

Idade materna: resultados perinatais e via de parto

Maternal age: perinatal outcomes and mode of delivery

Editorial

A gravidez e o parto nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre foram cercados de mitos, marcados por diferenças culturais que consideram a gravidez precoce ou na idade avançada, ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica. Os avanços da medicina tornaram as gestações mais seguras em qualquer época da vida reprodutiva, e aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos ou dominados baseados em dados com suporte em evidências científicas. Isso fica claro quando tomamos, por exemplo, o pior desfecho possível dentro da Obstetrícia, que é a mortalidade materna (MM). A MM desenha uma curva em “J”, na qual as duas extremidades mais elevadas mostram maior risco de morte nos extremos de vida reprodutiva, sendo esse risco ainda mais elevado entre as mulheres com gestação tardia. Em países desenvolvidos, o risco de MM é duas vezes maior quando a mulher engravida após os 35 anos e cinco vezes maior após os 40 anos^{1,2}. Entre as adolescentes, os dados sobre MM são ainda mais assustadores, levando-se em conta que geralmente não existem outros fatores de riscos biológicos ou médicos envolvidos, sobressaindo os de natureza psicossocial e de gênero, que elevam o risco de morte em quatro vezes para meninas entre 10 e 16 anos na América Latina³.

Os dados disponíveis para os extremos de idade são inconclusivos e continuam sendo largamente discutidos na literatura. Mulheres muito jovens e muito idosas são, entretanto, consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações de gravidez, parto e perinatais. No Brasil os números mostram grande variedade, conforme as regiões do país e extrato social. Para as mais jovens, as taxas mostram-se maiores nas regiões Norte e Nordeste (maior que 20%, às vezes superiores a 30%) e menores nas regiões Sul e Sudeste, em torno de 15%⁴. Estes números acompanham as figuras sociodemográficas em todos os países, a depender do nível de pobreza e educacional. No outro extremo, os nascimentos de mulheres com mais de 35 anos tem aumentado de forma consistente, tendência observada principalmente nos países industrializados. As mudanças nos hábitos e na expectativa de vida da mulher estimulam a postergação do momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após serem atingidos outros objetivos de vida, pessoais e profissionais. Agrega-se a este panorama o formidável advento de técnicas de reprodução

Correspondência:

João Luiz Pinto e Silva
Divisão de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia
do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária – Barão Geraldo
CEP 13083-881 – Campinas (SP), Brasil
Fone/Fax: 3521-9304/3521-9477

Recebido

26/3/09

Aceito com modificações

23/7/09

Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Professor titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Professora de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

assistida, que permitem resultados de gravidez com taxas de sucesso significativas, mesmo em idades consideradas muito avançadas, em oposição aos processos naturais do ciclo reprodutivo⁵.

Define-se gestação tardia aquela que ocorre após os 35 anos de idade. Entretanto, muitos ainda subdividem o grupo entre mulheres até 40 anos e com mais de 40 anos, por ser evidente o aumento do risco materno e perinatal ultrapassada a quarta década de vida da mulher. Dados de 2006 do DATASUS mostram um aumento de 7,9 para 9,6% de gestações neste período da vida. As mulheres que engravidam mais tardiamente, em grande parte dos casos, apresentam ótimo estado de saúde, gestações planejadas e desejadas, muitas vezes de reprodução assistida, não raro pela redução de fertilidade que a idade representa. Além desse grupo, que seria o de menor risco e melhores condições socioeconômicas, entre as gestantes tardias estão também aquelas que foram mães mais cedo e agora são múltíparas, com ou sem comorbidades associadas, e que se tornam um contingente vulnerável a merecer atenção especializada. Em países desenvolvidos, a gestação em mulheres acima de 35 anos aumentou substancialmente, como nos Estados Unidos em 2005, em que 14,4% das gestações foram de mulheres acima de 35 anos⁶. A média de idade ao primeiro parto também aumentou para 25,2, 28,3 e 29,6 anos, respectivamente para os Estados Unidos, Suécia e Canadá⁶. Nos países em desenvolvimento, grande parcela das gestações tardias é de mulheres com maior risco obstétrico, as quais começaram a vida reprodutiva mais cedo e trazem o problema inerente à multiparidade.

Na contramão dos fenômenos sociais, da melhora da qualidade de vida e melhor planejamento familiar estão as adolescentes, grupo que nas últimas décadas tem apresentado idade da menarca cada vez mais precoce, início mais cedo das relações sexuais, e gravidezes cada vez mais jovens. É claro que a menarca precoce é só um dos fatores a ser destacado neste fenômeno de etiologia multifatorial e, provavelmente, o menos importante⁷. As adolescentes apresentam elevação dos índices de gravidez, enquanto as outras mulheres em idade reprodutiva têm apresentado taxas de fertilidade cada vez menores⁴.

Inúmeros mecanismos estão ligados a esse fenômeno social e não são nada envidescadores para os países que apresentam elevadas taxas de gestação entre adolescentes. A violência doméstica, a baixa escolaridade, o sexo sem proteção, as condições socioeconômicas desfavoráveis, as questões de gênero em geral e a falta de perspectivas pessoais são alguns dos problemas que habitualmente acompanham esta situação^{7,8}. A estimativa mundial é de que, por ano, 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos tenham filhos (aproximadamente 11% de todos os nascimentos), sendo que 95% desses partos acontecem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Na América Latina, em 2006, a taxa de nascimentos nessa faixa de idade foi de 18%³. Estima-se que em torno de 10% das adolescentes que iniciam atividade sexual antes dos 15 anos são vítimas de violência sexual, o que aumenta o número de gestações indesejadas e que, aproximadamente 2,5 milhões de adolescentes por ano se submetem ao aborto inseguro³.

Existe um impacto da idade da mulher sobre os resultados perinatais: as mulheres nos extremos de idade têm em geral resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos, e mais elevado em outras situações como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas⁶.

O abortamento espontâneo ocorre com maior frequência entre as gestantes mais idosas, devido ao aumento das trissomias e aneuploidias, pela menor qualidade dos oócitos, e possivelmente por variações hormonais próprias do período⁹. Esse risco chega a 25% nas mulheres entre 35 e 40 anos e a 51% nas mulheres com mais de 40 anos¹⁰. Segundo o FASTER Trial, estudo desenhado para avaliar o impacto da idade materna sobre os resultados obstétricos, em banco de dados de origem multicêntrica com 36.056 gestações, o risco de abortamento espontâneo após dez semanas de gestação foi de 0,8 para mulheres com menos de 35 anos, 1,5 para mulheres entre 35 e 40 anos e 2,2 para mulheres com mais de 40 anos¹¹. As malformações congênitas, não relacionadas à aneuploidias, também são mais frequentes entre as gestações tardias e entre as adolescentes. As malformações cardíacas em geral, hipospádia e defeitos do fechamento da linha média são os defeitos mais prevalentes¹².

A presença de condições patológicas entre gestantes com mais de 35 anos faz com que esse grupo seja hospitalizado durante a gravidez três a quatro vezes mais que em outras faixas de idade, sendo a hipertensão arterial (HA) a complicação clínica mais comum na gestação dessas mulheres. A HA associa-se claramente com resultados maternos e perinatais adversos e está entre as principais causas de MM no Brasil^{13,14}. O risco de diabetes também aumenta com a idade, chegando a ser seis vezes maior entre as mulheres com mais de 40 anos¹¹.

Complicações obstétricas como placenta prévia e descolamento prematuro da placenta também são mais frequentes entre as gestações tardias. Entretanto, quando são controladas a paridade e a HA, o risco de descolamento prematuro de placenta desaparece, tendo a placenta prévia risco independente relacionado à idade materna. Nulíparas com mais de 40 anos têm risco dez vezes maior que nulíparas entre 20 e 30 anos para placenta prévia¹⁵.

A morbidade perinatal relacionada ao baixo peso ao nascimento e à prematuridade também se concentra entre mulheres nos extremos da vida reprodutiva, embora os fatores causais ou associados aos desfechos desfavoráveis aparentemente ser completamente distintos. Nas adolescentes, o pré-natal tardio ou deficiente, o ganho ponderal inadequado e a infecção urinária são mais frequentes, enquanto entre mulheres com mais de 35 anos aumenta a ocorrência de comorbidades associadas, como diabetes, hipertensão, obesidade, que são por sua vez causas associadas à prematuridade iatrogênica. Nessas faixas etárias também são mais comuns as doenças com vasculopatia, principal causa do crescimento fetal restrito, sendo causas agudas entre as adolescentes e crônicas entre as de idades mais avançadas^{7,16-18}.

O risco de mortalidade perinatal, e principalmente de óbito fetal, cresce com o aumento da idade materna e tem uma ascensão mais acentuada nas últimas semanas de gestação, muitas vezes levando à morte intrauterina de fetos viáveis, sem que se consiga o diagnóstico preciso do fator causal¹⁸.

A relação da idade materna com a via de parto também é muito discutida e a maioria dos estudos que analisam essa relação utiliza um limitado número de casos compilados de diferentes instituições médicas^{19,20}. Um estudo realizado, em Taiwan com uma série de casos de 502.524 nascimentos com feto único, apresentou altas taxas de cesáreas (32,1%) e essa taxa foi crescente proporcionalmente à idade materna. A taxa de cesárea em menores de 20 anos foi de 17,7%, 27,4% entre 20 a 29 anos, 37,4% entre 30 a 34 anos e de 47,5% no grupo com mais 34 anos. A probabilidade de cesáreas aumenta claramente com a idade, mesmo após o ajuste de várias características da instituição e de diferenças na atenção e cuidados médicos¹⁹. Outro estudo analisou a mesma associação em 6.805 mulheres com fetos vivos, e com partos prévios. O risco de cesárea nas mulheres com mais de 35 anos foi maior que nas mulheres com menos de 20 anos, sem fatores de ajuste, e essa diferença desapareceu com o ajuste de alguns preditores obstétricos. Entre as nulíparas, houve maior taxa de cesárea entre as mais velhas mantendo-se este resultado mesmo quando controladas as variáveis confundidoras²⁰.

A via de parto, levando-se em consideração a idade materna, sempre foi uma questão polêmica, baseada no preconceito de que as adolescentes não estivessem “prontas” para dar à luz por parto vaginal, com bacias e musculatura uterina imaturas para a parturição e por despreparo emocional. Os dados da literatura mostram exatamente o contrário, e o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto. As taxas de cesariana vão aumentando com o avançar da idade materna. Entre as mulheres acima de 35 anos, como descrito anteriormente, existem dois grupos distintos: aquelas que iniciaram a vida reprodutiva tardiamente e têm gestações planejadas, com ou sem fertilização assistida em que indicação de cesariana é mais liberal por apresentarem futuro reprodutivo previsível; e o das múltiplas com taxas anteriores elevadas de parto vaginal, lembrando que nesse grupo estão também as mulheres com cesariana iterativa, pós-datismo, macrossomia fetal, acretismo placentário, e outras comorbidades que elevam a incidência de complicações e de partos operatórios.

A taxa ideal de cesariana preconizada pela Organização Mundial da Saúde para população de baixo risco gira em torno de 15%, valores que passam por processo de revisão e discussão pela superação contínua destas metas em muitos países com diferentes características sociodemográficas. Entretanto, taxas acima de 40% são consideradas extremamente elevadas mesmo para hospitais terciários de complexidade de risco maior, sugerindo-se a adoção de várias estratégias para reverter estes números indefensáveis.

O texto apresentado neste número e que aborda esse tema²¹ chama atenção para alguns destes aspectos e, dentre eles, a questão da via de parto e sua distribuição nas diferentes faixas etárias, o que não necessariamente reproduz a situação do país. O Brasil, por sua extensão territorial e diferenças sociais imensas, apresenta muitos locais e serviços com características peculiares como a maternidade estudada em São Luiz do Maranhão. A porcentagem nacional de partos em adolescentes ainda é muito elevada, em torno de 10 a 20%, 17% em São Paulo em 2004 segundo a Secretaria da Saúde do Estado, mas não chega a ser a quarta parte do total de casos. Da mesma forma, o número de partos em mulheres com mais de 35 anos também gira em torno de 10 a 15% sendo, portanto, maior que a citada no referido serviço. A maioria dos estudos indica que a partir dos 35 anos, as taxas de cesariana, a chance de fracasso na prova de trabalho de parto e as taxas de complicações em geral aumentam, ocorrendo o contrário entre as adolescentes. A exclusão feita das mulheres com comorbidades e gestações múltiplas como critério de seleção deste trabalho também precisa ser mencionada. Por se tratar da avaliação de uma determinada população em um determinado período, esses dados poderiam estar incluídos para a análise geral, e excluídos em algumas outras situações como na avaliação da prematuridade. Já a exclusão, da presença de morbidade materna, pode levar a um viés de seleção da população de mais idade, por retirar da análise comparativa fatores associados ao ciclo-gestacional típicos da idade da mulher, variável que poderia ser controlada com análises específicas multivariadas. Surpreende não ter havido descrição na seleção dos sujeitos para o estudo, nenhum caso de morbidade materna, considerando o número de mulheres entrevistadas e selecionadas para as análises finais.

Ainda com relação ao trabalho comentado, a tentativa de abortamento no início da gestação que não está descrita entre as variáveis estudadas, aparece entre os questionamentos realizados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e depois nos resultados. Devemos lembrar que em todos os estudos nacionais esse dado é sempre subnotificado pelo caráter de ilegalidade que essa afirmação pode acarretar, e sempre deve ser avaliado por sua relação com MM.

Também alguns conceitos relacionados às condições patológicas maternas, como a pré-eclâmpsia e o diabetes gestacional, devem ser questionados. A definição de pré-eclâmpsia utilizada não permitiu diferenciar os casos de HA prévia à gestação dos casos de pré-eclâmpsia pura ou sobreposta. O Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy utiliza a definição do The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de 2003²². Neste, a pré-eclâmpsia é definida como o aumento da pressão arterial com a presença de proteinúria a de instalação após a 20ª semana de gravidez, e a partir desta definição, toda a análise dessa variável fica prejudicada. Chama atenção a não ocorrência de HA pré-gestacional no grupo de mulheres com mais de 35 anos. O mesmo acontece para a definição utilizada para diabetes gestacional (glicemia em jejum >140 mg/dL na triagem universal). Essa definição também pode ser discutida se considerarmos durante a gravidez o diabetes gestacional como qualquer grau de intolerância à glicose, com início ou primeiro reconhecimento na gravidez²³.

De modo geral, os estudos que envolvem o impacto dos extremos de vida reprodutiva sobre a gravidez e o parto abordam vários fatores médicos, socioeconômicos, culturais e sem a adequada separação destas influências para a devida homogeneização das populações comparadas, o que compromete os resultados.

Preconiza-se a necessidade de serviços específicos para atendimento de grávidas adolescentes, com características multidisciplinares e interdisciplinares, envolvimento familiar e institucional no programa, facilitação dos acessos e a incorporação de profissionais motivados e engajados em todos os aspectos que envolvem a gravidez na adolescência e principalmente a atenção pós-parto^{7,24,25}.

Para as mulheres com mais de 35 anos, é estabelecido que estas constituem um grupo de risco bem determinado, o qual demanda cuidados especializados, igualmente multiprofissionais na perspectiva das complicações peculiares associadas à idade, e há uma tendência de incremento em todos os extratos sociais.

Referências

1. Callaghan WM, Berg CJ. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991-1997. *Obstet Gynecol.* 2003;102(5 Pt 1):1015-21.
2. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, et al. Pregnancy-related mortality surveillance-United States 1991-1999. *MMWR Surveill Summ.* 2003;52(2):1-8.
3. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2009 Jan 20]. Available from: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas de população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2005 [citado 2009 Feb 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>
5. Pinto e Silva JL, Bahamondes L. Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(12):759-67.
6. Fretts RC. Effect of advanced age on fertility and pregnancy in women [Internet]. 2009 [cited 2009 Jan 18]. Available from: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~kEI9dCJoVmsomVg#1>
7. Belo MAV, Pinto e Silva JL. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(4):479-87.
8. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs. unwanted. *Int Gynaecol Obstet.* 1998;63 Suppl 1:S151-6.
9. Hassold T, Chiu D. Maternal age-specific rates of numerical chromosome abnormalities with special reference to trisomy. *Hum Genet.* 1985;70(1):11-7.
10. Nybo Andersen A, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ.* 2000;320(7251):1708-12.
11. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Impact of patient age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 1):983-90.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program [Internet]. [cited 2009 Mar 7]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/factsheets/macdp.pdf>

13. Luke B, Brown MB. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod.* 2007;22(5): 1264-72.
14. Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Mello Jorge MHP. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, 1986. II- Mortes por causas maternas. *Rev Saúde Pública.* 1990;24(6):468-72.
15. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol.* 1999;93(1): 9-14.
16. Chacko MR. Pregnancy in adolescents [Internet]. 2009 [cited 2009 Jan 20]. Available from: <http://www.uptodate.com>
17. Bateman BT, Simpson LL. Higher rate of stillbirth at the extremes of reproductive age: a large nationwide sample of deliveries in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(3):840-5.
18. Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(3):764-70.
19. Lin HC, Sheen TC, Tang CH, Kao S. Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(12):1178-83.
20. Gareen IF, Morgenstern H, Greenland S, Gifford DS. Explaining the association of maternal age with Cesarean delivery for nulliparous and parous women. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(11):1100-10.
21. Santos GLN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):326-34.
22. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [Internet]. Bethesda; 2003 [cited 2009 Feb 11]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
23. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2004;27 Suppl 1:S5-10.
24. Carvacho IE, Pinto e Silva JL, Mello MB. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):29-35.
25. Carvacho IE, Mello MB, Morais SS, Pinto e Silva JL. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):886-94.