

O papel da paridade no tipo de parto em mulheres com idade materna avançada

Katrini Guidolini Martinelli ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0894-3241>

Silvana Granado Nogueira da Gama ²

 <https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>

Edson Theodoro dos Santos Neto ³

 <https://orcid.org/0000-0002-7351-7719>

^{1,3} Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos, 1468. Maruípe, Vitória, ES, Brasil. CEP 29.040-090. E-mail: katrigm@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever o perfil das mulheres brasileiras com IMA (≥ 35 anos) segundo a paridade, além de analisar o papel da paridade na relação entre IMA e tipo de parto.

Métodos: trata-se de um estudo transversal, baseado no inquérito "Nascer no Brasil". Os dados foram coletados em 2011/2012. Executou-se o teste qui-quadrado para verificar a associação entre paridade e características maternas, do pré-natal, parto, hábitos maternos, doenças pré-gestacionais, complicações maternas e antecedentes obstétricos.

Resultados: das 2.510 puérperas com IMA, 20,2% eram primíparas, 54,4% tinham um ou dois partos anteriores e 25,4% três ou mais partos anteriores. As primíparas apresentaram maior escolaridade, classe econômica mais elevada e IMC adequado, eram brancas; e possuíam melhores hábitos maternos quando comparadas às múltiparas. Entretanto, também foram mais submetidas à cesariana, ainda que sem intercorrências relatadas.

Conclusão: não se pode falar em gestantes com IMA como um grupo homogêneo no Brasil. Existem desigualdades que podem ser reveladas via paridade, uma vez que as primíparas apresentam características maternas, hábitos e acesso ao pré-natal e parto mais vantajosas que as múltiparas.

Palavras-chave Saúde materno infantil, Idade materna, Complicações na gravidez, Parto



Introdução

Idade materna avançada (IMA) é geralmente definida como a gravidez de mulheres com 35 anos ou mais. Tem se observado uma tendência mundial em postergar a gestação^{1,2} principalmente nos países de alta renda.³ No Reino Unido, a média de idade materna ao nascimento aumentou consideravelmente de 26,4 anos, na década de 1970, para 30,6, em 2018.⁴ Na Espanha, 38,7% dos partos foram de mulheres com 35 anos ou mais em 2016.⁵ Também países de média e baixa renda têm ampliado a frequência de mulheres com IMA. No Brasil, o percentual de partos em mulheres com IMA duplicou entre 1994 e 2018, passando de 7,6% para 15,5%.⁶

A tendência de adiar a maternidade, tem ocorrido em função do aumento da expectativa de vida, busca da mulher por mais oportunidades educacional e profissional, além da ampla oferta de métodos contraceptivos seguros e maior acesso à reprodução assistida,^{1,2,7} mesmo cientes de chances mais elevadas de intercorrências em uma gravidez tardia.⁸

Estudos têm apontado que as mulheres com IMA apresentam maior chance de doenças pré-gestacionais (hipertensão crônica e diabetes),⁹ complicações maternas (hipertensão gestacional, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta),¹⁰⁻¹² complicações perinatais (baixo peso ao nascer, prematuridade e natimortalidade)¹¹ e parto via cesariana.¹³

No entanto, a maioria dos estudos não tem considerado a paridade das mulheres com IMA como fator de confusão, visto que apresentam características e desfechos maternos distintos.^{2,10} Além disso, nos países de média/baixa renda as mulheres com IMA diferem significativamente quanto às características sociodemográficas e disponibilidade dos serviços obstétricos,¹⁴ que se reflete na paridade. Nesse contexto, este estudo tem o objetivo de descrever o perfil das mulheres brasileiras com IMA (≥ 35 anos) segundo a paridade, além de analisar o papel da paridade na relação entre IMA e tipo de parto.

Métodos

Os dados do presente estudo foram obtidos da pesquisa nacional de base hospitalar, "Nascer no Brasil", realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. A amostra foi selecionada em três estágios. Primeiro selecionou-se os hospitais com 500 ou mais partos/ano, que foram estratificados segundo macrorregiões do país (norte, sul, nordeste, sudeste e centro-oeste), localização (capital ou interior) e tipo

de serviço (público, privado ou misto). No segundo estágio, definiu-se o número de dias necessários para entrevistar 90 puérperas em cada um dos 266 hospitais selecionados no primeiro estágio (mínimo de 7 dias), utilizando o método de amostragem inversa. No terceiro estágio, as puérperas foram amostradas com igual probabilidade entre as elegíveis, de acordo com a ordem de ocorrência do parto. As entrevistas foram realizadas diariamente, incluindo finais de semana e feriados, por profissionais de saúde previamente treinados pela equipe de coordenação central da pesquisa.

Ao fim, foram realizadas 23.894 entrevistas face a face com as puérperas, cujos partos ocorreram naquela maternidade, coleta de dados do prontuário materno e do recém-nascido, do cartão de pré-natal da gestante e dos laudos de exames de ultrassonografia, além de duas ondas de entrevista telefônica com a mulher após o parto (seis e doze meses) e entrevistas com os gestores da unidade hospitalar. Foram elegíveis as mulheres com bebês nascidos vivos, independentemente da idade gestacional e do peso, ou natimortos com peso de nascimento ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas. Foram excluídas do estudo as mulheres que possuíam distúrbios mentais graves, eram estrangeiras ou indígenas que não entendiam o português e surdas.

Para esta análise foram inseridas apenas as puérperas com idade ≥ 35 anos (IMA) e utilizou-se as informações contidas na entrevista hospitalar com a puérpera, dados do cartão de pré-natal e do prontuário materno. Este último, foi coletado após a alta da mulher ou no 42º dia de internação hospitalar.

Foram consideradas características maternas: escolaridade materna (≤ 7 , 8 a 10, ≥ 11 anos), classificação econômica segundo a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (classes econômica A/B - alta, C - média, D/E - baixa), raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional - Kg/m^2 ($<18,5$ - abaixo do peso; 18,5-24 - normal; 25,0-29,9 - sobrepeso; 30,0 ou mais - obesidade), região de moradia (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), situação conjugal (sem companheiro e com companheiro) e trabalho remunerado (sim e não). E como hábitos maternos: uso de fumo durante a gestação (sim e não), consumo ≥ 3 cigarros/dia ou ≥ 15 cigarros sem ser todos os dias (sim e não) e suspeição de uso inadequado de álcool durante gestação (sim, quando a mulher obteve dois pontos ou mais em um total de sete utilizando o instrumento TWEAK).¹⁵

As variáveis relacionadas ao pré-natal e parto foram: local de pré-natal (apenas público e alguma

no privado), profissional que atendeu no pré-natal (médico, enfermeiro, outros e não fez pré-natal), tipo de financiamento do parto (público e privado), peregrinação para o parto – não conseguiu ser atendida na primeira maternidade procurada para o parto (sim/ não), tipo de parto (vaginal/ fórceps, cesariana com trabalho de parto e cesariana sem trabalho de parto) e adequação global mínima do pré-natal (adequado, inadequado).

Foi adotada a adequação global mínima do pré-natal recomendada pelo Ministério da Saúde, e adaptada por Domingues *et al.*¹⁶ O pré-natal foi considerado minimamente adequado quando o início da assistência ocorreu até a 12^a semana de gestação; quando o número de consultas foi adequado para a idade gestacional no parto; pelo menos um dos seguintes exames de rotina: sorologia para sífilis, glicemia de jejum, urina, sorologia para HIV e ultrassonografia; e relato materno sobre a orientação quanto a maternidade de referência.

Como doenças pré-gestacionais foram incluídas: diabetes e doença cardíaca. As complicações maternas abordadas foram: doença hipertensiva (hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP), diabetes e infecção urinária, todas classificadas em presente ou ausente. Também se levou em consideração a presença ou ausência de gestação múltipla. E os antecedentes obstétricos abordados foram: número de cesáreas anteriores (nenhuma, uma e duas ou mais), aborto anterior, histórico de prematuridade e histórico de baixo peso, esses últimos classificados em presente ou ausente.

Para definição de intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana considerou-se qualquer registro, no cartão de pré-natal ou no prontuário hospitalar, de alguma das seguintes situações: doenças clínicas pré-existentes, síndromes hipertensivas, diabetes (gestacional ou não), infecção pelo HIV, apresentação não cefálica do recém-nato, crescimento intrauterino restrito, oligodramnia, polidramnia, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, pós-maturidade, macrossomia, má-formação congênita grave, iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores), falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto (desproporção cefalopélvica, discinesia, distócia, ruptura uterina, período expulsivo prolongado e atonia uterina).¹⁷

Todas as análises foram realizadas segundo paridade: primíparas (mulheres sem parto anterior), um ou dois partos anteriores e três ou mais partos anteriores. Inicialmente, para verificar a diferença de proporções entre paridade e características maternas,

do pré-natal, parto, hábitos maternos, doenças pré-gestacionais, complicações maternas e antecedentes obstétricos, utilizou-se o teste qui-quadrado (*Rao-Scott*), considerando um intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, executou-se um fluxograma, visando identificar a associação entre alguma intercorrência na gestação, que poderia ser indicação de cesariana, e a via de parto final para nascimento do conceito.

O desenho complexo da amostragem foi levado em consideração durante toda análise estatística. Além disso, cada estrato de seleção recebeu um procedimento de calibração por razão de pesos amostrais básicos para assegurar que a distribuição das puérperas fosse semelhante à observada nos nascimentos da população amostrada em 2011, derivando percentuais ponderados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob nº 92/2010 e 2.041.963/2017 (CAAE: 63785517.2.0000.5240). Obteve-se o consentimento digital de cada puérpera após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido antes da entrevista.

Resultados

Participaram desta análise 2.510 puérperas com idade ≥ 35 anos, sendo 507 (20,2%) primíparas, 1.365 (54,4%) com um ou dois partos anteriores e 638 (25,4%) com três ou mais partos anteriores. É possível observar que as primíparas possuem características e hábitos maternos bem distintos das mulheres com histórico de três ou mais partos anteriores, enquanto o grupo de um ou dois partos possui características intermediárias aos grupos extremos. As primíparas têm maior escolaridade, pertencem mais à classe econômica com maior poder aquisitivo, são brancas em sua maioria, possuem maior percentual de IMC adequado, proporcionalmente se encontram mais na região Sudeste comparadas às demais, e quase 80% delas possui trabalho remunerado. Além disso, tiveram os menores percentuais para suspeição do uso inadequado de álcool e fumo durante a gestação (Tabela 1).

Quanto às características do pré-natal e parto, como reflexo das melhores condições socioeconômicas, as primíparas frequentaram mais os serviços privados de pré-natal com pelo menos uma consulta no sistema privado, foram atendidas em sua grande maioria por médicos, tiveram mais adequação do pré-natal (apesar desta característica ter sido ruim de forma geral), peregrinaram menos para o parto, tiveram mais assistência privada para o

Tabela 1

Paridade segundo características maternas, do pré-natal, do parto e hábitos maternos. Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Total (N=2.510)		Primípara (N=507)		1 ou 2 partos anteriores (N=1.365)		≥ 3 partos anteriores (N=638)		p#
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Características maternas</i>									
Escolaridade materna (anos)									<0,001
≤ 7	750	30,1	32	6,3	294	21,7	424	67,2	
8 - 10	343	13,8	41	8,1	211	15,6	91	14,4	
≥11	1.399	56,1	432	85,5	851	62,8	116	18,4	
Classificação socioeconômica									<0,001
Classe D+E (baixa)	436	17,6	24	4,8	157	11,6	255	41,1	
Classe C (média)	1.050	42,5	197	39,2	573	42,5	280	45,1	
Classe A+B (alta)	986	39,9	281	56,0	619	45,9	86	13,8	
Raça/cor									<0,001
Branca	1.021	40,7	262	51,8	588	43,1	171	26,8	
Preta	213	8,5	21	4,2	120	8,8	72	11,3	
Parda	1.250	49,8	218	43,1	645	47,3	387	60,8	
Amarela	18	0,7	5	1,0	10	0,7	3	0,5	
Indígena	6	0,2	0	-	2	0,1	4	0,6	
IMC pré-gestacional (Kg/m ²)									0,002
< 18,5	79	3,1	11	2,2	48	3,5	20	3,1	
18,5 – 24,9	1.258	50,1	307	60,6	673	49,3	278	43,6	
25,0 – 29,9	812	32,4	131	25,8	460	33,7	221	34,7	
≥ 30,0	360	14,3	58	11,4	184	13,5	118	18,5	
Região de moradia									<0,001
Norte	140	5,6	11	2,2	57	4,2	72	11,3	
Nordeste	724	28,8	148	29,2	395	28,9	181	28,4	
Sudeste	1.127	44,9	250	49,4	626	45,8	251	39,3	
Sul	375	14,9	72	14,2	205	15,0	98	15,4	
Centro-Oeste	144	5,7	25	4,9	83	6,1	36	5,6	
Situação conjugal									0,007
Sem companheiro	323	12,9	79	15,6	142	10,4	102	16,0	
Com companheiro	2.185	87,1	428	84,4	1.223	89,6	534	84,0	
Trabalho remunerado									<0,001
Sim	1.514	60,3	396	78,1	856	62,7	262	41,1	
Não	995	39,7	111	21,9	509	37,3	375	58,9	
<i>Hábitos maternos</i>									
Fumo durante a gestação									<0,001
Sim	246	9,8	14	2,8	107	7,9	125	19,7	
Não	2.260	90,2	493	97,2	1.256	92,1	511	80,3	
≥3 cigarros/dia ou ≥15 cigarros sem ser todos os dias									<0,001
Sim	183	7,3	10	2,0	69	5,1	104	16,4	
Não	2.325	92,7	498	98,0	1.295	94,9	532	83,6	

continua

#Teste do quiquadrado.

Tabela 1

conclusão

Paridade segundo características maternas, do pré-natal, do parto e hábitos maternos. Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Total (N=2.510)		Primípara (N=507)		1 ou 2 partos anteriores (N=1.365)		≥ 3 partos anteriores (N=638)		p#
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Suspeição uso inadequado álcool durante gestação									
3 ou + doses para se sentir alta (2 pts)	114		19		44		51		
Companheiro/pais reclamam quando bebe (2 pts)	116		9		47		60		
Costuma beber pela manhã (1 pto)	12		0		3		9		
Acordou sem lembrar da noite passada (1 pto)	14		1		7		6		
Sentiu que devia diminuir/parar de beber (1 pto)	133		11		56		66		
Medida resumo da suspeição uso álcool:									<0,001
Não ingeriu álcool ou um ponto	2.308	93,5	483	95,8	1.277	95,2	548	88,1	
Dois ou mais pontos	160	6,5	21	4,2	65	4,8	74	11,9	
<i>Características do pré-natal e parto</i>									
Local de PN									
Apenas público	1.335	53,9	145	28,6	656	48,2	534	88,0	<0,001
Alguma no privado	1.140	46,1	362	71,4	705	51,8	73	12,0	
Profissional que atendeu no pré-natal									
Médico	2.059	82,6	461	90,9	1.170	86,0	428	68,6	<0,001
Enfermeiro	395	15,9	45	8,9	181	13,3	169	27,1	
Outros	11	0,4	1	0,2	6	0,4	4	0,6	
Não fez pré-natal	27	1,1	0	-	4	0,3	23	3,7	
Adequação global mínima do pré-natal									
Inadequado	2.139	85,3	416	81,9	1.159	85,0	564	88,5	0,038
Adequado	370	14,7	92	18,1	205	15,0	73	11,5	
Tipo de financiamento do parto									
Público	1.632	65,0	212	41,8	817	59,9	603	94,7	<0,001
Privado	877	35,0	295	58,2	548	40,1	34	5,3	
Peregrinação para o parto									
Sim	354	14,1	40	7,9	198	14,5	116	18,2	<0,001
Não	2.155	85,9	467	92,1	1.166	85,5	522	81,8	
Tipo de parto									
Vaginal / Fórceps	850	34,6	63	12,7	401	30,2	386	61,0	<0,001
Cesariana s/ trabalho parto	1.496	60,8	414	83,3	860	64,7	222	35,1	
Cesariana c/ trabalho parto	113	4,6	20	4,0	68	5,1	25	3,9	

#Teste do quiquadrado.

parto e foram mais submetidas à cesariana sem trabalho de parto (Tabela 1).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para doenças pré-gestacionais e complicações maternas durante a gestação. Para antecedentes obstétricos, as mulheres com três ou

mais partos anteriores apresentaram mais histórico de aborto, prematuridade e baixo peso ao nascer, comparadas àquelas com um ou dois partos anteriores; enquanto para cesariana anterior os percentuais foram menores (Tabela 2).

Cerca de 65% (n=329) das primíparas apresen-

taram alguma intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Dessas, 91,2% tiveram cesariana, com ou sem trabalho de parto. Já entre as mulheres sem essas intercorrências, também foi elevada a taxa de cesariana (n=178), cerca de 80% ($p=0,02$) (Figura 1).

Dentre as puérperas com um ou dois partos anteriores, 58,6% (n=780) apresentaram alguma intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Dessas, cerca de 80,0% tiveram cesariana, com ou sem trabalho de parto. Já entre as mulheres sem intercorrência, a cesariana foi via de parto de 56,4% (n=550), com diferença significativa ($p<0,001$) (Figura 2).

Para as puérperas com três ou mais partos anteriores, 59,7% (n=378) apresentaram alguma intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Destas, cerca de 57,9%

tiveram cesariana. Nas mulheres sem indicação de cesariana (n=255), somente 10,2% receberam esse tipo de intervenção ($p<0,001$) (Figura 3).

Discussão

Utilizando dados representativos de uma pesquisa nacional, foi possível mostrar que no Brasil as primíparas com IMA possuíam melhores condições socioeconômicas, hábitos maternos e atendimento pré-natal e no parto quando comparadas às múltiparas. Entretanto, também foram mais submetidas a cesarianas, ainda que sem intercorrências relatadas. Não houve distinção quanto às doenças pré-gestacionais e complicações maternas durante a gestação, sem diferença estatística segundo a paridade das mulheres com IMA.

Tabela 2

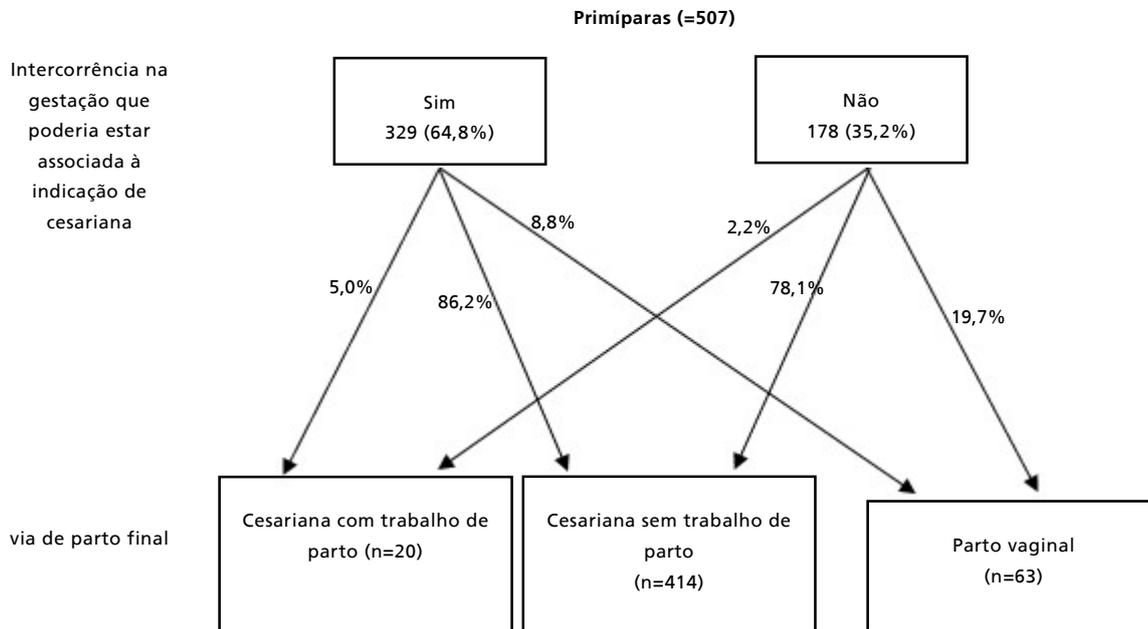
Paridade segundo doenças pré-gestacionais, complicações maternas e história obstétrica anterior. Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Total (N=2.510)		Primípara (N=507)		1 ou 2 partos anteriores (N=1.365)		≥ 3 partos anteriores (N=638)		p#
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doenças pré-gestacionais									
Diabetes	67	2,8	8	1,6	41	3,0	20	3,1	0,243
Doença cardíaca	29	1,2	7	1,4	13	1,0	9	1,4	0,782
Complicações maternas									
Infecção de urina	300	12,0	53	10,4	155	11,4	92	14,4	0,146
Doença hipertensiva*	521	20,8	108	21,3	261	19,1	152	23,8	0,280
Diabetes gestacional	374	14,9	67	13,2	215	15,8	92	14,4	0,403
Gestação múltipla	52	2,1	16	3,2	20	1,5	16	2,5	0,212
História obstétrica anterior									
Aborto anterior	755	30,1	114	22,4	402	29,5	239	37,5	<0,001
Histórico baixo peso	274	13,7	-	-	130	9,5	144	22,6	<0,001
Histórico prematuridade	252	12,6	-	-	141	10,3	111	17,4	<0,001
Cesáreas anteriores									
Nenhuma	1.067	53,3	-	-	605	44,3	462	72,5	<0,001
Uma	678	33,9	-	-	593	43,4	85	13,3	
Dois ou mais	257	12,8	-	-	167	12,2	90	14,1	

#Teste do qui-quadrado; * Doença hipertensiva=hipertensão crônica, pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELLP.

Figura 1

Trajetória pelo tipo de parto em primíparas, segundo intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Brasil, 2011-2012.



*Foram perdidas 10 mulheres ao longo do fluxograma.

As mulheres com IMA formam um grupo heterogêneo nos países de renda média. As que postergam o primeiro parto para os 35 anos ou mais apresentam características sociais e demográficas mais vantajosas, semelhante às gestantes dos países de alta renda, enquanto as grandes múltiparas caracterizam-se pelos indicadores menos favoráveis. Estudos semelhantes, conduzidos em países de média renda e no Brasil, também apresentaram cerca de 20% da amostra composta por primíparas^{1,2,18} e tiveram os maiores percentuais de trabalho remunerado.²

Além disso, as primíparas dos países de média renda se assemelham às mulheres com IMA dos países de alta renda, quando comparadas as mais jovens, por possuírem maior escolaridade,^{19,20} classe econômica mais elevada,²¹ raça/cor branca²¹ e IMC pré-gestacional adequado.^{19,22} Por outro lado, as grandes múltiparas com IMA representam a falta de oportunidade e planejamento familiar, típico de países de baixa renda,²² pois iniciam cedo a experiência da maternidade e continuam gerando filhos em idade avançada.

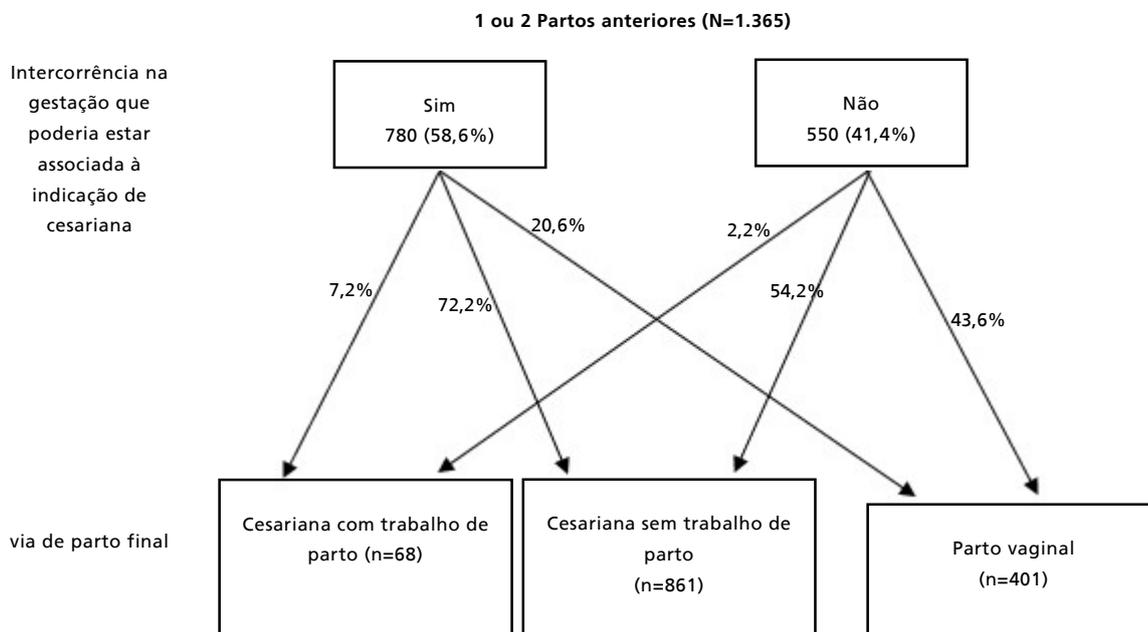
O acesso mais amplo à educação e ao trabalho remunerado das primíparas, provavelmente,

contribuem com melhores hábitos de vida, justificando o menor percentual de uso de tabaco e álcool durante a gestação. Também a maior frequência de IMC adequado, que sugere mais adesão a consumo alimentar balanceado, contribuindo para o alcance de resultados obstétricos mais favoráveis.²³ Um estudo sueco evidenciou que cerca de 15% dos distúrbios hipertensivos, diabetes pré-existente e diabetes gestacional puderam ser potencialmente evitados, pelo fato de as gestantes não serem obesas.²⁴

Em países de alta renda, onde primíparas e múltiparas possuem condições socioeconômicas e atendimento pré-natal e parto similares, normalmente complicações maternas, como: doença hipertensiva e diabetes gestacional estão mais presentes nas primíparas.^{22,25} Entretanto, neste estudo, que objetivou apenas descrever o perfil das mulheres com IMA, sem controlar fatores confundidores para complicações maternas, a paridade não exerceu influência sobre as doenças pré-gestacionais e complicações maternas durante a gestação, possivelmente porque melhores condições socioeconômicas e hábitos maternos das primíparas minimizaram o efeito da paridade. Independentemente, é

Figura 2

Trajetória pelo tipo de parto em mulheres com 1 ou 2 partos anteriores, segundo intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Brasil, 2011-2012.



*Foram perdidas 35 mulheres ao longo do fluxograma.

importante monitorar atentamente as pacientes com tais alterações, já que o percentual de doença hipertensiva e diabetes se mostrou elevado e tende a aumentar conforme aumenta a idade materna.⁷ Ademais, tais alterações são responsáveis por desfechos perinatais negativos como admissão na unidade de tratamento intensivo, hipoglicemia neonatal, prematuridade e dificuldade respiratória do recém-nascido.²⁴

Aliado às boas condições socioeconômicas e hábitos maternos, as primíparas ainda tiveram maior acesso ao pré-natal e parto no serviço privado. O mesmo foi observado na Índia urbana, país de média-baixa renda, onde as mulheres preferem esse serviço por acharem que os cuidados são mais qualificados, e principalmente que os cuidados obstétricos de emergência estão mais facilmente disponíveis.²⁶

Por outro lado, as múltíparas com IMA, associada ao histórico de três ou mais partos anteriores, tiveram mais assistência pré-natal inadequada e peregrinaram mais para o parto. Esses resultados apontam falhas do sistema de saúde na coordenação e integralidade no momento do parto, que segundo

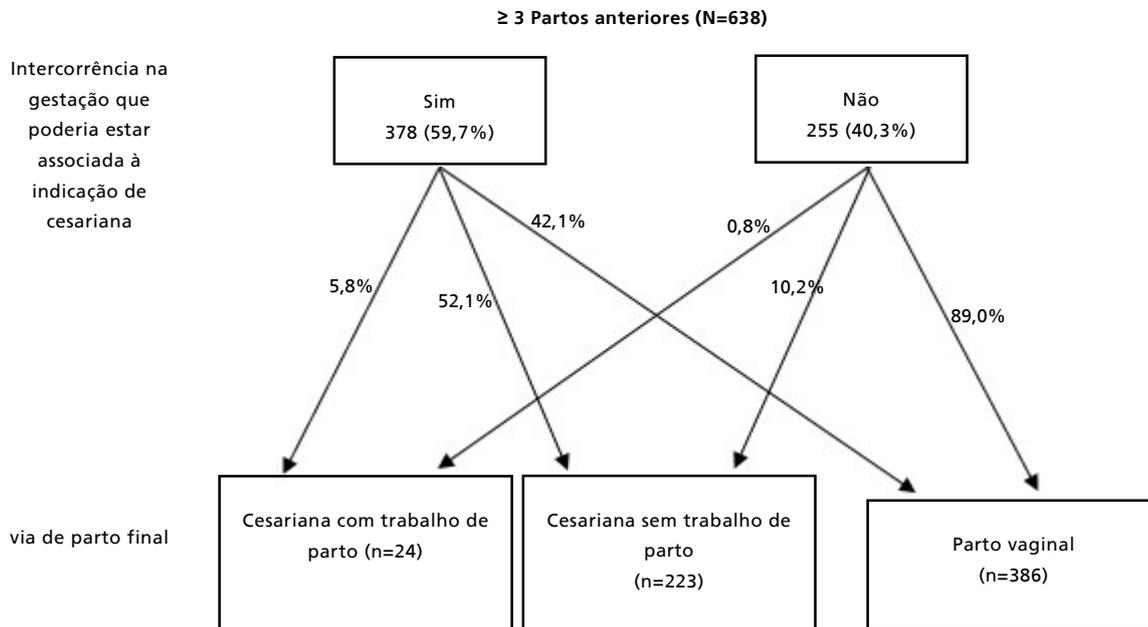
Leal *et al.*,²⁷ associa-se à desfechos negativos no recém-nascido (prematuridade, baixo peso ao nascer, Apgar no 5º minuto e *near miss* neonatal), especialmente no grupo de gestantes com intercorrências, que muitas vezes não são encaminhadas para hospitais com unidade de tratamento intensivo, revelando a desarticulação do sistema para disponibilizar atenção de alta complexidade a quem realmente necessita.

Tanto nos países de alta renda quanto nos de média e baixa renda, para as mulheres com IMA, o risco de cesariana diminui conforme aumenta a paridade, mostrando que partos anteriores tem um efeito benéfico na taxa de cesariana. Entretanto, muitos estudos não levam em consideração o efeito do tipo de cesárea (anteparto, intraparto ou na indução do parto),^{3,10,13} que pode ser influenciado pelo desenvolvimento biológico da gestação, pois a própria idade materna avançada implica no declínio das funções fisiológicas do trato genital, musculatura uterina e sistema hormonal, ou por fatores culturais e sociais, que baixam o limiar da necessidade de cesariana para mulheres com IMA.^{18,19}

Neste estudo, cerca de 80% das primíparas e

Figura 3

Trajetória pelo tipo de parto em mulheres com 3 ou mais partos anteriores, segundo intercorrência na gestação que poderia estar associada à indicação de cesariana. Brasil, 2011-2012.



*Foram perdidas 5 mulheres ao longo do fluxograma.

10% das multiparas com IMA, sem qualquer intercorrência que justificasse a indicação de cesariana, receberam esse procedimento cirúrgico. E, quase a totalidade delas o receberam, sem trabalho de parto, indicando uma cesariana planejada. Estudo realizado nos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia) entre os anos de 2000 a 2011, encontrou que apenas 2,9% das mulheres receberam cesariana sem trabalho de parto e cerca de 30% das primíparas com IMA de gestação única, apresentação cefálica e bebê à termo, que necessitaram de indução tiveram a cesariana como resultado, enquanto apenas 10% das multiparas com IMA tiveram o mesmo desfecho.²⁸

A maior frequência de cesarianas em primíparas com IMA pode ser justificada pela equivocada teoria de que apenas a idade seria um fator de risco para ter o parto vaginal, pela preferência materna por cesariana, pela percepção de risco entre as mulheres com IMA diminuir o limiar do obstetra para intervenção, pela gravidez ser considerada “preciosa” quando a mulher está em seu limiar da vida reprodutiva, além da preocupação do profissional com “problemas médico-legais”, principalmente entre aquelas ainda sem filhos.¹⁹

No Brasil, a diferença excedente pode ser justifi-

cada por fatores sociodemográficos e características do sistema de saúde,^{29,30} já que nos países nórdicos a desigualdade social é menor e o sistema de saúde universal cobre quase 100% da população. Estudo realizado nas regiões Norte, Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil, em hospitais públicos e privados, corrobora com esse achado, pois encontrou um percentual de gestantes sem comorbidades que realizaram cesariana superior no grupo atendido pelo sistema privado quando comparado ao sistema público.²⁹

Iniciativas nacionais e internacionais têm sido realizadas tentando tornar o processo de nascimento mais fisiológico. Estratégias institucionais e de organização das redes de atenção à saúde foram traçadas com o objetivo de incentivar o parto normal e reduzir as cesarianas sem indicação. Além disso definiu-se critérios para a realização de cesarianas eletivas em mulheres de risco habitual que desejam esse tipo de parto (a partir da 39ª semana gestacional). Entretanto, os avanços ainda são tímidos.²⁹

Apesar do conjunto abrangente de dados, o estudo tem limitações. O desenho não permite interpretação causal das associações estudadas, além do pouco controle de fatores confundidores para as complicações maternas, já que o objetivo do estudo

foi apenas descrever o perfil. Não apresenta dados sobre reprodução assistida, que podem correlacionar-se com a idade materna. A indicação de cesariana é subjetiva e as classificações existentes podem não revelar com precisão a indicação da mesma. Por outro lado, apresenta como pontos fortes possuir uma amostra representativa do Brasil, envolver mulheres do sistema público e privado e analisar a cesariana segundo risco obstétrico e trabalho de parto.

Estes resultados expõem a heterogeneidade das gestantes com IMA no Brasil. A paridade da mulher pode revelar desigualdades sociais e de acesso, uma vez que primíparas apresentaram características maternas, hábitos e assistência pré-natal e ao parto mais vantajosas que as mulheres com três ou mais partos anteriores. Por outro lado, as primíparas são mais submetidas a cesarianas desnecessárias. O sistema de saúde brasileiro precisa se organizar de modo a atender esse grupo que vem se tornando cada vez mais expressivo, oferecendo às primíparas a possibilidade de indução do parto e orientando sobre o maior risco de intervenções desnecessárias, assim

como atender a demanda por diferentes métodos de planejamento familiar, além de garantir os recursos necessários para as grandes múltiparas, a fim de que as iniquidades sejam minimizadas durante o atendimento pré-natal e parto.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo pelo financiamento da bolsa de Pós-doutorado através do edital Profix FAPES/CAPES nº 10/2018.

Contribuição dos autores

Concepção e planejamento do estudo: Martinelli KG, Gama SGN, Santos Neto ET. Análise e interpretação dos dados, preparação e redação do manuscrito: Martinelli KG, Gama SGN. Revisão crítica do manuscrito: Gama SGN, Santos Neto ET. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Radoń-Pokracka M, Adrianowicz B, Płonka M, Danił P, Nowak M, Huras H. Evaluation of Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019; 7 (12): 1951-6.
2. Kalayci H, Ozdemir H, Alkas D, Cok T, Tarim E. Is primiparity a risk factor for advanced maternal age pregnancies? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30 (11): 1283-7.
3. Schildberger B, Linzner D, Hehenberger L, Leitner H, Pfeifer C. Influence of Maternal Age on Selected Obstetric Parameters. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2019; 79 (11): 1208-15.
4. European Commission. Eurostat: Fertility statistics (Data from March 2020) 2020 [cited 2020 March]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Fertility_statistics.
5. Claramonte Nieto M, Meler Barrabes E, Garcia Martínez S, Gutiérrez Prat M, Serra Zantop B. Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19 (1): 342.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Datasus. [acesso em 2020 dez 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
7. Arya S, Mulla ZD, Plavsic SK. Outcomes of Women Delivering at Very Advanced Maternal Age. *J Womens Health*. 2018; 27 (11): 1378-84.
8. Sheinis M, Carpe N, Gold S, Selk A. Ignorance is bliss: women's knowledge regarding age-related pregnancy risks. *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38 (3): 344-51.
9. Goetzinger K, Shanks A, Odibo A, Macones G, Cahill A. Advanced Maternal Age and the Risk of Major Congenital Anomalies. *Am J Perinatol*. 2016; 34 (03): 217-22.
10. Kanmaz AG, İnan AH, Beyan E, Ögür S, Budak A. Effect of advanced maternal age on pregnancy outcomes: a single-centre data from a tertiary healthcare hospital. *J Obstet Gynaecol*. 2019;39 (8): 1104-1111.
11. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. Bhutta ZA, editor. *PLOS ONE*. 2017; 12 (10): e0186287.
12. Martinelli KG, Garcia ÉM, Santos Neto ET dos, Gama SGN da. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (2): e00206116.
13. Xie M, Lao TT, Du M, Sun Q, Qu Z, Ma J, Song X, Wang M, Xu D, Ma R. Risk for Cesarean section in women of advanced maternal age under the changed reproductive policy in China: A cohort study in a tertiary hospital in southwestern China. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019; 45 (9): 1866-75.
14. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014; 121 (Suppl. 1): 49-56.

15. Chan AWK, Pristach EA, Welte JW, Russell M. Use of the TWEAK Test in Screening for Alcoholism/ Heavy Drinking in Three Populations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993;17(6):1188–1192.
16. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN da, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3):140–147.
17. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (suppl. 1): 101-16.
18. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0042.
19. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *Gurgel RQ*, editor. *PLOS ONE*. 2019; 14 (1): e0210655.
20. Wu Y, Chen Y, Shen M, Guo Y, Wen SW, Lanes A, White RR, Adanlawo A, Walker M, Hua X. Adverse maternal and neonatal outcomes among singleton pregnancies in women of very advanced maternal age: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19 (1): 3.
21. Oakley L, Penn N, Pipi M, Oteng-Ntim E, Doyle P. Risk of Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes by Maternal Age: Quantifying Individual and Population Level Risk Using Routine UK Maternity Data. Thorne C, editor. *PLOS ONE*. 2016; 11 (10): e0164462.
22. Chan BC-P, Lao TT-H. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *Int J Gynecol Obstet*. 2008; 102 (3): 237-41.
23. Oleszczuk JJ, Keith LG, Oleszczuk AK. The Paradox of Old Maternal Age in Multiple Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2005; 32 (1): 69-80.
24. Aubry EM, Oelhafen S, Fankhauser N, Raio L, Cignacco EL. Adverse perinatal outcomes for obese women are influenced by the presence of comorbid diabetes and hypertensive disorders. *Sci Rep*. 2019; 9 (1): 9793.
25. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, Sugimoto M. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep*. 2016; 3: 121-6.
26. Das S, Alcock G, Azad K, Kuddus A, Manandhar DS, Shrestha BP, Nair N, Rath S, More NS, Saville N, Houweling TAJ, Osrin D. Institutional delivery in public and private sectors in South Asia: a comparative analysis of prospective data from four demographic surveillance sites. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16 (1): 273.
27. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54: 8.
28. Bergholt T, Skjeldestad FE, Pyrkönen A, Rasmussen SC, Tapper A, Bjarnadóttir RI, Smáráson A, Másdóttir BB, Klungsoyr K, Albrechtsen S, Källén K, Gissler M, Lokkegaard ECL. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term - A Nordic register-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99 (2): 283-9.
29. Silva TPR, Pinheiro BLS, Kitagawa KY, Couto RC, Pedrosa TMG, Simão DAS, Matozinhos FP. Influence of maternal age and hospital characteristics on the mode of delivery. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 (Suppl. 4): e20180955.
30. Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19 (3): 525-38.

Recebido em 5 de Maio de 2020

Versão final apresentada em 19 de Agosto de 2020

Aprovado em 30 de Dezembro de 2020