1.3 Importância da Atividade Física

Antes de adentrar no assunto em questão, entende-se ser necessário definir o que vem a ser atividade física. Assim, para Batista et al. (2003, p. 152):

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal decorrente de contração muscular, com dispêndio energético acima do repouso que, em última análise, permite o aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência, com mudanças, seja no campo da composição corporal ou de performance desportiva. A prática de atividade física regular

demonstra a opção por um estilo de vida mais ativo, relacionado ao comportamento humano voluntário, onde se integram componentes e determinantes de ordem biológica e psico-sócio-cultural.

Devido ao processo cultural, ainda existem pessoas que acreditam que a prática de exercícios físicos durante a gravidez possa trazer alguma complicação para a gestante ou para o bebê, fato que leva alguns obstetras a condenar esta prática, desaconselhando-a durante este período. Entretanto, a prática de atividade física não aumenta os riscos que decorrem da gravidez. O importante é ter consciência de que o exercício moderado, salvo raras contraindicações, trás benefícios tanto para a gestante, quanto para o bebê. (SOARES; FERNANDES, [2000?]).

Contudo, é importante que os profissionais que vão trabalhar com gestantes proporcionem às mesmas atividades físicas agradáveis e seguras, orientados pelas regras básicas de bom senso e respeito à individualidade de cada gestante. Eles precisam ter em mente que a gestação provoca profundas alterações metabólicas e hormonais e que este processo de alterações modifica as respostas às atividades físicas (CHISTÓFALO; MARTINS; TUMELERO, 2003).

Importante salientar que o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), reconheceu, em meados da década de 90, que a prática da atividade física regular no período gestacional deveria ser desenvolvida desde que a gestante apresentasse condições apropriadas (BATISTA et al., 2003).

Entretanto, como bem lembra Barros (1999):

Os exercícios para gestante deveriam incluir a combinação de atividades aeróbias envolvendo grandes grupamentos musculares e atividades que desenvolvessem força de determinados músculos. Normalmente, acredita-se que uma musculatura abdominal forte possa ajudar no processo de expulsão da criança. A força muscular dos membros superiores é também muito importante para carregar o bebê, que aumenta, cada vez mais, o seu peso (apud CHISTÓFALO; MARTINS; TUMELERO, 2003, p. 1).

Ademais, mulheres que praticam atividade física antes de engravidar e que continuam a praticá-la durante o período gestacional, tendem a ganhar menos peso e a parir bebês menores que os de controle. Todas as grávidas diminuem a quantidade de atividade física com o progredir da gravidez. As mulheres tendem a tolerar mais a dor quando são fisicamente ativas (MITTELMARK et al., 1991, apud CHISTÓFALO; MARTINS; TUMELERO, 2003)

Contudo, a prática de atividade física para as gestantes deve seguir recomendações, tais como: prescrição médica, não objetivar o condicionamento

físico, realizar exercícios que não levem à fadiga, com duração de no máximo 30 minutos de atividade vigorosa, sempre entre 50% e 70% da capacidade máxima da gestante; evitar: aumento na temperatura corporal (evitar lugares muito quentes e água no máximo a 32 graus no inverno), perda hídrica durante a atividade física (beber água antes, durante e após as atividades) e exercícios em gestantes que tenham riscos comprovados pelo obstetra responsável; realizar as atividades de 2 a 3 vezes por semana, no mínimo, com duração de no máximo 90 minutos; parar as atividades assim que a gestante apresentar algum sintoma fora do comum; estar sempre controlando a frequência da gestante, através de equipamentos específicos (CHISTÓFALO; MARTINS; TUMELERO, 2003).

Segundo Chistófalo, Martins e Tumelero (2003, p. 1) a prática de atividade física irá auxiliar para que o parto seja mais fácil, contribuindo para a “[...] melhora na circulação sangüínea; ampliação do equilíbrio muscular; redução do inchaço; alívio nos desconfortos intestinais; diminuição de câimbras nas pernas; fortalecimento da musculatura abdominal, e facilidade na recuperação pós-parto.”

Além do mais, como lembra Batista et al. (2003, p. 153):

O exercício reduz e previne as lombalgias, devido à orientação da postura correta da gestante frente à hiperlordose que comumente surge durante a gestação, em função da expansão do útero na cavidade abdominal e o conseqüente desvio do centro gravitacional. Nestes casos, o exercício físico contribuirá para adaptação de nova postura física, refletindo-se em maior habilidade para a gestante durante a prática da atividade física e do trabalho diário.

Outro benefício trazido pela prática de atividade física durante a gravidez diz respeito à atividade cardiovascular, visto que esta prática reduz o estresse cardiovascular, tendo em vista que a grávida apresentará “[...] frequências cardíacas mais baixas, maior volume sangüíneo em circulação, maior capacidade de oxigenação, menor pressão arterial, prevenção de trombose e varizes, e redução do risco de diabetes gestacional.” (BATISTA et al., 2003, p, 154).

Ressalta-se que o estudo de Chistófalo, Martins e Tumelero (2003, p. 5) constatou que “[...] as gestantes que praticavam atividades físicas durante o período gestacional ganhavam menos peso, em média de 9 kg, as que não praticavam atividades físicas ganhavam em média 15 kg durante este período.” Diante disso destaca-se o entendimento de Batista et al. (2003, p. 152), os quais afirmam que:

O ganho de peso em excesso pode expor a gestante ao desenvolvimento de diversas patologias, tais como hipertensão arterial, diabetes, obesidade pós-parto, macrossomia fetal, além de complicações no parto e puerpério. A

deficiência do ganho de peso pode trazer prejuízo para o crescimento e desenvolvimento fetal. No entanto, o ganho de peso insuficiente extrapola este único aspecto, sendo prejudicial para a tríade gestante, trabalho de parto e feto, especialmente frente à prática de atividade física regular.

Assim, observa-se que a prática de atividade física durante a gestação, trás vários benefícios à grávida, pois, auxilia para que esta não ganhe muito peso, tenha um parto mais fácil, reduzindo e prevenindo as lombalgias, o estresse cardiovascular, o que se reflete, especialmente, em frequências cardíacas mais baixas, maior volume sanguíneo em circulação, maior capacidade de oxigenação, menor pressão arterial, prevenção de trombose e varizes e redução do risco de diabetes gestacional, diminuindo, assim, os riscos da gravidez tardia.

2 CONSEQUÊNCIAS DE UMA GRAVIDEZ TARDIA

A probabilidade de desenvolver problemas de saúde ao longo da vida é maior nas mulheres que deixam para engravidar tardiamente do que naquelas que optam por uma gravidez mais cedo. Essas mulheres apresentam maior probabilidade de ter complicações, tais como: diabetes gestacional, pré-eclampsia, abortamentos espontâneos, parto prematuro, hemorragias (BARBOSA, 2008).

Ressalta-se que vários estudos esclarecem que o aumento da idade materna associa-se a maior número de complicações durante a gestação, bem como ao risco acrescido de prematuridade, baixo peso, atraso de crescimento intrauterino (ACIU) e morbi-mortalidade perinatal. Em estudo desenvolvido por Bastos e Faria (2003, p. 255), observou-se que:

Se a mais alta incidência, estatisticamente significativa ($p < 0.05$), da prematuridade está de acordo com a maioria dos resultados classicamente encontrados na literatura, o mesmo não se poderá dizer dos valores similares do baixo peso e ACIU.

Relativamente à morbidade e ao contrário do habitualmente referido, não só a necessidade de cuidados intensivos foi idêntica, como inclusivamente o internamento em cuidados intermédios, foi significativamente menor. Neste particular e apesar da sua inquestionável relevância, não foi possível obter determinados dados designadamente quanto à realização de diagnóstico pré-natal, incidência de cromossomopatias interrupção voluntária da gravidez.

A questão do eventual risco do adiamento da natalidade é de primordial importância quer para o casal que o contempla, quer para o clínico responsável pelo respectivo aconselhamento.

Ademais, sob o ponto de vista epidemiológico, a literatura científica tem apontado um risco maior de complicações nas gestações tardias, incluindo a hipertensão arterial, apresentação anômala, diagnóstico de sofrimento fetal intraparto, parto por cesárea e hemorragia puerperal.

Um estudo realizado em uma capital brasileira sobre a distribuição do parto vaginal e da cesariana evidenciou alta concentração de cesáreas entre mulheres com mais de 35 anos, o que foi relacionado ao fato de essas mulheres apresentarem maior risco para algumas patologias graves associadas à gravidez, como diabetes e doença hipertensiva específica da gestação, que podem exigir a interrupção da gestação antes da maturação fetal. Um estudo realizado no sul do País, com população de baixa renda, revelou que a idade materna maior que 35 anos, entre outras variáveis, estava significativamente relacionada à prematuridade. (PARADA; TONETE; 2009, p. 386).

Contudo, não há que se falar que “[...] o tradicional conceito de que as gestações em mulheres mais velhas estão pejudicadas de risco, sobretudo se forem proporcionados adequados cuidados pré-natais e intraparto no sentido de o minimizar.” (BASTOS; FARIA, 2003, p. 256).

Entretanto, recentes estudos têm destacado que a idade, por si só, pode não se constituir em fator de risco, pois um bom controle durante o período pré-natal e uma adequada assistência durante o trabalho de parto e parto condicionam prognósticos materno e perinatal semelhantes aos das gestantes mais jovens (PARADA; TONETE, 2009). Assim, a mulher que opta por engravidar após os 35 anos necessita conhecer os fatores associados ao risco materno, de modo que possa buscar assistência médica adequada e especializada para planejar a gravidez e o nascimento.

A seguir passa-se a conceituar alguns riscos associados à gravidez tardia, para assim entender melhor o assunto e como consequência saber qual será a melhor forma de assistência a ser prestada a esta gestante.

2.1 Descolamento Prematuro da Placenta

O Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) é caracterizado pela separação espontânea, completa ou parcial, da placenta do corpo uterino, a qual pode ocorrer durante a gravidez, a partir de 20 semanas, ou durante o primeiro ou segundo períodos do parto. A incidência de DPP é muito variável, ocorrendo em torno de 1% a 2% de todas as gestações (AJEJE; WAGNER; VIATTI; 2004).

Segundo o Ministério da Saúde a grávida com DPP apresenta quadro clínico de:

- Palidez cutânea e mucosa, hipotensão, queda do débito urinário. Em pacientes previamente hipertensas, o nível pressórico ao exame inicial pode parecer falsamente normal, mas já reflete uma queda acentuada em relação aos níveis anteriores da gestante.
- Dor abdominal de intensidade variável.
- Irritabilidade, sensibilidade e/ou hipertonia uterina, que pode ser discreta ou muito intensa, na dependência do volume do sangramento retroplacentário.
- Hemorragia externa na maioria dos casos. Quando a hemorragia permanecer oculta pode formar grandes hematomas retroplacentários,

invadir a cavidade amniótica (hemoâmnio) e o miométrio (útero de Couvelaire).

- Se ocorrer trabalho de parto, sua evolução geralmente é rápida, independentemente da idade gestacional. Havendo hipertonia uterina, as contrações do trabalho de parto podem não ser percebidas.
- A frequência cardíaca fetal (FCF) geralmente indica anormalidades de vários tipos (desacelerações transitórias, desacelerações tardias, bradicardia, taquicardia, perda de variabilidade). (BRASIL, 2000, p. 52-53).

Ressalta-se que geralmente é difícil determinar as causas exatas do DPP. Grande variedade de fatores médicos, sociais e de risco obstétrico têm sido identificados na fisiopatologia do DPP, porém a causa primária é ainda desconhecida. Esta inclui fatores mecânicos como trauma abdominal, que pode se dar devido a um acidente automobilístico ou queda, perda súbita do volume uterino em conjunto com a rápida perda do líquido amniótico ou parto do primeiro bebê de gêmeos ou um cordão umbilical anormalmente curto (AJEJE; WAGNER; VIATTI; 2004).

As complicações mais frequentes do DPP estão apresentadas na tabela 1

Tabela 1 - Complicações mais frequentes do DPP

Complicação	Causa
Atonia uterina pós-parto	Infiltração de sangue entre as miofibrilas do miométrio, impossibilitando as contrações, o que caracteriza o Útero de Couvelaire
Discrasia sanguínea	Consumo dos fatores de coagulação na formação do coágulo retroplacentário
Insuficiência renal pré-renal	Hemorragia
Síndrome de Sheehan	Pan-hipopituitarismo por isquemia da hipófise, causada por hemorragia maciça.

Fonte: AJEJE; WAGNER; VIATTI, 2004, p. 276

2.2 Placenta Prévia

A placenta prévia é a implantação da placenta no colo do útero ou perto do mesmo. Dentro do útero, a placenta pode cobrir o orifício cervical de forma completa ou parcial. Segundo Ajeje, Wagner e Viatti (2004, p. 276):

A placenta previa (PP) é aquela que se insere, total ou parcialmente, no segmento inferior do útero, localizando-se próxima ou sobre o orifício interno do colo uterino, podendo estar ou não à frente da apresentação fetal, a partir da 20ª semana de gestação. A PP é a principal causa de sangramento vaginal no terceiro trimestre da gestação, podendo levar também a hemorragia no pós-parto.

A PP pode ser classificada como: centro-total (A), quando a placenta recobre totalmente a área do orifício interno do colo uterino; centro-parcial (B), quando a placenta obstrui parcialmente o orifício interno do colo uterino; marginal (C), quando a borda inferior da placenta atinge o orifício interno do colo uterino, sem ultrapassá-lo (BRASIL, 2000). Conforme figura 1:

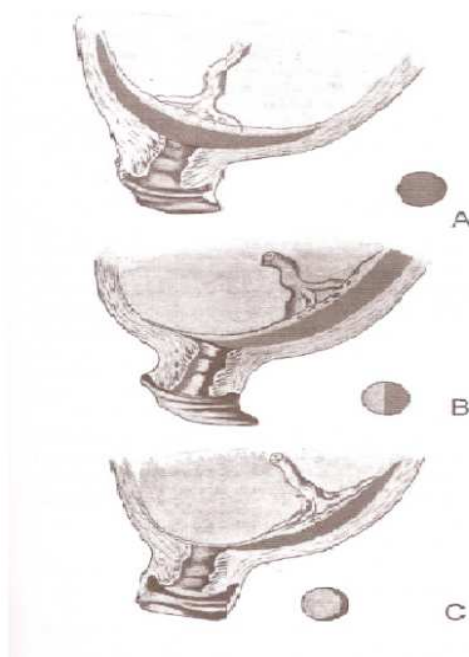


Figura 1 - Tipos de placenta prévia.

Fonte: AJEJE; WAGNER; VIATTI, 2004, p. 277

A PP apresenta complicações associadas ao risco materno e fetal. As complicações maternas são hemorragia, choque, infecção, traumas operatórios e óbito materno. E as fetais são prematuridade, rotura prematura das membranas e apresentações anômalas (AJEJE; WAGNER; VIATTI; 2004).

2.3 Abortamento

O abortamento ocorre quando o nascimento do fruto da gestação acontece antes da 20ª semana de gravidez, neste caso, haverá perda espontânea ou induzida dos frutos da concepção antes que o feto seja viável, ou seja, antes de o feto estar com 20 semanas de gestação ou atingir o peso de 500g (MELSON et al., 2002).

Serão classificados como abortos de primeiro trimestre aqueles que ocorrerem antes da 12ª semana de gestação e abortos de segundo trimestre aqueles que ocorrerem entre a 12ª e a 20ª semanas de gestação. Melson et al. (2002, p. 15) ensina que o abortamento espontâneo “[...] classifica-se como iminente, inevitável, passado, parcial, completo, habitual e séptico. O abortamento séptico está associado mais comumente ao uso de instrumento realizado pela própria paciente.”

2.4 *Diabetes Mellitus* na Gravidez

O *diabetes mellitus* pode ser conceituado como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, das proteínas e das gorduras. Ela se caracteriza pela hiperglicemia em jejum e intolerância à glicose. Corroborando com esse conceito o trazido por Santos, Cândido e Sala (2004, p. 471), qual seja:

O *Diabetes Mellitus* (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a disfunções de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Segundo a *American Diabetes Association* (ADA) a classificação etiológica da *diabetes mellitus* se dá de cinco formas distintas, a qual está representada na tabela 2.

Tabela 2 - Classificação etiológica da *diabetes mellitus* segundo a ADA

Classificação	Conceito	Ocorrência na gravidez
I – Diabetes tipo 1 Mediado Imunologicamente	Constitui a forma mais freqüente de diabetes tipo 1. Resulta da destruição autoimune das células beta pancreáticas por mecanismos imunológico mediado por células, usualmente, levando à deficiência absoluta de insulina e tendência à cetose. Essa destruição exibe forte relação com o sistema de histocompatibilidade (HLA), ligado aos genes DQA, DQB e DRB	A doença ocorre abaixo de trinta anos, sendo freqüente nas mulheres em fase reprodutiva. Na gravidez, incide em 0,2% de todas as gestações
Continua ...		

Continuação.		
I – Diabetes tipo 1 Idiopático	Clinicamente se assemelha à forma imunológica, porém não se evidencia a autoimunidade contra as células beta nem a associação com o sistema HLA.	
II – Diabetes tipo 2	Nesse tipo de diabetes tanto a massa pancreática das células beta quanto a sua função estão preservadas em grande extensão, verificando-se resistência à ação da insulina por mecanismo etiológico desconhecido.	É a forma mais freqüente de diabetes, ocorrendo em 0,3% das gestações.
III – Outros tipos específicos de diabetes	Estas formas caracterizam-se por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina decorrentes de mais de 50 doenças genéticas, endócrinas, tóxicas, infecciosas e imunológicas que secundariamente, levam ao diabetes.	
IV – Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	Entende-se como intolerância aos carboidratos de gravidade variável, com início ou reconhecimento na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Esta definição admite a possibilidade de que a intolerância aos carboidratos já estivesse presente, porém não diagnosticadas antes da concepção, e permite a reclassificação como diabetes ou tolerância prejudicada à glicose se a intolerância prejudicada aos carboidratos persistir após o parto.	Cerca de 4% de todas as gestações são complicadas pelo DMG e a prevalência oscila de 1% a 14%.
V – Tolerância diminuída à glicose e intolerância à glicemia de jejum	Estes termos se referem a estágio metabólico intermediário entre a homeostase normal da glicose e o <i>diabetes mellitus</i> . A expressão “tolerância diminuída à glicose” se define por níveis plasmáticos $\geq 140\text{mg/dl}$ e $< 200\text{mg/dl}$ duas horas após teste oral com 75g de glicose. A intolerância à glicemia de jejum corresponde à presença de concentrações glicêmicas $\geq 110\text{mg/dl}$ e $< 126\text{mg/dl}$ com paciente em jejum	

Fonte: SANTOS; CÂNDIDO; SALA, 2004, p. 472-473.

Ressalta-se que, durante a gravidez é imposta uma maior quantidade de estresse ao metabolismo dos carboidratos, o que poderá causar a doença. A *American Diabetes Association* (ADA) define diabetes gestacional como a intolerância à glicose, de qualquer intensidade, com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez. Embora a diabetes gestacional seja aquela detectada durante a gravidez, caso a gestante já seja diabética, a gestação poderá agravar o estado da gestante, o que aumenta, assim, os riscos de complicações associadas à gravidez.

Melson et al. (2002, p. 62) lembra que:

Em geral, a paciente diabética corre o risco de desenvolver cetoacidose associada à hiperglicemia, lesões dos grandes e pequenos vasos, e neuropatia. A hipoglicemia e o choque resultante podem ser causados pelas variações da secreção de insulina. Durante a gravidez, a paciente diabética

corre maior risco de desenvolver infecções mais graves e freqüentes, hipertensão induzida pela gravidez, deslocamento prematuro da placenta, abortamentos espontâneos, hidrânio, distocia e lesões vaginais causadas pelo nascimento de um feto macrossômico (lactentes grandes para a idade gestacional [GIG]), hemorragia puerperal e morte.

Toda gestante apresenta alterações metabólicas, entretanto, nas diabéticas essas alterações podem levar a importantes implicações fetais e neonatais, pois nelas os níveis de glicemia, ácidos graxos livres, aminoácidos e cetonas estão elevados, sendo que, para que não ocorram tais implicações, esses níveis devem ser corretamente controlados durante toda a gestação (SANTOS; CÂNDIDO; SALA; 2004).

Algumas das complicações decorrentes da diabetes gestacional são: a hiperglicemia e hiperinsulinismo fetal. O esquema a seguir demonstra as intercorrências perinatais na gestante diabética.

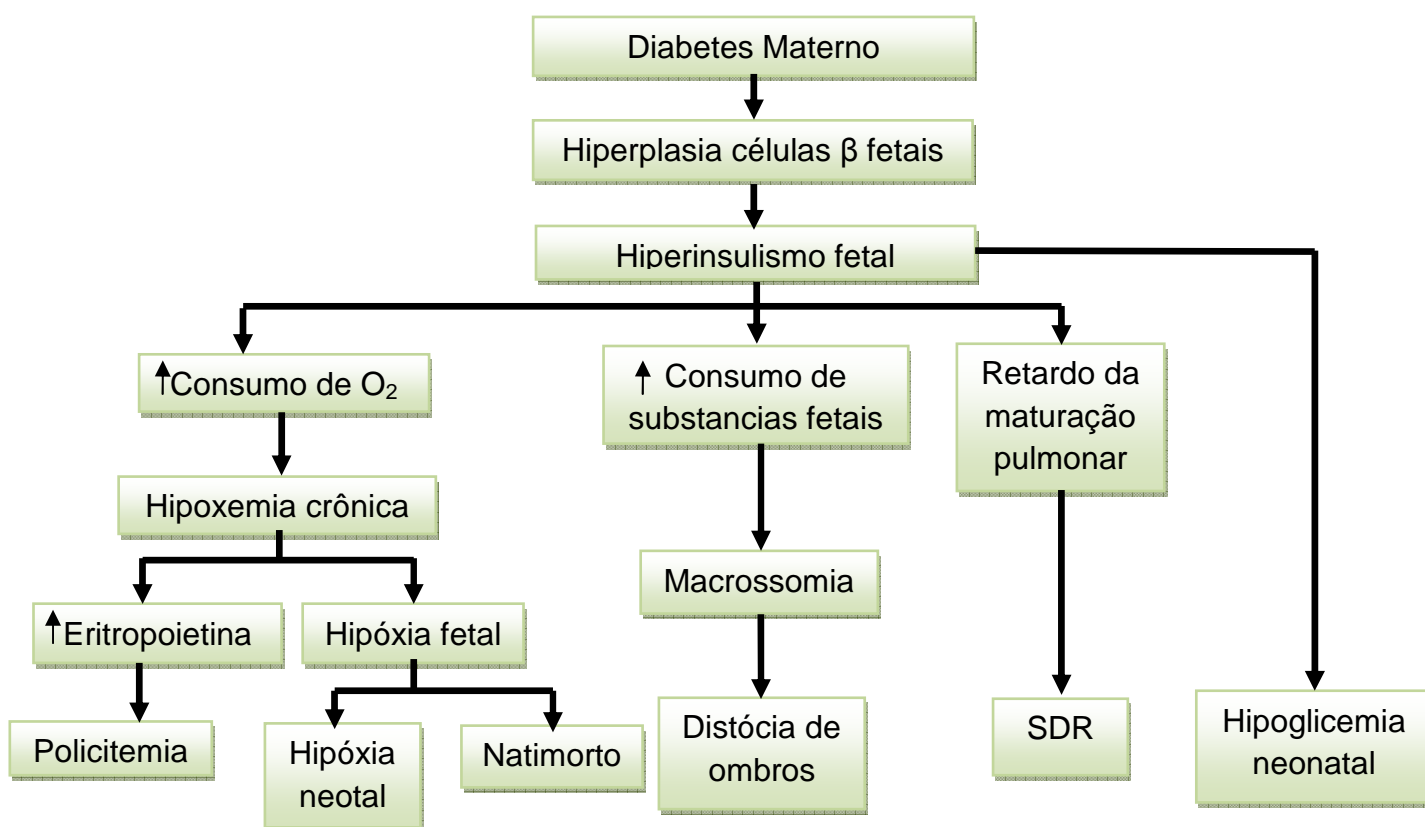


Figura 2 - Intercorrências perinatais na gestante diabética. SDR= Síndrome do desconforto respiratório.

Fonte: SANTOS; CÂNDIDO; SALA; 2004, p. 476

Assim, a gestante que apresentar quadro de diabetes gestacional, para que não tenha maiores complicações durante o período gestacional, deverá ter um tratamento através da alimentação balanceada, praticar atividades físicas, além do uso de insulina, devendo este tratamento ser aplicado sob orientação de equipe multiprofissional de assistência.

2.5 Síndromes Hipertensivas na Gravidez

As síndromes hipertensivas na gravidez são classificadas em: hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hipertensão crônica de qualquer etiologia; pré-eclâmpsia ou eclâmpsia associada à hipertensão crônica; hipertensão transitória e doenças hipertensivas não classificáveis.

A Tabela 3 demonstra a classificação da hipertensão na gravidez trazida por Oliveira.

Tabela 3 - Classificação da hipertensão na gravidez

Classificação	Conceito
Hipertensão crônica	Hipertensão que está presente antes da gestação ou que é diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. Hipertensão diagnosticada pela primeira vez na gestação e que se mantém no pós-parto.
Pré-eclâmpsia	PA \geq 140/90mmHg após 20 semanas acompanhada de proteinúria (\geq 0,3g/24h)
Eclâmpsia	Convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas, em gestantes com pré-eclâmpsia.
Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica	Proteinúria \geq 300mg/24 horas em gestante hipertensa crônica, sem proteinúria nas 20 primeiras semanas de gestação. Aumento súbito da proteinúria ou da hipertensão prévia. Trombocitopenia (plaquetas $<$ 100.000/mm ³) em gestante com hipertensão crônica. Elevação das enzimas hepáticas (TGO ou TGP) em gestante com hipertensão crônica.
Hipertensão gestacional	Hipertensão surgida na gestação, após 20 semanas, que não se associa a proteinúria (este diagnóstico só é possível no pós-parto).

Fonte: OLIVEIRA, 2004, p. 462

2.5.1 Hipertensão induzida pela gravidez (HIG)

A gestante com HIG apresenta níveis elevados de pressão arterial, proteinúria (perda de proteína através da urina) e edema gestacional. Segundo a

Comissão de Terminologia do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas proteinúria significativa é definida “[...] como pelo menos 0,3 g/l em urina de 24 horas, ou 1 g/l (1+ ou mais pelo método quantitativo de fita) em amostra simples[...]” e o edema gestacional é o “[...] excessivo acúmulo generalizado de líquidos nos tecidos, demonstrado por edema marcado de + até +++++, ou mais, após um repouso de doze horas no leito, ou pelo aumento de peso de 2.275 g (5 libras) numa semana.” (KAHHALE; TAKIUTI; ZUGAIB, 1997, p. 8).

Importante destacar que a HIG, também conhecida como pré-eclâmpsia, é a síndrome caracterizada por altos níveis de pressão arterial, proteinúria e edema. (MELSON et al., 2002). Ela pode ser classificada em pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Para melhor compreensão desse tema passa-se a estudá-lo em seguida.

2.5.1.1 Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia (PE) é a uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria. Ela ocorre após a 20ª semana de gravidez ou anteriormente a esse período na moléstia trofoblástica. A pré-eclâmpsia é predominantemente doença da primigesta (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2008).

Ademais, as formas clínicas da pré-eclâmpsia classificam-se em: pré-eclâmpsia leve e grave, síndrome HELLP, eclâmpsia e pré-eclâmpsia superposta à hipertensão arterial crônica.

A pré-eclâmpsia leve é o primeiro estágio da doença, apresenta manifestações clínicas discretas, leves, o que permite suspeitar que a doença exista. Já a pré-eclâmpsia grave pode primeiramente se manifestar na forma leve e depois evoluir até a forma grave ou, então, já se manifestar com as características da forma grave. Quanto à Síndrome HELLP, esta é uma variante da pré-eclâmpsia grave, caracterizada por anemia microangiopática, disfunção hepática e trombocitopenia. Ela pode “[...] manifestar-se em qualquer momento durante a gravidez e no puerpério, mas, à semelhança da pré-eclâmpsia, é rara antes de 20 semanas. Um terço dos casos acontece no pós-parto.” (CORRÊA; CORRÊA JUNIOR, 2004, p. 375).

No que diz respeito à eclâmpsia e pré-eclâmpsia superposta à hipertensão arterial crônica, estas serão estudadas mais adiante.

Ressalta-se que, a pré-eclâmpsia pode evoluir para eclâmpsia e esta, por sua vez, caracteriza-se pelo surgimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas na gestante.

Melson et al. (2002, p. 69) esclarece que, “[...] o tratamento tem como objetivo controlar a pré-eclâmpsia, reduzir o risco de eclâmpsia, dar a luz um feto viável em um estágio mais próximo possível do termo da gestação e reequilibrar a homeostasia materna.”

2.5.1.2 Eclâmpsia

Esta é a etapa final da evolução da pré-eclâmpsia. Apesar de se afirmar que ela possa ocorrer sem apresentar a sintomatologia prévia típica da pré-eclâmpsia, acredita-se que a sintomatologia sempre existe, mas que não foi identificada no momento oportuno.

Segundo Corrêa e Corrêa Junior, (2004, p. 375) a eclâmpsia, na maioria das vezes, é uma iatrogenia, ou seja, é uma falha na assistência pré-natal. “Falha da gestante, que não procurou a assistência obstétrica no momento certo, ou do pré-natalista que não procurou, não identificou ou não valorizou os sinais e sintomas que precedem as crises convulsivas.”

2.5.2 Hipertensão crônica de qualquer etiologia

A hipertensão crônica é a presença de hipertensão persistente anterior à gravidez ou à 20ª semana de gestação e que se mantém após o puerpério. Ela é classificada com complicada e não complicada.

A hipertensão crônica será classificada como não complicada quando a função renal e cardíaca está normal e como complicada quando a gestante “[...] apresenta prejuízo da função renal ou cardíaca, crise hipertensiva durante a

gestação ou ainda apresentar, em seus antecedentes, história de acidente vascular cerebral ou descolamento de retina como conseqüência de hipertensão arterial.” (KAHHALE; TAKIUTI; ZUGAIB, 1997, p. 10).

Segundo Oliveira (2004, p. 461) “A incidência da hipertensão crônica na gestação é de, aproximadamente, 3%. A tendência atual das mulheres adiarem a maternidade aponta para a possibilidade de aumento da incidência.”

2.5.3 Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia associada à hipertensão crônica

Neste caso há o aparecimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em uma gestante com antecedentes de hipertensão crônica ou doença renal. Corrêa e Corrêa Junior (2004, p. 369) esclarecem que não é fácil diferenciar pré-eclâmpsia superposta e o agravamento da hipertensão arterial crônica. Pois segundo eles “O surgimento de proteína após 20 semanas de gestação, em mulheres hipertensas crônicas sem proteinúria previa, é fortemente sugestivo da superposição de pré-eclâmpsia.”

Assim, destacam-se as alterações que sugerem pré-eclâmpsia superposta, quais sejam, aumento súbito da proteína; aumento súbito da pressão arterial, em mulheres com níveis pressóricos bem controlados; trombocitopenia com contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm³; e aumento da alanina aminotransferase (TGP) ou asparto aminotransferase (TGO), atingindo níveis anormais (CORRÊA; CORRÊA JUNIOR, 2004).

2.5.4 Hipertensão transitória

Nesta espécie de hipertensão a elevação da pressão arterial aparecerá na gravidez ou no início do puerpério, em grávidas previamente normotensas, e desaparece dez dias após o parto (VASCONCELLOS; TAKIUT; KAHHALE, 2004).

2.5.5 Doenças hipertensivas não classificáveis

Ocorre quando as informações não forem suficientes para a classificação. Ressalta-se que, quando se trata de síndromes hipertensivas na gravidez é muito importante detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal. Além do mais, toda a gestante com quadro hipertensivo deve ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência.

2.6 Parto prematuro

Parto prematuro ou trabalho de parto prematuro é aquele que tem seu início após a 20ª semana e antes da 38ª semana de gestação. Ocorrendo o nascimento antes da 20ª semana tem-se a figura do abortamento espontâneo, como visto anteriormente.

Importante destacar que “[...] o prognóstico fetal favorável é mais provável quando o nascimento ocorrer após a 37ª semana de gravidez e o recém-nascido pesar 2.500g ou mais.” (MELSON et al., 2002, p. 80). Diante disso é muito importante que a equipe de saúde dispense à gestante todos os esforços possíveis na tentativa de fazer com que a gestação perdure pelo maior tempo possível, desde que não ameace o bem estar da mãe e do bebê.

Como visto acima, as mulheres que optam por engravidar após os 40 anos, estão sujeitas a apresentarem complicações em sua gravidez, sendo que as principais complicações foram demonstradas acima. Contudo, a mulher não pode abandonar o sonho de ser mãe simplesmente pelo fato de poder ter complicações, visto que a gravidez, mesmo que tardia, poderá transcorrer tranquilamente, se for devidamente assistida por um profissional da área da saúde, assunto este que será discutido posteriormente através das ações do enfermeiro na assistência à gravidez tardia.

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ TARDIA

Como visto nos capítulos anteriores, as mulheres, a cada dia, estão deixando para engravidar mais tarde, entretanto, estas mulheres estão mais propícias a complicações no período gestacional. Contudo, essas complicações podem ser controladas e até mesmo evitadas, mostrando-se suficiente, para isso, que seja feito um pré-natal de forma mais detalhada, com exames específicos e uma assistência na gravidez mais frequente.

Neste contexto, surge a figura do enfermeiro, que é peça essencial na assistência à gravidez, sendo indispensável a sua atuação nas gestações tardias, visto as suas possíveis complicações. O enfermeiro que irá acompanhar a grávida com mais de 40 anos deverá saber orientá-la durante o pré-natal, bem com saber diagnosticar e solucionar os possíveis problemas ocasionados durante a gravidez, para que a gestação desta corra da melhor forma possível.

Nesse diapasão é que a seguir será desenvolvido um estudo mais detalhado acerca da assistência do enfermeiro durante o pré-natal e suas atuações frente às possibilidades de complicações, para levantar os possíveis diagnósticos e atitudes a serem tomadas pelos mesmos.

3.1 Assistência Pré-natal

Diante da possibilidade de uma gravidez, a gestante deve ser imediatamente encaminhada ao tratamento pré-natal, visto que, “O pré-natal é o momento mais apropriado para a preparação ao parto e detecção de possíveis intercorrências.” (BRASIL, 2000, p. 10).

A tabela 4 demonstra as evidências de gravidez, realçando os sinais presuntivos, prováveis e positivos de gravidez. Esses sinais também podem ser classificados como objetivos ou subjetivos.

Tabela 4 - Evidências de gravidez

Presuntivos	Prováveis	Positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorréia • Aumento do tamanho das mamas; consistência nodosa; hiperestesia e formigamento; secreção de colostro; acentuação da pigmentação do mamilo e da aréola • Sinal de Chadwick: coloração azul purpúrea da cérvix e da mucosa vaginal (com 6 semanas) • Acentuação da pigmentação cutânea; estrias abdominais • Relatos subjetivos de fadiga e náuseas matutinas; aumento do apetite; frequência urinária; aumento de movimentos fetais 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento progressivo das dimensões do útero e do abdome a partir da 20ª semana • Alteração progressiva da conformação do útero: de piriforme para globular e ovóide • Sinal de Hegar: amolecimento do istmo uterino (com 6 a 8 semanas) • Sinal de Goodell: amolecimento da cérvix (com 6 a 8 semanas) • Contrações de Braxton Hicks no segundo e terceiro trimestres • Rechaço: rebote fetal após a liberação da pressão sobre o útero (meados da gravidez) • Teste positivo para gravidez (gonadotropina coriônica humana detectável no plasma ou na urina) 	<ul style="list-style-type: none"> • Batimentos cardíacos fetais diferentes da mãe (com 12 semanas pelo exame com Doppler; com 20 semanas pelo estetoscópio fetal) • Atividade fetal (com 20 semanas) • Comprovação ultrasonografia (com 5 a 8 semanas) ou radiográfica (após 16 semanas) • Movimentos fetais palpados pelo examinador • Movimentos fetais visíveis externamente

Fonte: MELSON et al., 2002, p. 4

A assistência pré-natal tem como objetivos diagnosticar, tratar e prevenir intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas que possam comprometer o binômio mãe-filho, por isso a gestante deve-se iniciá-la o mais precocemente possível. O recomendado é que a gravidez tenha se dado em boas condições, ou seja, após aconselhamento preconcepcional. Caso contrário, deve-se, imediatamente, investigar todas as possíveis situações de risco (MAGALHÃES; MOREIRA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, para garantir uma assistência efetiva no pré-natal, deve-se observar alguns fatores, tais como: captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico e contínuo durante toda a gestação; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial; sistema eficiente de referência e contra-referência; avaliação das ações da assistência ao pré-natal (apud KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Ressalta-se que o processo gestação ocorre de forma diferenciada em cada mulher. Muitas delas vivenciam este processo como uma fase normal em suas vidas. Outras sofrem modificações fisiológicas significantes, tais como: aumento da frequência urinária; náusea e vômito; constipação intestinal; lombalgia; dificuldade respiratória; varizes; hemorróidas; câibras nas pernas; edema dos membros inferiores; leucorréia; tonturas e vertigens; gengivite; hipersensibilidade das mamas;

e cefaléia. Contudo, essas são intercorrências consideradas como normais na gravidez (KAWAMOTO, SANTOS; MATTOS, 1995).

Entretanto, o enfermeiro deve estar atento a determinados sinais e sintomas que podem anunciar uma complicação da gravidez, visto que estes exigem assistência médica imediata. São os chamados sinais de alerta ou sinais de perigo, sendo eles: sangramento vaginal; perda de líquido pelos genitais externos; endurecimento abdominal acompanhado de cólicas; cefaléia persistente e grave, sem melhora com analgésicos comuns; escotomas visuais; borramento da visão; febre; redução acentuada dos movimentos fetais; edema persistente (MAGALHÃES; MOREIRA, 2004).

Ressalta-se que, durante o pré-natal o enfermeiro deverá estar preparado para fazer as intervenções necessárias para cada situação apresentada pela gestante. Diante disso sugere-se ao mesmo que, assim que a mulher apresentar-se ao pré-natal, ele deverá ser cordial com a mesma, se apresentando a ela, mostrando-se essa atitude fundamental, pois estabelece uma relação de confiança entre a gestante e o enfermeiro.

Além do mais como bem esclarecem Magalhães e Moreira (2004, p. 70)

O sucesso do acompanhamento pré-natal depende de alguns fatores:

- do interesse e participação da gestante e de seus familiares. Não basta que a gestante compareça regularmente às consultas programadas. É necessário, também, que ela reconheça a importância desse acompanhamento, siga corretamente as orientações recebidas e procure identificar qualquer alteração que possa acontecer na evolução da gravidez. Sempre que isto acontecer, procurar a assistência médica. Aos familiares compete ajudá-la e estimulá-la durante toda a gravidez;
- da participação dos órgãos assistenciais responsáveis por essa assistência. É função dos patrocinadores da assistência pré-natal fornecer os recursos necessários, fiscalizar suas aplicações, facilitar a marcação de consultas e a realização dos exames solicitados;
- da atuação do pré-natalista. É, certamente, fator decisivo para a qualidade do acompanhamento da gestante. É desejável que o pré-natalista seja competente, dedicado e humano. Competente, para identificar qualquer alteração na evolução da gravidez e corrigi-la de imediato, sempre que possível. Dedicado, dispensando à gestante todo o tempo necessário à sua orientação e ao seu atendimento correto. Humano, para estabelecer bom relacionamento com a gestante, motivando-a a valorizar a assistência pré-natal e seguir a orientação proposta.

Além do mais, o enfermeiro deverá avaliar o peso, a altura e a conformação da paciente, comparando os resultados alcançados com os gráficos padronizados para as variações normais do peso. As gestantes devem ponderar o ganho de peso, pois o seu excesso é prejudicial à gravidez, razão pela qual o enfermeiro deverá

auxiliar a gestante em sua alimentação, fornecendo instruções verbais e por escrito sobre as necessidades dietéticas diárias, utilizando a pirâmide alimentar como orientação para a escolha dos alimentos. Deve-se estimular a gestante a consumir frutas frescas, vegetais e outros alimentos ricos em fibras (MELSON et al., 2002).

O enfermeiro deverá também avaliar se a paciente faz consumo de bebidas alcoólicas, se a gestante é fumante ou usuária de drogas, sendo que, se confirmada alguma dessas práticas, deve-se recomendar a interrupção dos consumos, pois estes são prejudiciais tanto para a mãe quanto para o bebê.

Outra forma de assistir à gestante durante o pré-natal é estimulá-la a praticar exercícios, incluindo o levantamento ou bamboleio pélvico, levantamentos modificados e exercícios de Kegel, visto que esses exercícios ajudam a aumentar o tônus muscular como preparação para o trabalho de parto e promovem um retorno mais rápido da paciente ao estado físico que tinha antes de engravidar (MELSON et al., 2002). Quanto à orientação para que a gestante pratique exercícios durante a gestação Magalhães e Moreira (2004, p. 83) afirmam que:

Como em qualquer época da vida, as atividades físicas devem ser exercidas numa intensidade determinada por limites individuais. Não havendo contra-indicações obstétricas ou sistêmicas, os exercícios físicos devem ser rotineiros, de leves a moderados. Evitar as atividades em decúbito ventral após o primeiro trimestre, não fazer exercícios até a exaustão ou com sobrecarga, e evitar permanecer longos períodos em pé, como já mencionado. São contra-indicações para a atividade física: pré-eclâmpsia, trabalho de parto pré-termo em gestação anterior, rotura prematura das membranas, insuficiência cervical, sangramento vaginal, CIUR, hipertensão arterial crônica, doença tireoidiana descompensada, doença cardíaca e pulmonar.

Uma atuação importante do enfermeiro durante o pré-natal se dá na sua capacidade de avaliar os conhecimentos da gestante sobre a gravidez normal, fundamentando-se na sua idade, experiência pregressa, paridade, estado conjugal e expectativas culturais, pois a gestante deverá ser capaz de identificar os possíveis sinais de perigo para a sua gestação, estando entre eles, sangramento vaginal, dor abdominal, edema das mãos ou dos dedos, cefaléia grave ou persistente, distúrbios visuais, vômitos persistentes, calafrios, febre, dor ao urinar, falta de ar e alteração significativa do padrão de atividade fetal. Ressalta-se que todos esses sinais e sintomas podem indicar uma complicação grave (MELSON et al., 2002).

O enfermeiro deverá também orientar a gestante quanto aos sinais de trabalho de parto iminente e critérios para ir ao hospital, quais sejam, ruptura das

membranas; contrações regulares sentidas no abdome e no dorso, que ocorrem a intervalos de 5 a 10 minutos e com aumento da intensidade e da duração.

Como se sabe, muitas mulheres têm adiado a gravidez, deixando para engravidar com mais idade e também se sabe que essa atitude tem se dado devido à modificação dos papéis desempenhados pelas mulheres, o progresso tecnológico, os métodos anticoncepcionais mais eficazes e os determinantes.

Contudo, a gestante com idade mais avançada tem mais probabilidade de apresentar hipertensão crônica, *diabetes mellitus* gestacional, placenta prévia ou descolamento prematuro da placenta e pré-eclâmpsia. Essas condições crônicas associadas à idade precedem à gravidez e podem causar alterações profundas (MELSON et al., 2002).

Diante dessa problemática, o enfermeiro deve saber quais as intervenções necessárias e adequadas para cada possível complicação, sendo que a melhor hora para detectar e solucionar tais problemas ocorre durante o pré-natal.

3.2 Assistência nas Consequências da Gravidez Tardia

O enfermeiro deverá estar preparado para reconhecer cada complicação e para prestar a assistência adequada a cada uma delas.

As consequências mais comuns, advindas de uma gravidez tardia foram estudadas no capítulo anterior, já a assistência do enfermeiro nestas consequências será estudada a seguir.

3.2.1 Descolamento prematuro da placenta

Para que a assistência de enfermagem seja adequada nos casos de descolamento prematuro da placenta o enfermeiro deverá saber quais são os sinais e sintomas dessa complicação, sendo eles: dor abdominal forte e súbita; hipertonia uterina acentuada, devido à presença de sangue, que leva à irritação miometrial; sangramento vaginal intenso, escuro e sem coágulos, podendo não se exteriorizar em 20% dos casos, com formação do hemoâmnio; sofrimento fetal agudo ou morte

fetal; hematoma retroplacentário causado pela formação do coágulo na região posterior da placenta; sinal da cratera, que é a impressão do coágulo no leito da placenta, sendo patognomônico do DPP (AJEJE; WAGNER; VIATTI, 2004).

Ressalta-se que o tratamento do DPP deve ser individualizado, baseando-se na extensão do descolamento e nas condições maternas e fetais. Assim, para cada possível diagnóstico apresentado ao caso concreto, deverá, o enfermeiro, prestar a intervenção adequada.

Caso a paciente apresente déficit de volume de líquidos relacionado com o sangramento, a assistência de enfermagem se dará através da avaliação do sangramento a cada 30 minutos, ou de acordo com a gravidade das condições da paciente, monitoração do nível de hemoglobina (Hb) e o hematócrito (Ht) e dos fatores da coagulação; manutenção da hidratação; administração de sangue total fresco, papa de hemácias, crioprecipitado, plasma ou plaquetas, de acordo com a prescrição médica; no período puerperal. Deverão, ainda, ser feitas massagens uterinas, observando-se, sempre, a contratilidade do útero; manutenção do repouso ao leito em decúbito lateral esquerdo, caso seja possível, ou pelo menos em uma posição inclinada para a esquerda, com a elevação dos pés da cama a 30 graus; administração de oxigênio por máscara a uma taxa de 7 a 10 l/minuto, de acordo com a gravidade da paciente (MELSON et al., 2002).

Além do mais, se a gestante apresentar dor relacionada com hipertonia uterina, hiperestesia do fundo do útero e contrações uterinas contínuas e atípicas, deve ser estabelecida uma relação inicial com a gestante. A dor deve ser avaliada, incluindo a qualidade, a frequência, a localização e a intensidade do sistema; os estímulos ambientais perturbadores deverão ser reduzidos; bem como medidas de conforto, incluindo trocas de posição, técnicas de relaxamento, massagens e terapia com florais, devem ser proporcionadas. Destaca-se que a administração analgesia farmacológica deve ser realizada com cautela (BRASIL, 2000).

3.2.2 Placenta prévia

Na placenta prévia (PP) “O risco aumenta com a paridade, idade avançada gestação múltipla, fibrose uterina associada a uma cirurgia pregressa e eritroblastose fetal.” (MELSON et al., 2002, p. 53).

Para prestar a devida assistência à gestante tardia o enfermeiro deverá estar atento aos vários possíveis fatores que poderão influenciar no tratamento da PP. Estes, como mencionam Ajeje, Wagner e Viatti (2004, p. 278), são: “[...] idade gestacional, a viabilidade fetal, o volume de sangramento vaginal, a classificação da placenta prévia, a apresentação fetal, a posição e a situação fetal, o grau de dilatação cervical e a presença ou não de contrações uterinas,” visto que, serão esses fatores que indicarão a conduta correta a ser tomado pelo mesmo.

Ressalta-se que nas gravidezes com menos de 37 semanas, a conduta a ser adotada pelo enfermeiro será a de apenas acompanhar a gestante, sem a necessidade de se fazer intervenções, desde que o sangramento não coloque a mesma em risco, sendo que esta conduta incluirá também:

- Repouso relativo;
- Internação para avaliação do sangramento e das condições do colo;
- Contraindicação de coito e de exame digital;
- Corticoterapia para maturação pulmonar, prevenindo as complicações pulmonares fetais e diminuindo o risco de hemorragia intracraniana, se ocorrer parto pré-termo (antes de 34 semanas);
- Medicamentos tocolíticos, quando em trabalho de parto pré-termo, em casos selecionados, enquanto se aplicam os corticóides;
- Suplementação de ferro e ácido fólico devido à perda sangüínea;
- Monitorização dos níveis hematimétricos;
- Transfusão sangüínea em caso de anemia intensa;
- Apoio psicológico. (AJEJE; WAGNER; VIATTI, 2004, p. 278).

Entretanto, nas gestações com mais de 37 semanas, a conduta será a sua interrupção, através da cesariana, pois essa atitude diminui as taxas de morbimortalidade materna e perinatal principalmente (BRASIL, 2000).

Assim, caso a gestante apresente PP, o enfermeiro deverá estar atento aos seus sinais, para assim fazer a intervenção necessária e lembrar que este deverá ser sempre cordial com a gestante, para passar mais segurança à mesma.

3.2.3 Abortamento

Nos casos de suspeita de abortamento o enfermeiro deverá estar preparado para prestar a assistência adequada à gestante, devendo ele: monitorar os sinais de abortamento iminente, a começar pela determinação da data da última menstruação

(DUM), estimar a idade gestacional e examinar os resultados dos testes para gravidez; avaliar o sangramento vaginal ou manchas de sangue nas roupas íntimas, existência de cólicas semelhantes às cólicas menstruais ou dor lombar baixa, principalmente após o sangramento começar e o desaparecimento dos sinais e sintomas da gravidez, tais como náuseas e hiperestesia mamária; preparar a gestante para o exame ultrassonográfico, caso seja solicitado, advertir à mesma para não urinar nem ingerir líquidos antes do exame; orientar a grávida quanto ao tratamento clínico domiciliar, incluindo-se: repouso ao leito, abstinência sexual, principalmente o coito, o orgasmo e a estimulação do mamilo, não aplicar duchas nem catárticos e da importância de avisar ao profissional de saúde apropriado quando houver sangramento ou cólicas persistentes ou mais graves. O enfermeiro deverá, ainda, realizar a avaliação da gestante de hora em hora, ou de acordo com condições da mesma, para detectar sangramento, e, em caso positivo, deverá observar o sangramento vaginal, incluindo a cor, quantidade de absorventes perineais usados, o grau de impregnação e o peso do absorvente e sangramento associado a golfadas de sangue; ficar atento à eliminação de coágulos numerosos ou grandes e de tecidos, realizar o recolhimento de todos os tecidos eliminados; fazer a monitoração da grávida para sinais como inquietude, taquicardia, hipotensão, sudorese e palidez; e monitoração do nível da Hb e o Ht (MELSON et al., 2002).

Através dessas intervenções o enfermeiro será capaz de proporcionar à gestante uma assistência adequada. Ademais, ele deverá estabelecer uma relação inicial, chamando-a pelo seu nome, para lhe transmitir maior confiança, além de não deixá-la sozinha por longos períodos para que a grávida não se sinta desamparada, visto que, esse sentimento será prejudicial à mesma, por estimular sentimento, tais como, raiva e resistência ao acompanhamento de enfermagem.

3.2.4 *Diabetes mellitus* na gravidez

A assistência à grávida com presença de *diabetes mellitus* deverá começar desde antes da concepção, através da realização do controle glicêmico.

Diante disso, o papel do enfermeiro é fundamental, visto que este deverá orientar a futura mãe a seguir a dieta, ao controle da glicemia, ao regime insulínico e aos exercícios físicos.

Segundo Santos, Cândido e Sala (2004, p. 481) quando há a ocorrência de *diabetes mellitus* na gravidez:

Um dos principais objetivos do tratamento é manter adequado controle glicêmico desde a pré-concepção até o pós-parto. É necessário o acompanhamento da gestante por equipe multidisciplinar, para a observação rigorosa da dieta, da insulinoterapia, dos exercícios físicos e do controle da glicemia.

Diante disso, cabe ao enfermeiro ensinar a gestante a monitorar os níveis da glicose em casa, quatro vezes ao dia: em jejum, antes e após uma refeição e na hora de deitar-se. Caso a gestante esteja internada, ele deverá monitorar a glicemia e a glicosúria conforme as prescrições do médico. Além do mais, o enfermeiro deverá acolher a gestante como parte da equipe de assistência à saúde; reforçar as instruções relativas ao controle do diabetes; informar que o controle glicêmico nos primeiros estágios da gestação diminui o risco de anomalias congênitas. O enfermeiro deverá, ainda, fornecer informações sobre o diabetes e seu controle, de forma clara e direta, certificar-se de que a grávida compreendeu-as e fornecer um dado novo de modo lento e gradativo, assim ele deverá: incluir informações sobre dieta, testes sanguíneos, administração da insulina e monitoração da glicose, reações hipoglicêmicas e medidas para corrigi-la, e controle das infecções; enfatizar a prevenção, demonstrar como se faz um teste sanguíneo e aplicação de insulina e seguidamente pedir para que a gestante faça demonstrações do teste sanguíneo e da aplicação de insulina, e, finalmente, encaminhar a grávida a um grupo de apoio a diabéticos (MELSON et al., 2002).

3.2.5 Síndromes hipertensivas na gravidez

Quando a gestante apresenta quadro de hipertensão na gravidez, a atitude a ser tomada pelo profissional de enfermagem consiste em fazer o controle da hipertensão durante a gravidez, visto que este está associado à menor ocorrência de

crise hipertensiva, entretanto, não altera a incidência de pré-eclâmpsia sobreposta. Ressalta-se que, para as grávidas gestantes de baixo risco, ele deverá aconselhá-la a praticar hábitos de vida saudável e repouso, já para as grávidas de alto risco, ou aquelas que apresentaram agravamento de sua doença durante a gravidez, deverá ser feita terapia medicamentosa (OLIVEIRA, 2004).

A gestante tardia que apresentar hipertensão deverá: ter sua pressão arterial monitorada pelo enfermeiro a cada consulta na clínica, sendo que, para a realização desse monitoramento o enfermeiro deverá usar o mesmo braço e certificar-se de que a gestante esteja na mesma posição, todas as vezes que você aferir a pressão arterial; confirmar os valores pré-concepcionais e monitorar as tendências, incorporar o perfil de risco aos resultados da avaliação clínica, o desenvolvimento de proteinúria pela gestante e de edema patológico não-descendente (principalmente mãos e face) incorporando suas observações a um perfil clínico completo; Realização, pelo enfermeiro, de monitoração rigorosa de seu ganho ponderal, devendo ele recomendar à gestante que se pese diariamente em casa, confirmar o peso da mesma nas consultas clínicas, deverá analisar alterações acentuadas ou progressivas, orientar a grávida a aumentar a ingestão protéica da cota dietética recomendada para gestantes (1 g/kg/dia) para 1,5 g/kg/dia, a manter uma ingestão normal de sódio (2 a 6 g por dia) e evitar o consumo excessivo e o uso de diuréticos (MELSON et al., 2002).

Ressalta-se que o profissional de enfermagem deverá, primeiramente, estabelecer uma relação inicial de cordialidade, respeito e atenção à gestante tardia e aos seus acompanhantes, na busca de obter a confiança da mesma e de seus familiares.

3.2.6 Parto prematuro

A grávida tardia é mais propícia a desenvolver malformações fetais que, não raro, determinam parto pré-termo induzido. Diante disso, a mesma deverá ser orientada à prática de hábitos de vida saudáveis, antes e durante a gravidez, visto que estes repercutem na evolução e na duração da gestação. Assim, o profissional de enfermagem deverá orientar a gestante a não fazer uso de tabaco, álcool e

drogas, a evitar trabalho excessivo e estafante, visto que estes contribuem para o parto pré-termo.

Além do mais, o enfermeiro deverá estar atento para sinais de pobreza, miséria, ignorância e analfabetismo, tendo em vista que estes são parceiros constantes de outros fatores de risco (CORRÊA; CORRÊA JÚNIOR, 2004). Esses autores esclarecem ainda que:

Associam-se a todos esses fatores a alimentação deficiente, o trabalho excessivo, cuidados de higiene deficientes, maior freqüência de infecções genitais e cuidados pré-natais deficientes ou ausentes. Tudo isso, isolado ou em conjunto, se constitui em fatores de risco para o parto pré-termo. Estudo realizado em 1.513 gestantes demonstrou que condições socioeconômicas adversas associaram-se ao parto pré-termo. (CORRÊA; CORRÊA JÚNIOR, 2004, p. 309)

Outros fatores associados ao parto prematuro podem ser identificados na tabela 5, dos quais os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento, para assim prestar a devida assistência.

Tabela 5 - Outros fatores associados ao parto prematuro

Fatores	Comentários
Antecedentes Ginecológicos	Algumas doenças ginecológicas associam-se ao parto prematuro. É o que acontece com a miomatose uterina, a incompetência cervical, a hipoplasia, as aderências e as malformações do útero.
Antecedentes Obstétricos	A história de parto prematuro é, seguramente, o fator de risco mais importante para parto prematuro subsequente, segundo se comprova em dados de literatura. O risco de recorrência aumenta quando aumentam os números de partos prematuros anteriores e aumenta ainda mais quando diminui a idade gestacional.
Intercorrências Gestacionais	Determinadas intercorrências gestacionais que começam com a gestação - prenhez gemelar - ou que se manifestam na sua evolução, alterações no líquido amniótico, alterações nas condições anatômicas ou funcionais da placenta contribuem para a antecipação do parto. As doenças sistêmicas prévias que se agravam na gestação, ou então, doenças próprias da prenhez, como pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, podem determinar o parto pré-termo induzido. Traumatismo e cirurgias na gravidez também contribuem para o parto prematuro. A participação do traumatismo no parto prematuro depende do tipo, da intensidade e da região do organismo materno atingido. Traumatismos violentos sobre o abdome podem determinar rotura uterina, descolamento prematuro da placenta, óbito fetal ou início das contrações uterinas. Tudo isso contribui para o parto prematuro espontâneo ou induzido. O estresse, tanto o físico como o emocional, pode contribuir para a liberação excessiva de catecolaminas e estimular as contrações uterinas.
Fatores Assistenciais	Indiretamente, a assistência pré-natal inadequada ou ausente também contribui para o parto pré-termo: não se identificam nem se afastam possíveis fatores de risco.
Fatores Iatrogênicos	Ainda acontecem partos prematuros por iatrogênica: retirada prematura do feto, sem indicação médica.

Fonte: CORRÊA; CORRÊA JÚNIOR, 2004, p. 309

Assim, dentre as ações a serem tomadas pelo enfermeiro durante a eminência de trabalho de parto prematuro, destacam-se: primeiramente estabelecer uma relação inicial com a paciente e ou pessoas que lhe forem significativas; após, verificar se a grávida sente dor e quais são as suas características, providenciar medidas de conforto, incluindo-se mudanças de posição, técnicas de relaxamento, massagem terapia com florais, use analgesia farmacológica com cuidado; revisar a história menstrual da paciente, incluindo regularidade, duração, características de cada menstruação e a data do último período menstrual; monitorar a existência de sinais de falso trabalho de parto e de sinais de trabalho de parto verdadeiro; orientar a gestante para reconhecer os sinais e sintomas do trabalho de parto prematuro e a notificar quaisquer indicações imediatamente; recomendar hidratação adequada; realizar medidas terapêuticas conservadoras, incluindo-se repouso ao leito com a cabeceira da cama ligeiramente elevada e, se possível, colocar a paciente em decúbito lateral; explicar que ela não pode aplicar enemas e deve evitar relações sexuais (MELSON et al., 2002).

De todo o exposto, observa-se que, durante a assistência de enfermagem na gravidez tardia, tanto durante a assistência pré-natal, quando na assistência nas complicações, a principal intervenção do profissional de enfermagem é manter uma relação inicial de cordialidade, respeito e atenção à gestante tardia e aos seus acompanhantes durante a assistência prestada, visto que esta atitude do enfermeiro transfere à gestante segurança, tranquilidade e confiança no profissional. Assim que esteja estabelecida essa relação de confiança entre enfermeiro e grávida, o mesmo terá maior acessibilidade a gestante podendo proporcionar à mesma a assistência devida, com mais facilidade e tranquilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que as mulheres modernas têm deixado para engravidar cada dia mais tardiamente, entretanto estas mulheres estão mais propícias à complicações no período gestacional, pois a partir dos 35 anos as mulheres ficam mais expostas a fatores que são capazes de comprometer a fertilidade, tais como, inflamação nas trompas, aparecimento de miomas ou endometriose, pois, é nessa idade que a taxa de reprodução feminina começa a cair.

Contudo, ficou claro que a mulher pode ter uma gravidez sadia e tranquila após os 40 anos, mas é preciso que ela assuma os riscos de sua escolha, devido à maior probabilidade desta gestação apresentar complicações. Diante dessa escolha, constatou-se que é indispensável a toda mulher grávida realizar o pré-natal de forma mais detalhada, com exames específicos e uma assistência na gravidez mais frequente, pois, assim, as complicações inerentes a uma gestação tardia podem ser controladas e até mesmo evitadas.

Além do mais, observou-se que a prática de atividade física, durante a gestação, trás vários benefícios à grávida, uma vez que contribui para que esta não ganhe muito peso, tenha um parto mais fácil, reduz e previne as lombalgias e o estresse cardiovascular, o que se reflete, especialmente, em frequências cardíacas mais baixas, maior volume sanguíneo em circulação, maior capacidade de oxigenação, com a conseqüente diminuição de níveis pressóricos, prevenindo as trombozes e varizes e, com isto, reduzindo os riscos do aparecimento de diabetes gestacional.

No presente estudo, buscou-se saber quais são os motivos que estão levando as mulheres a adiarem a gravidez cada dia mais, chegando ao final à conclusão de que um dos principais motivos para o adiamento da maternidade para a mulher moderna tem sido a conquista do seu espaço no ambiente profissional.

Entretanto, observou-se que a probabilidade de desenvolver problemas de saúde ao longo da vida é maior nas mulheres que deixam para engravidar tardiamente do que naquelas que optam por uma gravidez mais cedo. Contudo,

mesmo com a grande possibilidade de complicações que a mulher pode sofrer no caso de optar por uma gestação tardia, constatou-se que a mulher não pode abandonar o sonho de ser mãe simplesmente pelo fato de poder ter complicações, visto que a gravidez, mesmo que tardia, poderá transcorrer tranquilamente, se for devidamente assistida por um profissional da área da saúde.

Neste contexto surge a figura do enfermeiro, o qual é peça essencial na assistência à gravidez, sendo indispensável a sua atuação nas gestações tardias, em razão das suas possíveis complicações. O enfermeiro que irá acompanhar a grávida com mais de 40 anos deverá saber orientar esta grávida durante o pré-natal, bem com saber diagnosticar e solucionar os possíveis problemas ocasionados durante a gravidez, para que a gestação desta corra da melhor forma possível. Além do mais, ele deve saber quais as intervenções necessárias e adequadas para cada possível complicação, sendo que a melhor hora para detectar e solucionar tais problemas ocorre durante o pré-natal. Finalmente, o enfermeiro deve manter com a gestante uma relação inicial de cordialidade, respeito e atenção, transferindo para a gestante segurança, tranquilidade e confiança.

REFERÊNCIAS

AJEJE, R.; WAGNER, A.; VIATTI, A. A. Hemorragias Da Segunda Metade Da Gestação. In: CORR EA, M. D. et al. (ed.). **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. Cap. 18, p. 273-280.

ANDRADE, P. C. et al. Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 697 – 702, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

BARBOSA, C. P. Gravidez Tardia. **Idmed**. Campinas, 25 jun. 2008. Disponível em: <[http://www.idmed.com.br/gravidezMateria.php?sessao=gravidez&topico=1&mat ria=1](http://www.idmed.com.br/gravidezMateria.php?sessao=gravidez&topico=1&matéria=1)>. Acesso em: 04 abr. 2009.

BASTOS, V.; FARIA, C. Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos. **NASCER E CRESCER: revista do hospital de crianç as Maria pia**. Porto, v. XII, n. 4, p. 254 – 256, 2003. Disponível em: <<http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol12403/Gravidez%20em%20mulheres.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2009.

BATISTA, D. C., et. al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**. Recife, v. 3, n. 2, p. 151 - 158, abr. / jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a04v03n2.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hemorragias. In: _____. **Urgências e Emergências Maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2 ed. Brasília, DF, 2000.

CECATTI, J. G. et. al. O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 389-394, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n7/a04v20n7.pdf>> Acesso em: 21 jul. 09

CHISTÓFALO, C.; MARTINS, A. J.; TUMELERO, S. A prática de exercício físico durante o período de gestação. **Revista Digital**. Buenos Aires, ano 9, n. 59, abril,

2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd59/gestac.htm>>. Acesso em: 03 set. 2009.

CORRÊA, M. D.; CORRÊA JUNIOR, M. D. Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia. In: CORRÊA, M. D. et al. (ed.). **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. Cap. 25, p. 361-381.

COSTA, R. Corpos (in)visíveis. Anulação e superação na fecundidade tardia. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5, 2004. Coimbra. **Actas dos ateliers...** Atelier corpo e sexualidade. Coimbra: Reflexividade e Acção, 2004. p. 37-47. Disponível em: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR49f72d08b2440_1.pdf>http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR49f72d08b2440_1.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2009.

_____. “Novos filhos”, “novas famílias” e “famílias novas”: notas sobre conjugalidade e fecundidade tardia. CONGRESSO DE LUSO- AFRO-BRASILEIRO DE CIENCIAS SOCIAIS, 8, 2004. Coimbra, **Anais...** Coimbra: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora, 2004. p. 1 – 15. Disponível em: <<http://www.ces.fe.uc.pt/lab2004/pdfs/RosalinaCosta.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

DIAS, A. C. Viva Bem: Gravidez tardia, uma opção da mulher contemporânea. **Diário Popular**. Pelotas, 06 mar. 2007. Disponível em: <http://www.diariopopular.com.br/06_03_07/vivabemcentral01.html>. Acesso em: 04 abr. 2009

IBGE. **Revista do Censo 2000 nº 10**. Rio de Janeiro: Publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/revista10.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

HORTA, C. J. G.; FONSECA, M. C. Evolução recente da fecundidade em Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 9, 2000. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2000. p. 701-719. Disponível em: <<https://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2000/2000/JULIA.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

KAHHALE, S.; TAKIUTI, N. H.; ZUGAIB, M. Hipertensão na Gravidez. In: KAHHALE, S.; VASCONCELOS, M. (ed.). **Hipertensão na Gravidez: Manual de Orientação**. Belo Horizonte: FEBRASGO. 1997. Cap. 2, p. 7-10.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

MAGALHÃES, D. R. B.; MAGALHÃES, E. B.; MOREIRA, A. B. C. Assistência Pré-Natal. In: CORRÊA, M. D. et al. (ed.). **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. Cap. 6, p. 69-89. (pág. 96 manual Luciana)

MELSON, K. A., et al. **Enfermagem materno-infantil**: planos de cuidados. 3 ed. Tradução de COSENDEY, C. H., Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J. R. **Resende Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

OLIVEIRA, S. F. Hipertensão Arterial Crônica. In: CORRÊA, M. D. et al. (ed.). **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. Cap. 33, p. 461-470.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Experiência da Gravidez Após os 35 Anos de Mulheres com Baixa Renda. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 385 – 392, abr./jun, 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2019.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2009.

PASSOS, S. Gravidez Tardia. **Vila Filhos**. [online]. 03 fev. 2009. Disponível em: <<http://vilamulher.terra.com.br/mae-filhos-familia/materia/planejamento/20-gravidez-tardia.html>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

RUIVO, R; RUIVO, J. “**Treinar na gravidez**” – gestação e exercício físico. [online]. Disponível em: <<http://efartigos.atspace.org/gravidez.html>>. Acesso em: 26 maio 2009.

SOARES, S; FERNANDES, R. **Actividade física durante a gravidez**. [online]. Disponível em: <<http://www.mulheresdesporto.org.pt/21%20-%20Actividade%20f%EDsica%20durante%20a%20gravidez.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2009.

TIR, J. Gravidez tardia. **Meu Nenê**. [online]. ed. 108, abr. 2007. Disponível em: <<http://meunene.uol.com.br/Edicoes/108/artigo46185-1.asp>> Acesso em: 20 fev. 2009.

SANTOS, M.C; CÂNDIDO, D. F.; SALA, M. M. *Diabetes Mellitus*. In: CORRÊA, M. D. et al. (ed.). **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. Cap. 34, p. 471-487.