

GRAVIDEZ TARDIA: PERCEPÇÃO DE MULHERES ACOMPANHADAS PELAS ESTRATÉGIAS DE FAMÍLIA NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

LATE PREGNANCY: PERCEPTION OF WOMEN ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE INTERIOR OR MINAS GERAIS

Lorraynne Cristynne Silva Marques¹

Bartira Palin Bortolan Pontelli²

RESUMO

O crescente número de mulheres com gestação tardia está relacionado com a mudança do papel da mulher na sociedade, dentre os fatores associados estão: constante saída da mulher a busca do mercado de trabalho e os diferentes papéis assumidos no cotidiano como: ser mãe, esposa, dona de casa e profissional. A experiência de engravidar tardiamente pode significar para as mulheres um momento cheio de entendimentos, sentimentos de satisfação, realização pessoal e familiar. O objetivo deste estudo foi descrever as percepções de gestantes diante da situação de gestação tardia, assim como compreender a decisão pelo adiamento da gravidez. Trata-se de um estudo quali-quantativo, exploratório-descritivo realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Planura - MG, que contou com a participação de 16 mulheres utilizando um roteiro estruturado com sete questões, onde as respostas foram transcritas e submetidas à técnica de análise de discurso. A maioria das participantes apresentou faixa etária de 35 a 39 anos, em sua maioria casadas (81.25 %) sentiu-se bem e feliz durante a gravidez (81.25%), não houve intercorrências (81.25 %), participaram de todas as consultas de pré-natal (100 %), em (37.5 %) das entrevistadas a gravidez não foi planejada e (75 %) houve a necessidade de adequação das atividades de rotina com o nascimento do filho. Como

¹ Graduada em Enfermagem no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: looh.marques@hotmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde pela FMRP-USP, docente no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: bartirapbortolan@gmail.com

conclusão da pesquisa faz-se necessário a implantação de ações de planejamento familiar nas ESFs do município, bem como grupos específicos de acolhimento a mulheres que tiveram gravidez tardia envolvendo orientações com equipe multiprofissional como Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais.

Palavras-chave: Idade materna. Gravidez. Saúde da mulher. Saúde da família.

ABSTRACT

The increasing number of women with late gestation is related to the change in the role of women in society, among the associated factors are: constant exit from the woman the search of the labor market and the different roles assumed in everyday life as: being a mother, wife, housewife and professional. The experience of late pregnancy can mean for women a time full of understanding, feelings of satisfaction, personal fulfillment and family. The objective of this study was to describe the perceptions of pregnant women regarding the situation of late gestation, as well as to understand the decision to postpone pregnancy. This is an exploratory-descriptive qualitative study carried out in the Family Health Strategies of the municipality of Planura, MG, with the participation of 15 women using a structured script with seven questions, where the answers were transcribed and submitted to the technique of discourse analysis. The majority of the participants had an age group of 35 to 37 years (81.25%), mostly married, (81.25%) felt well and happy during pregnancy, (81.25%) there were no interurrences and (100 %) participated in all prenatal consultations, in 37.5% of the interviewed women the pregnancy was not planned and (75%) there was a need to adjust routine activities with the birth of the child. As a conclusion of the research, it is necessary to implement family planning actions in the FHS of the municipality, as well as specific groups to host women who had late pregnancies involving orientations with a multiprofessional team such as nurses, psychologists and social workers.

Key words: Maternal age. Pregnancy. Women's health. Family health.

1 INTRODUÇÃO

No momento atual, o adiamento da maternidade se caracteriza como um fenômeno mundial. Sabe-se que inúmeros fatores contribuem para isso, como a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento das oportunidades na educação e na carreira da mulher, o desenvolvimento da medicina reprodutiva no que se refere ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos.

De acordo com Coimbra et al, (2007) a mulher ao nascer segue uma ordem cronológica de acontecimentos fisiológicos: ela nasce, cresce, reproduz-se e no final do ciclo morre. Para o cumprimento destas etapas, seu corpo passa por inúmeras modificações. A gravidez por exemplo é um momento que altera não somente o corpo, mas também a mente e conseqüentemente sua interação com o mundo. Pensando em tais mudanças que a atenção a saúde da mulher foca, desde o início para a maternidade, mas, as mudanças são inevitáveis o mundo está em constante evolução com isso outros papéis na vida em sociedade vão surgindo, com isso, torna-se imprescindível a ampliação deste cuidado.

Se antigamente a finalidade da mulher diante da sociedade era a ocupação doméstica não remunerada, sendo que seu principal objetivo era ter filho, hoje em dia a situação mudou. Cada vez mais mulheres tem níveis socioeconômicos ativos e

Assumem o papel de chefes de família, com a necessidade de complementar o sustento de seu lar FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS (2008).

Atualmente no ambiente familiar a mulher participa efetivamente da vida do casal. No geral, cabe a ela cuidar da casa, do relacionamento conjugal, da vida social e também contribuir no orçamento familiar. Diante deste acúmulo de atribuições, no século atual, a maternidade e o matrimônio têm sido adiados para fases da vida que nem sempre acompanham o desejo do casal. Percebe-se a mudança nos padrões das famílias influenciam diretamente nas taxas de natalidade, direcionando a diminuição contínua de taxas globais e do adiamento da gravidez planejada (Shupp et al, 2006).

A experiência de engravidar tardiamente pode significar para as mulheres um momento cheio de entendimentos, sentimentos de satisfação, realização pessoal e familiar, associada a um planejamento maior de segurança na relação com seu

parceiro, assim como, com a família e o bebê, devido a estabilidade econômica já alcançada percebe-se uma melhor estrutura. Significando também a possibilidade de superação de possíveis intercorrências na gestação que venham ocorrer por qualquer motivo (Parada et al,2008).

No começo de uma gestação situações diferentes podem ocorrer para mulher, ficar sensível e se emocionar com mais facilidade é uma característica marcante do início de uma gestação. Portanto, pode-se apresentar emoções como: ansiedade, gratificação imediata, sentimentalismo e incerteza afetiva. Como a mulher, seu parceiro também poderá enfrentar na maioria das vezes sentimentos parecidos com os da gestante, sentirá medo, ansiedade pelos acontecimentos da gravidez em suas vidas. Sabendo que agora desempenha um papel fundamental e extremamente importante no momento reprodutivo, sentimentos como a exclusão, ressentimento, aparente desapego e agressividade poderão manifestar-se (Mandú,2000).

Ao se tratar de literatura obstétrica definições de gestação tardia são imprecisas e depreciativas. A mulher que opta por tal gestação é considerada uma gestante velha é chamada de obstetricamente envelhecida, pré-menopausal, idosa, perigosa e de gestantes que estão no limite de sua vida reprodutiva, os limites para a gestação tardia, de acordo com alguns autores, podem variar de 28,30,35 e até 40 anos de idade considerando a idade de 35 anos a mais utilizada (knuppel et al,1995).

Um aspecto gerador de risco para a gestação é a idade materna. De acordo com o Ministério da Saúde, gestantes que são apontadas com gravidez tardia ou com idade avançada tem idade igual ou superior a 35 anos, o que as torna mais suscetíveis a evoluir quadros de complicações no período da gravidez, tornando a gestação de alto risco (BRASIL,2001).

O estudo volta-se a gravidez em mulheres com mais de 35 anos, devido a situação atual diante do modelo de sociedade vivido no século XXI. Em especial priorizou uma analogia sobre a condição socioeconômica dessas mulheres, diante da possibilidade de analisar aspectos relacionados aos serviços de saúde pública.

A decisão pela gestação tardia, mesmo que ofereça vantagens, está relacionada a eventos obstétricos antagônicos. Comparando com as mais jovens, no grupo de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, o número de abortamentos espontâneos vem aumentando segundo estudos, assim como os induzidos, gravidez

ectópica, baixo peso ao nascer, parto pré-termo, baixa vitalidade do recém-nascido e fetos pequenos para a idade gestacional (Elerlene et al, 2013).

Segundo Schupp (2006) A idade para ter filhos está entre 20 e 29 anos, já que os extremos da vida reprodutiva podem estar sempre ligados a complicações perinatais. A autora ainda, afirma que existe variações quanto a definição da idade avançada para a maternidade, desta forma alguns autores cogitam o limite de 35 anos, já outros a partir dos 40, há também aqueles que vão além, tendo em vista as gestantes com idade de 45 anos ou mais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever as percepções de gestantes diante da situação de gestação tardia, assim como compreender a decisão pelo adiamento da gravidez.

2.2 Objetivos específico

- Elencar fatores relevantes na decisão pela gestação tardia;
- Identificar condição socioeconômica das gestantes;
- Identificar participação paterna no pré-natal, parto e puerpério; e
- Compreender fatores que levaram decisão pelo adiamento da maternidade.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, exploratório-descritivo realizado nas Unidade de Estratégias de Saúde da família (ESF) do município de Planura-MG, localizada no interior do estado de Minas Gerais. Situa-se na Mesorregião do Triângulo Mineiro, sua população segundo dados do IBGE 2014 é de 11.355 habitantes. O estudo contou com a participação de 16 mulheres.

O método utilizado como coleta de dados da pesquisa foi composto por uma entrevista utilizando um roteiro estruturando com sete questões e sete eixos de

sentido, as entrevistas foram realizadas oralmente, com as perguntas lidas pela pesquisadora, após o preenchimento dos dados de identificação da participante, as mesmas assinaram o “ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, com a utilização de um gravador as falas foram gravadas, coletando as informações relatadas por cada mulher. O estudo foi realizado em três estratégias da família, com duração de quatro meses.

A análise de dados foi realizada com base nas respostas das entrevistadas através da transcrição das falas dos participantes e interpretação destes resultados com a finalidade de analisar as percepções de gestantes e puérperas diante da situação gestação tardia.

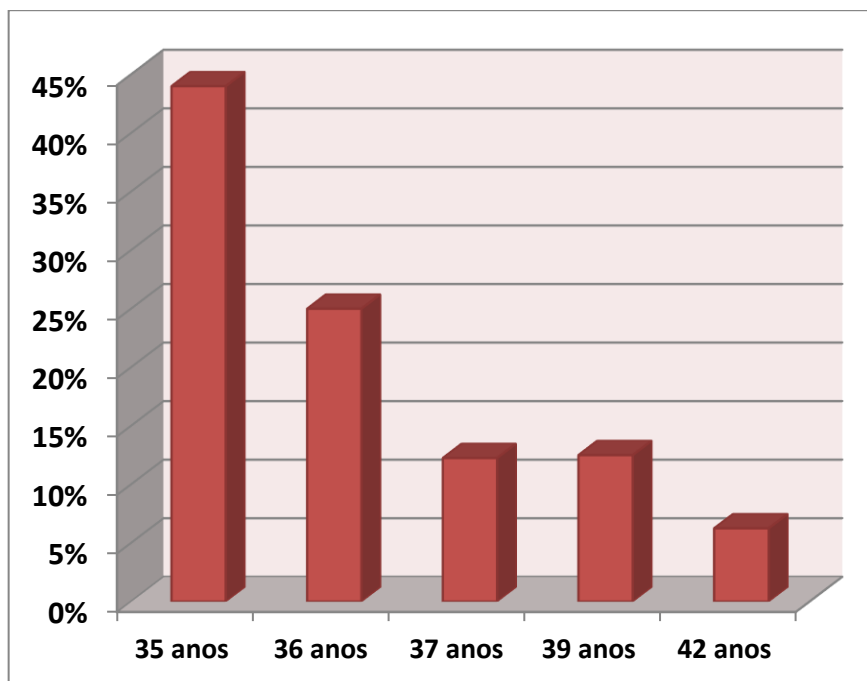
Sendo assim, participaram desta pesquisa gestantes e puérperas com mais de 35 anos usuárias do serviço voltado ao atendimento obstétrico nesta faixa etária. Assim, este grupo de mulheres foi definido como população de estudo.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNIFAFIBE, sendo aprovado segundo o parecer nº **2.837.062**.

4 RESULTADOS

Os resultados das entrevistas com as gestantes das Estratégias de Saúde da Família foram divididos nas seguintes categorias: Decisão pela Gestação Tardia, Problemas de Saúde na Gravidez, Auto percepção da gravidez tardia, Interferência na rotina pessoal e profissional, Participação na realização do pré-natal, Participação do parceiro durante o pré-natal, Auto percepção sobre o puerpério. A maioria das participantes apresentou faixa etária de trinta e cinco anos á trinta e nove anos, em sua maioria casadas, sentiu-se bem e feliz durante a gravidez, não houve intercorrências e participaram de todas as consultas de pré-natal, alguma gestante e puérperas entrevistada a gravidez não foi planejada e houve a necessidade de adequação das atividades de rotina com o nascimento do filho.

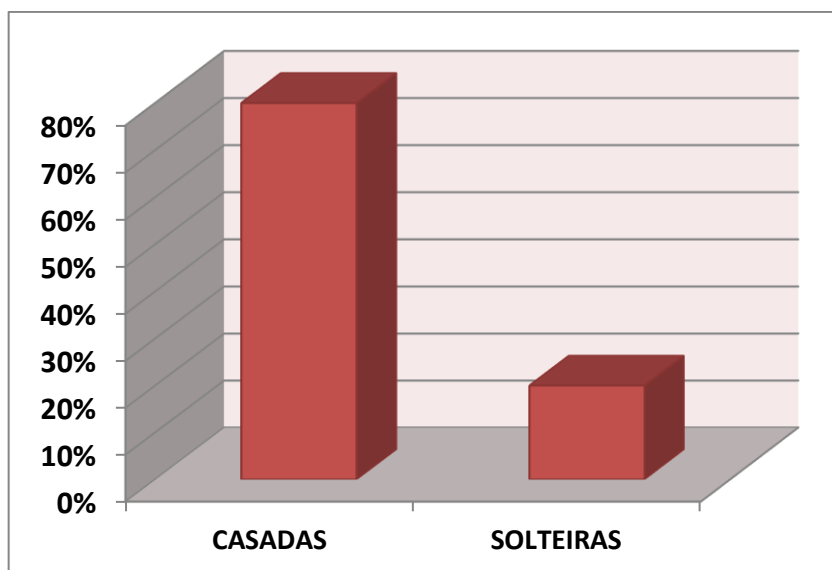
Gráfico 1 – Idade referente as puérperas e gestantes que optaram pela gestação tardia relacionada ao crescente número de mulheres que estão passando por esta experiência.



Fonte: Dados da pesquisa.

Historicamente, no Brasil, como em todo mundo, existem mulheres que engravidam tardiamente. Entretanto, desde as últimas décadas do século XX, tem-se observado um número crescente de mulheres que passam por essa experiência com mais de 35 anos (Brasil,2001).

Gráfico 2- Correspondente a relação entre mulheres casadas e solteiras, que influenciam na decisão pela gestação tardia.



Fonte: Dados da pesquisa.

A opção pela gravidez após os 35 anos pode ser tomada de modo consciente, tanto por primíparas como por múltiparas, por representarem essa experiência como positiva, capaz de fornecer muita satisfação, devido à maturidade atingida pelo casal. Deste modo, a segurança da estabilidade financeira e na relação entre os progenitores da criança pode ser inferida como fator determinante dessa perspectiva positiva, seja quando as formações dos casais ocorrem mais tarde na vida das mulheres, ou quando os casais decidem engravidar mais tarde, anos após a união conjugal (Sarmiento et al, 2003).

4.1 Decisão pela Gestação Tardia

Por muitas vezes o suspender da gestação é uma decisão própria da mulher, devido a outros sonhos ou outros desejos prioritários. Desde modo, a mulher saiu do lar e tem enfrentado o mercado de trabalho em busca de novos modelos de vida e conquistas. Tal mudança é resultado de uma autonomia conquistada através de sua atuação fora do lar. O que demonstra que seu tempo está muito mais voltado para atividades de estudo e trabalho do que maternidade, atividades de lazer e

autocuidado. A diversidade de papéis e da maternidade tardia parece estar em contradições, já que por um lado, a mulher muito competente, por outro, ela sente receio em assumir a maternidade (Bezerra et al,2015).

Emocionalmente as mulheres se consideram mais preparadas, mais pacientes e orgulhosas por engravidarem após os 35 anos, julgando ser o tempo ideal para a gravidez. Por tanto, sentem-se realizadas com o novo papel de mãe, relatando ser um dos melhores acontecimentos da vida, e considerando um milagre conceber nessa idade (Souza,2016). Diante disso, foi-se constatado que as gestantes optaram pela gestação tardia por se sentirem emocionalmente e financeiramente mais preparadas para a maternidade, conforme explicitado nas falas:

“Eu decidi primeiro me formar, trabalhar, construir minha casa, me casar, fiquei 2 anos depois do casamento sem ter filho e ai sim decidi ser mãe a primeira com 30 aos e o segundo com 37 anos [...]” (P10)

“Por ter um melhor preparo psicológico e sucessivamente amadurecimento, que proporcionou mais estabilidade emocional para ambos. ” (P3)

Segundo, Andrade et al. (2004), discorda pois inúmeros estudos tem mostrado associações importantes entre idade gestacional igual ou superior a 35 anos e resultados perinatais adversos e mostra que nesta faixa etária o número de mulheres que engravidam vem aumentando e isto é preocupante, pois representa maior risco de complicações maternas, fetais e no recém-nascido.

4.2 Problemas de Saúde na Gravidez

Estudos destacam que a idade isoladamente pode não ser um fator de risco, pois um pré-natal de qualidade associado a cuidados de excelência no trabalho de parto e parto podem modificar as condições de saúde previamente diagnosticadas, tornando os resultados da gestação semelhantes aos de gestantes mais jovens. BRASIL, (2012). Considerando as proposições deste contexto, é importante que fator idade seja levado em consideração na decisão pela gestação tardia, onde suas falas foram evidenciadas:

“Sim, pressão alta, minha placenta deu descolamento, tive dificuldade de manter o líquido na placenta e aí fiz cerclagem, desenvolvi uma asma, foi difícil.” (P8)

“Sim, tive pressão alta.” (P13).

Porém em contrapartida, é necessário que a decisão por adiar a maternidade seja bem ponderada, especialmente se o objetivo for deixá-la para depois dos 40 anos. “Até os 35, não existe uma grande dificuldade. Mas, ao se aproximar dos 40 anos, o organismo feminino começa a liberar óvulos de pior qualidade” (Barbosa,2005). Com o passar do tempo, a maior apreensão seja a possibilidade de gerar um feto com anomalias cromossômicas, como a *síndrome de down*.

4.3 Auto percepção da gravidez tardia

As mulheres se consideram mais preparadas emocionalmente mais pacientes e orgulhosas por engravidarem após os 35 anos, julgando ser o tempo ideal para a gravidez. Por isso, sentem-se realizadas com o novo papel de mãe, relatando ser um dos melhores acontecimentos da vida, e considerando um milagre conceber nessa idade (Souza,2016). Frente a isso, suas falas foram evidenciadas:

“Me sinto bem, estou mais madura, me sinto mais responsável, sabe! Eu sinto que tenho mais conhecimento para prepara-lo para a vida. [...]” (P1)

“Completamente realizada, eu me sentia mais madura e consciente das minhas escolhas.” (P4)

A gravidez tardia pode significar para as mulheres uma experiência permeada de percepções, sentimentos de satisfação, de realização pessoal e familiar, relacionada à possibilidade de seu planejamento e à maior segurança na relação com o companheiro (por vezes, numa segunda união), com a família e com próprio o bebê, e, até mesmo, em relação à melhor estrutura financeira, devido à estabilidade econômica já alcançada. Também pode significar a possibilidade de superação das eventuais intercorrências gestacionais que venham a ocorrer por qualquer motivo Corpus et al (2011).

“Me sinto bem, sinto que to realizada, eu consegui, sabe, cumpri todas as etapas da vida, como eu planejei.” (P10)

“Me sinto feliz, não me sinto velha (risos)” (P8)

“Me sinto bem, estou mais madura, me sinto mais responsável, sabe! Eu sinto que tenho mais conhecimento para prepara-lo para a vida.” (P1)

De acordo com, Lopes et al. (2014) O corpo sofre alterações fisiológicas inevitáveis com o passar do tempo. A mulher que opta pela gestação em idade avançada, além de mudanças relacionadas a idades, passa também por transformações advindas da gestação. Algumas capacidades essenciais são perdidas com o envelhecimento do corpo, como disposição e o vigor físico para a realização de atividades do cotidiano.

4.4 Interferência na rotina pessoal e profissional

A partir do momento da concepção, a vida da mulher é transformada. As prioridades da sua vida, a partir daí são totalmente direcionadas aos cuidados com o bebê. Por isso, é importante a necessidade da maturidade da mulher para saber lidar com tais transformações no momento que necessita a reorganizar a sua vida e administrar seus afazeres, pois o ser que virá é totalmente dependente (Soifer, 1980), por exemplo, que é confirmada pelas falas a seguir sobre as mudanças na rotina:

“Deu uma bagunçada (risos) não saio mais a noite, tudo que vou fazer tenho que pensar nele primeiro, deixei de trabalhar, eu gostava muito do meu trabalho, mais eu priorizei esse momento.” (P6)

“Interferi muito, você tem que dedicar grande parte do seu tempo, do seu dia aos filhos e muitas vezes eu preciso faltar do trabalho para levar ao médico, muda tudo.” (P10)

4.5 Participação realização do pré-natal

De acordo com o Ministério da Saúde BRASIL (2000) a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informações e orientações sobre a evolução da gestação e o trabalho de parto á parturiente.

Participando do programa, a gestante terá aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, quando ela passa por um momento de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar que esse período é vivenciado por cada mulher de formas distintas. Isso pode ser verificado nas seguintes falas:

“A melhor parte da gravidez (risos) as consultas de pré-natal, eu fui em todas, eu gostava de acompanhar o crescimento dele. [...]” (P4)

“Meu pré-natal foi ótimo, fiz todas as consultas e nunca deu nenhuma alteração” (P12)

“Meu pré-natal foi tranquilo, fui em todas as consultas” (P15)

Entretanto, geralmente, algumas razões tendem a atrapalhar a adesão das gestantes e de suas famílias à assistência pré-natal, conforme confirmam diversos estudos. Santos et al. (2000) chamaram a atenção para a qualidade da assistência do pré-natal como um grande critério da escolha do local de atendimento pelas gestantes.

4.6 Participação do parceiro durante o pré-natal

De acordo com o ministério da saúde, o reconhecimento da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério é um direito da mulher, além de considerar que a oferta de apoio à parturiente durante esses períodos, tem o objetivo de deixá-la tranquila e segura, além de contribuir para a melhora do deslanche materno e neonatal (Diniz CSG et al, 2014).

É recomendado, então, que todos os esforços realizados sejam para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (Brasil, 2005).

Sendo assim, é fundamental o suporte de pessoas que encorajam a prática de atenção ao trabalho de parto e parto voltada ao empenhamento familiar e a satisfação do parto, por tanto, são primordiais o apoio e a utilidade prestada pelo

companheiro durante o processo de parto com a sua presença e capacitação no pré-natal.

“Meu parceiro sempre esteve presente tanto no pré-natal e depois do nascimento.” (P3)

“Meu marido esteve junto comigo durante toda a gravidez e hoje continuamos juntos.” (P6)

“Ele esteve em todos os momentos desde que engravidei.” (P14)

Segundo Duarte et al. (2007) por mais simplista que possa parecer a importância de estender e adaptar a assistência pré-natal ao parceiro da gestante, não existem contribuições expressivas ao tema na literatura indexada. Sobre o aspecto humanístico da atenção pré-natal estendida ao parceiro, a primeira abordagem fundamenta-se em seu oposto, na exclusão do parceiro da sala de consultas de pré-natal no serviço público.

Sempre escudado na premissa de que o parceiro não quer participar do pré-natal da companheira, sua presença é, frequentemente, desconsiderada de forma sumária. Dados obtidos junto aos parceiros de gestantes atendidas no Pré-Natal do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ribeirão Preto apontaram aspectos importantes sobre o que eles pensavam sobre sua presença durante a consulta pré-natal. Uma parte deles afirmou não se interessar, mas outra parte significativa (94%) gostaria de participar, referindo intenso sentimento de frustração ao verem negado o legítimo direito a esta participação quando manifestam este desejo (Duarte et al, 2007).

4.7 Auto percepção sobre o puerpério

A gestação e o parto são acontecimentos sociais que compõe a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É um processo especial, experiência singular no universo da mulher e seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade, formando uma experiência humana significativa, para todos que participam dela. (BRASIL,2001)

Diante desta circunstância, o puerpério é definido com o período do ciclo gravídico-puerperal em que as mudanças provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher voltam ao seu estado pré-gravídico, com seu início após o parto logo após a expulsão da placenta e termino imprevisto, na proporção em que se relaciona com o processo de amamentação (Gonçalves, 2005).

O pós-parto pode ser definido por sentimentos de incerteza tais como alívio e euforia, experiência do parto e nascimento do filho saudável tendo assim aumento da autoconfiança, desconforto físico próprio ao tipo de parto, medo de não conseguir amamentar, ansiedade quanto á descida do leite materno e ingurgitamento das mamas, sentimentos de decepção com o filho pelo sexo ou aparência física, medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebe e até mesmo não ser boa mãe.

“Fiquei um pouco apreensiva, mas tentei manter a calma, cuidados comigo e com bebe, era novo, cada dia uma descoberta e principalmente adaptação.” (P3)

“Meu pós-parto foi tranquilo, não senti nada não, não senti dor, hoje é só alegria.” (P6)

“Passei super bem, Graças a Deus.” (P12)

De acordo com Brito et al (2013). A fase do puerpério, geralmente, está associada a diminuição do bem-estar psicológico, biológico, familiar e conjugal. Várias vezes, influenciando na reestruturação na vida do casal, no qual busca adaptar-se a essa condição nova. A mulher vive um período de transição nos primeiros dias de pós-parto, em que fica vulnerável a qualquer tipo de problema, com suas emoções prejudicadas, onde apresenta a necessidade de ser respeitada e acolhida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às proposições explicitadas, é evidente a necessidade de implementação de ações de planejamento familiar nas ESFs do município, levando em consideração que atualmente, o planejamento familiar é definido como um mecanismo importante na prevenção primária de saúde, auxiliando as usuárias com informações necessárias para a escolha e para o uso efetivo de métodos

anticoncepcionais mais adequados. Apesar de esta definição contemplar os elementos de prevenção à saúde, ainda é uma visão focada apenas na saúde da mulher e no controle do número de filhos.

Outro questionamento se refere à dificuldade do acolhimento a mulheres que tiveram gravidez tardia, pois é claro a necessidade de um acompanhamento diferenciado diante desta gestação, levando em consideração eventos adversos que podem ocorrer frente a isto, tais como o enfrentamento psicossocial, problemas de saúde referente a decisão pela gestação tardia.

Por fim, para o aumento da qualidade do serviço prestada nas Unidades Básicas de Saúde, bem como o aumento da qualidade da atuação do enfermeiro, faz-se necessário a aplicação de conhecimentos, envolvendo orientações com equipe multiprofissional como Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Sociais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P.C.; LINHARES, J.J.; MARTINELLI, S.; ANTONINI, M.; LIPPI, U.G.; BARACAT, F. **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado**. Rev.Bras. Ginecol. Obstet. 26(9):697-702, 2004.

BEZERRA et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Rev. Brasileira de ciência da saúde**. USP, São Paulo, v. 19, n. 2, 2015.

BARBOSA PZ, ROCHA-COUTINHO ML. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicol Clín [Internet]*. 2007 [acesso em: 3 mar. 2018];19(1):163-85. Disponível em: .
BRAGA ,M.G.R, AMAZONAS , M.C.L.A. **Família: maternidade e procriação assistida**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-8, 2005.

BRASIL. Decreto-Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005: altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: MS; 2001.

BRADEN, PENNIE SESSLER. **Enfermagem materno infantil**. 2 ed. São Paulo: Editora Reichamann & Affonso, 2000

BRITO, A. O., DE FREITAS MAIA , F., ALVARENGA, M. D. L. C., & DE AGUIAR, R. G. (2013). **Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais**. In RELATOS DE CASOS O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente, CORPUS ET SCIENTIA ,vol. 7,n.2,2011.

Diniz CSG, D'ORSI E, DOMINGUES RMSM, TORRES JÁ, DIAS MAB, SCHNECK CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22]; 30(1):S140-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetria normal de Briquet**. 3 ed. São Paulo:Editora Savier, 1981.

DUARTE G, DOMINGUES RMSM, TORRES JÁ. **Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical e infecções**: 172-173, 2007.

ENDERLE CF, CATER MW, SPEIZER, BULLOCK L, MATTOS L, RODRIGUES EF. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2013 May/June [cited 2018 May 19]; 21(3):[about 7 screens]. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS . **Mulheres, trabalho e família** [on-line] [citado 01 abril 2018]; [aprox2 telas]. Disponível em: <http://www.fcc.org.br>

GUYTON, ARTHUR C.; HALL, JOHN E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES ZR, MONTEIRO DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina** [Internet] 2012 [citado 8 jul. 2018];40(5):275-9.

GONÇALVES AC. **A puérpera e o recém nascido em alojamento conjunto**. In: Oliveira DL, organizadora. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005. p. 367-86.

GOMES, A.; DONELLI, T.; PICCININI, C.; LOPES, R. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Artigo**, Março, 2009.

KNUPPEL RA, DRUKKER JE. **Alto Risco em Obstetrícia**: um Enfoque Multidisciplinar. 2a.ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995.

LOPES MN, DELLAZANA-ZANON LL, BOECKEL MG. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas Psicol**. 2014 [cited 2018 Oct 18];22(4):917-28.

MANDÚ, E.N.T. et al. (org.). **Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica**. 1 ed. Cuiabá, MT: Editora UFMT, 2000.

MAZZO MHSN, BRITO RS. Validation of an instrument for nursing consultation to puerperal women in the scope of the primary care. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2013 July [cited 2018 Aug 15];7(7):4809-13.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep.1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

PARADA CMGL, TONETE VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [Internet] 2009 [citado 2018 jul. 10]; 13(2):385-92.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Koogan, 2000.

SARMIENTO R, SETÚBAL MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Cienc Med* 2018 jul/set; 12(3): 261-68.
SOIFER R- **Psicologia da gravidez, parto e puerpério (4ª ed)**. (IV de carvalho, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

SOUZA, OLIVEIRA S.; BISPO, Tânia C. Aleitamento materno exclusivo e o programa de saúde da família da Chapada, município de Aporá (BA). **Artigo**, Março, 2007.

SCHUPP TR. **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos**. São Paulo: USP; 2006.