



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

*GRAVIDEZ TARDIA: PLANEAMENTO E  
DESEJO EM MULTÍPARAS*

ANA RAQUEL RUIVO MOURATO

Orientador de Dissertação:  
ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau  
de:

MESTRE EM PSICOLOGIA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Director da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por ter concedido a autorização para realizar o presente estudo.

Às Enfermeiras e Auxiliares por terem sido as pessoas que me ajudaram a contactar as mulheres que fizeram parte desta investigação.

Às mulheres que fizeram parte deste estudo, pois sem elas não teria sido possível concretizá-lo.

Ao Prof. Doutor António Pires pelo incentivo, orientação e disponibilidade que me concedeu na realização desta investigação e também pelo papel que desempenhou na minha formação académica e pessoal.

Aos meus pais por tudo o que ao longo da via me tem proporcionado, pois sem eles não teria chegado aqui.

À minha tia e avós por todo o apoio emocional que sempre me ofereceram.

A todos os amigos, que no último ano se viram privados da minha companhia mas que nunca me abandonaram.

## ÍNDICE

Resumo.....	1
Abstract.....	2
Introdução.....	3
Revisão de Literatura	
1. A gravidez Tardia.....	4
1.1. A Gravidez de Risco.....	6
1.2. O Lado positivo da gravidez de risco.....	6
1.3. Complicações resultantes duma gravidez tardia.....	9
1.4. Gravidez tardia em múltiparas.....	10
2. Menopausa.....	11
2.1. A gravidez pré-menopausica.....	13
3. Implicações clínicas.....	14
Conclusão.....	16
Referências Bibliográficas.....	17

Nota

## **RESUMO:**

A presente revisão e literatura foca o fenómeno da gravidez tardia em múltiparas, as suas implicações clínicas, familiares, mas principalmente a perspectiva da mulher. Exploramos factores psicológicos e ambientais, as motivações, o processo de aceitação e desejo de uma gravidez de risco, de forma a explicar como uma gravidez desta natureza é planeada e vivenciada pela mulher. Apesar da escassez a nível literário sobre a gravidez tardia em múltiparas, uma revisão de literatura sobre este tema deverá abranger uma multiplicidade de variáveis multidisciplinares, que enquadrem a gravidez tardia no seu contexto, aprofundando as questões de base relacionadas com a maternidade tardia, os riscos a ela associados e a adaptação da mulher, reflectindo sobre os processos de aceitação e comportamento da mulher grávida de alto risco. A grande maioria dos estudos parecem dar extrema importância à primiparidade tardia pois referem haver falhas nos serviços prestados a estas parturientes por falta de informação acerca do seu comportamento, isto leva a que haja uma grande falha na informação sobre o planeamento sexual e reprodutivo de mulheres mais velhas que já possuem filhos crescidos.

*Palavras-chave:* Gravidez tardia, múltiparas, risco, planeamento.

## **ABSTRACT**

This review focuses on literature and the phenomenon of late pregnancy in multiparous, their clinical implications, family, but mainly the woman's perspective. Explore psychological factors and environmental motivations, the process of acceptance and desire for pregnancy risk in order to explain how such a pregnancy is planned and experienced by women. Despite the scarcity of literature at late pregnancy in multiparous, a review of literature on this subject should include a variety of disciplinary variables that fall late pregnancy in context, deepening the basic issues relating to motherhood late, the risk associated with it and the adaptation of women, reflecting on the processes of acceptance and behavior of pregnant women at high risk. Most of the study seems to give great importance to relate primiparity late because there are faults in the services offered to these pregnant women for lack of information about their behavior, it follows that there is a major flaw in the information on the planning and sexual reproductive women more old who already have grown children.

*Keywords:* Late pregnancy, multiparous, risk, planning.

## INTRODUÇÃO

A gravidez, melhor dizendo o período gravídico, é uma fase cada vez mais rara e tardia no ciclo de vida da mulher, profundamente medicalizado e psicologizado (Leal, 2005). Os dados confirmam a tendência: hoje em dia são cada vez mais as mulheres escolhem serem mães depois dos 40. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em apenas uma década, o número de crianças que nasceram de uma mãe com mais de 40 anos aumentou 50,7%: em 1997 nasceram 2046 bebês e em 2007 esse número cresceu para 3083. Mas, apesar do fenómeno ser cada vez mais comum, não deixou de acarretar perigos (Diário de Notícias, 2008). Ainda hoje existem dúvidas se uma mulher com mais de 35 anos, gozando de boa saúde, sem história de infertilidade, não fumante e com características sociodemográficas favoráveis apresenta risco gestacional mais elevado (Andrade, Linhares, Martinelli, Antonini, Lippi e Baracat, 2004).

Ao Procurar literatura sobre este tema, mas deparamo-nos com a falta quer de revisões de literatura, quer de artigos sobre a gravidez de risco em múltipara, havendo sim um vasto leque de artigos sobre a gravidez de risco em primíparas. Para a realização desta revisão de literatura sobre a gravidez de risco, utilizaram-se as seguintes bases de dados: EBSCO, na qual foram seleccionadas as bases de dados *PsycInfo*, *PsicArticles*, *Psychology and Behavioral Sienses*, *PEP Archive* e *Academic Search Complete*. Como limitadores pediu-se as revisões de literatura, Link para textos completos, palavras dos títulos, limitando aos últimos cinco anos. Utilizaram-se as palavras-chave, *Pregnan\* and risk*, *Pregnan\* or Mother\* or maternal\* and risk*, *Pregnan\* and age*, *menopause*; A *Scielo* (Scientific Electronic Library Online), utilizaram-se como limitadores da pesquisa só em artigos com as seguintes palavras no título, *Gravidez e Risco*, *Gravidez e Idade*, *Gravidez e Menopausa*. Utilizou-se também o motor de busca *Google*, procurando pelas palavras: *gravidez de risco*, *gravidez tardia*, *gravidez e idade*, *gravidez pré-menopausica*, *gravidez e menopausa*. Encontraram-se artigos datados de 1990 até 2008, não havendo exclusão no que diz respeito à data de publicação, ao todo foram encontrados 29 artigos. Esta revisão de literatura procurará fazer o ponto da situação sobre o impacto que a idade avançada tem sobre a gravidez em mulheres múltiparas e como lidam os membros da família mais próximos com a situação.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1 – A GRAVIDEZ TARDIA

A gravidez é um acontecimento natural da vida de todas as mulheres, mas a sua ocorrência hoje em dia depende muito do contexto social, cultural e económico em que a mulher se insere. Segundo Batista e Botelho (2008) a Psicologia da Gravidez e Maternidade compreende os conceitos de Feminino e de Materno, partindo do entendimento comum da mulher enquanto possuidora de uma dupla função: a de afirmação de uma identidade própria, como mulher, e a de procriadora, como mãe. Entende-se como Feminino, o investimento e o desenvolvimento pessoais, as dimensões de realização pessoal, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na auto-imagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez. O conceito de Materno refere-se à função materna, definindo-se como uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil que existe em prol das necessidades do outro, mesmo que em detrimento das do próprio, podendo ser igualmente desempenhada pela mãe biológica ou outra, ou, inclusivamente, sem a necessidade de ser desempenhada por uma figura feminina (Leal, 2001).

No mundo ocidental a gravidez tem espelhado as mutações várias implícitas ao “ser mulher” na era contemporânea. Em tempos recentes tem-se verificado que a mulher ocidental tem vindo a rarear as suas experiências gravídicas, existindo cada vez mais mulheres que não querem ter filhos, para quem não faz sentido serem mães e, como tal, não passam por esta experiência. Observa-se também que, em comparação com as décadas anteriores, as mulheres que optam pela maternidade decidem ter menos filhos. Longe estão os dias do “baby-boom” do pós-guerra. Desde os anos 60 e 70 do Século XX, assiste-se à acentuada redução das taxas de natalidade. Todavia, a mudança de mentalidades relativamente à paridade acarreta também alterações no que diz respeito às vivências do período gravídico e ao respectivo projecto de maternidade. Com efeito, a gravidez é cada vez mais planeada ou adiada em prol de inúmeras variáveis valorizadas pela mulher (Botelho e Leal, 2007).

Mexia (2000) também o afirma, hoje em dia, a tendência de muitas mulheres é adiar a maternidade até depois dos 30 anos, altura em que muitos casais já se constituíram, solidificaram a sua carreira profissional e provavelmente encontraram uma estabilidade emocional decorrente do conhecimento da sua pessoa, em diversas situações características do estado adulto.

A gravidez é um período de espera, demarcado por grandes mudanças, carregando de simbolismos que a mulher recordará para o resto da vida, tanto pode corresponder a uma fase feliz da vida da mulher principalmente quando esta foi desejada como a uma fase complexa e difícil de vivenciar e ultrapassar. Segundo Leal (2005), o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, não são desejos sempre coincidentes. Botelho (2003) acrescenta, a mulher das últimas décadas do Século XX é uma mulher que se procura valorizar do ponto de vista académico e profissional, que investe numa carreira profissional e que adia a maternidade para uma época mais tardia do seu ciclo de vida (não raras vezes, por via da tecnologia, ultrapassando os limites biológicos da sua capacidade reprodutora) em que não só possa beneficiar de uma maior segurança profissional e económica, como também se sinta mais preparada para ser mãe.

Leal (2005) refere que, a gravidez é considerada para alguns autores como um período de crise, uma etapa de maturação como a adolescência ou a menopausa levando a mulher a transformações e adaptações contínuas a todos os níveis: a nível somático, sobretudo físico (aparência, a imagem do corpo), a nível fisiológico (hormonal), a nível psicológico (reactivação de sentimentos antigos de incapacidade ou de insucesso, da angústia de separação, do relacionamento com os pais, das dificuldades edípicas), a nível familiar, levando à parentalidade, não só a nível da célula familiar mas também a nível da família alargada, transformando as posições intergeracionais, levando a uma reestruturação do relacionamento interindividual.

Um estudo realizado à 10 anos atrás, no Hospital de São Teotónio de Viseu, mostra como em quatro anos o número de gravidez tardia aumenta de 8,5% para 10,9%, no em 1994 nasceram 232 bebés de mães com mais de 35 anos e em 1998 nasceram 310 bebés. Não só em primíparas como também em múltiparas, pelas razões acima referidas, embora os primeiros filhos tenham vindo em idade ainda considerada fértil, os

últimos já surgem na idade considerada de risco tanto para a mulher como para o feto/bebé.

Na sua maioria os autores indicam a faixa etária do 30-35 anos como o separador das parturientes jovens das mais velhas. Mas os autores Keith, Jaroslaw, Salihi e Alexander (1971), dizem-nos que hoje em dia o mais comum é utilizar-se a idade dos 40 anos ou menos em alguns casos dos 45 anos e/ou a menopausa para diferenciar as parturientes mais velhas das mais jovens.

### **1.1- O Lado Positivo da Gravidez Tardia**

De entre todos estes factores negativos encontramos alguns positivos nomeadamente para a mulher e, por acréscimo, para o casal, Mexia (2000) fala-nos deles: uma visão mais positiva de si mesmos, sentimentos de maior capacidade para enfrentar os obstáculos, contratempos e tarefas implícitas nesta situação. Por outro lado, o facto de ser uma decisão ponderada numa altura em que, supostamente, o casal já não se debate com problemas de estabilidade e/ou carreira profissional, em que os seus méritos já começaram a ser reconhecidos, contribui para uma boa auto-estima, que é geralmente um factor considerado com preditivo de como será vivida a função de mãe. Ainda segundo Mexia (2000), estas mulheres, se compararmos com outras mais jovens, são geralmente menos egocêntricas, mais maduras e com uma melhor capacidade para valorizar os aspectos positivos das situações, não empolando as dificuldades, o que pode conduzir a uma abordagem menos rígida da gravidez e da maternidade.

### **1.2 - A Gravidez de Risco**

Considera-se gravidez de risco aquela que poderá pôr em causa a vida da mãe, do feto ou de ambos. Segundo Correia (2005), uma gravidez de risco acontece quando numa gravidez se acrescentam factores geradores de vulnerabilidade física e/ou psicológica. Estes factores podem ser prévios ou decorrentes da gravidez, ou podem relacionar-se com o estado de saúde físico ou psicológico da mulher.

Uma gravidez de risco pode então transformar-se numa experiência difícil e complicada para a mulher, tornando mais exigente a vigilância pré-natal em consultas de alto risco ou diferenciadas e pode mesmo conduzir ao internamento. O internamento interfere no bem estar psicológico, podendo este variar de acordo com o quadro clínico, a estrutura psicológica, os mecanismos de defesa e o suporte social (Silva, Correia & Leal, 2005, cit. por Dias, Sereno & Correia, 2008).

Considerando o risco físico, Murphy e Rubbin (1993, cit pot Rodrigues, 2006) descrevem dois tipos de grávidas de alto risco: as mulheres que possuem uma doença crónica que as predispõe para o risco durante a gestação, e as mulheres que até então tinham uma gravidez normal, mas que de repente são confrontadas com uma complicação obstétrica inesperada. Estes autores acrescentam ainda UE as mulheres que possuem doenças crónicas (e.g. diabetes, hipertensão crónica) percebem à partida a necessidade de uma vigilância medica mais restrita durante a gravidez.

Perante uma gravidez de risco, a angústia na mulher pode manifestar-se de várias formas, verifica-se também um elevado índice de ansiedade nestas mulheres, o que poderá ter repercussões quer na gravidez, quer posteriormente na criança, isto também é comum acontecer durante a primeira gravidez. É assim importante conhecer como foi programada toda a concepção, a importância e desejos de ter um filho, isto poderá posteriormente melhorar o desempenho dos profissionais de saúde ajudando-os a seguir a gravidez destas mulheres.

Num estudo realizado por Carolan e Nelson (2007) referem que para estas mulheres saudáveis, com idades superiores a 35 anos, o facto da sua gravidez ser considerada “de risco” provoca-lhe alguma ansiedade, estes autores realçam também a falta de informação nos serviços de saúde sobre estas mães surgindo assim preconceitos e mal-entendidos que podem afectar a experiência materna destas mulheres.

Mas os corpos das mulheres não acompanham estas mudanças sociais, logo quanto mais a mulher adiar a gravidez mais probabilidade de ter uma gravidez de risco terá, assim como as complicações associadas resultantes da idade. Num estudo realizado por Carolan e Nelson (2007) realça o facto de que para estas mulheres saudáveis, com idades superiores a 35 anos, a sua gravidez ser considerada “de risco” provoca-lhe alguma ansiedade. Mas isto não acontece só nas gestantes, os profissionais de saúde também demonstram ansiedade perante estas gravidezes. Edge e Laros (2002), mostram

que a ansiedade dos médicos em relação a gestantes em fase de decréscimo de fertilidade, frequentemente após uso de técnicas de reprodução assistida, induz a escolha da via de parto, aumentando o número de cesáreas sem indicação obstétrica.

Outro factor produtor de ansiedade é a possibilidade de ocorrência de um aborto espontâneo, num estudo realizado por Bergner, Beyer, Klapp e Rauchfuss (2008), concluíram que as mulheres com um histórico de abortos sofrem mais de ansiedades específicas no primeiro trimestre de uma nova gravidez que as mulheres sem histórico de abortos espontâneos. Após as perdas são mais preditivos sintomas de ansiedade e de depressão no primeiro trimestre de uma gravidez subsequente.

O estudo realizado por Dourado e Pelloso (2007), procura responder à forma como é programada uma gravidez de risco e quanto ao desejo da mesma perante uma situação de risco já conhecida. Então sobressaíram três ideias principais: Ideia A – Gestação não programada, mas desejada, associada à não utilização ou uso incorrecto do método contraceptivo; Ideia B – Gestação não programada, mas desejada, associada à questão da crença religiosa; Ideia C – Gestação programada e desejada e Ideia D – Gestação não programada. Das 12 mulheres participantes, estes autores concluirão que no que diz respeito à ideia A, as mulheres relatam o uso incorrecto dos métodos contraceptivos, reconhecem que falharam, mas não desresponsabilizam o companheiro pela gestação e demonstram a dificuldade em negociar a escolha do método contraceptivo com o companheiro.

Quanto à ideia B, surge normalmente com uma reacção inicial não positiva ao saber que está grávida, mas o facto de não ter sido programada não quer dizer que não seja desejada, esta aceitação ganha um significado especial quando a ocorrência da gestação é atribuída a um desejo divino, a religião aqui funciona como atenuadora do sofrimento. De todas as mulheres entrevistadas apenas uma planeou cuidadosamente a gravidez, e aí entramos na ideia C, quando uma mulher decide engravidar e viver uma gestação de alto risco, ela admite que o seu tempo de vida possa ter encurtado ou até haver a possibilidade de transmitir ao filho problemas recorrente ao uso de medicações. Uma gravidez quando planeada e desejada o sentimento predominante é a felicidade, gestante e companheiro assumiram o risco expressando o sentimento de medo superado pelo desejo de ter um filho.

Opostamente a esta ideia, é a ideia D em que uma das gestantes afirmou não ter programado nem desejar a gestação em curso, aqui o sentimento predominante é a tristeza, esta mulher chorava muito e demonstrava um grande mal-estar por ter tido que suspender os remédios que usava devido ao seu problema de saúde em decorrência da gestação. O comportamento da mulher que não programa e não desejava uma gestação, reforça a ideia de que as condições sociais em que qualquer mulher se encontra inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes para a aceitação da gravidez.

### **1.3 – Complicações Resultantes duma Gravidez Tardia**

Como se irá verificar, na sua maioria os estudos realizados referem que a idade materna avançada esta directamente associada a várias complicações durante a gestação e no parto, por exemplo para feto, a elevada ocorrência de prematuridade, baixo-peso à nascença, atraso de crescimento intra-uterino (ACIU), morte perinatal, baixo índice de Apgar e óbito fetal. Isto pode confirmar-se no estudo efectuado por Lima (2001) onde se verifica que a prevalência de abortos durante o acompanhamento obstetrício foi de 27,0% nas pacientes do grupo de estudo (faixa etária dos 40 ou mais anos), superior aos 22,6% do grupo de controle (faixa etária dos 25-30 anos).

No que diz respeito à prematuridade, existe de acordo com a literatura uma alta incidência de cesarianas nas mães com mais de 35 anos, o mesmo acontece quanto ao baixo peso à nascença, quanto mais idade apresentar a mãe mais se verifica a sua ocorrência. Lima (2001) refere como consequência desses estados patológicos, estas mulheres tiveram maior índice de recém-nascidos prematuros (6,4%) em comparação com as mulheres jovens (2,7%). Quanto aos casos de ACIU, verifica-se num estudo realizado por Andrade et al (2004) houve maior frequência no grupo acima de 40 anos (16,1%), quando comparado ao grupo entre 35-39 anos (8,6%) e o grupo entre 18-29 anos (9,8%). Relativamente ao óbito fetal podemos concluir que acima dos 40 anos este fenómeno acontece com muito mais frequência comparado com idades mais baixas, o mesmo se verifica para a nascença de nados mortos.

Não é só para os fetos e recém nascidos que existem perigos, também os há para as gestantes, como a prevalência de hipertensão arterial, parto por cesariana e hemorragia puerperal. No estudo realizado por Cecatti et al (1998) mostra que a idade materna avançada esteve isoladamente associada à hipertensão arterial, apresentação anómala, diagnóstico de sofrimento fetal intraparto, parto por cesariana e hemorragia puerperal.

Num estudo realizado sobre os mecanismos de defesa em mulheres grávidas, Justo (1990), chegou à conclusão que os mecanismos de defesa utilizados por mulheres com gravidez de risco são diferentes dos mecanismos de defesa utilizados por mulheres com gravidez normal e diferentes dos mecanismos utilizados por mulheres não grávidas. Segundo ele, as mulheres com gravidez de risco reduzem ao mínimo o uso dos mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o objecto externo e os mecanismos que justificam a expressão da agressividade face a objectos externos na medida em que esses objectos são vivenciados como destruidores ou perseguidores. A mulher grávida ao sentir-se ameaçada pelo risco, reorganiza os seus mecanismos de defesa de forma a reprimir qualquer vivência impulsiva de tipo agressivo e anulando a vivência de possíveis conflitos psicológicos.

Esta é a razão porque os níveis de ansiedade no grupo de grávidas de risco, no estudo realizado por Rato (1998) sobre as ansiedades perinatais, surgem mais baixos, não deixando de ter em conta que estas mulheres tiveram uma gravidez de risco por várias mortes fetais anteriores. Então isto leva-nos a pensar que nas mulheres múltíparas, em que haja uma gravidez de risco derivada da idade, os níveis de ansiedade serão também eles mais baixos do que os esperados, isto pelo facto de estas mulheres já terem experienciado antes, uma ou mais vezes, todo o processo de grávidico, logo sabendo gerir os mecanismos de defesa a ele associados.

#### **1.4- Gravidez Tardia em Múltíparas**

Dos estudos encontrados apenas dois fazem referência às múltíparas numa situação de gravidez de risco e não o fazem directamente. Para Bastos e Faria (2003), a percentagem relativamente elevada de primíparas e múltíparas poderá ser consequência

das transformações socioculturais dos últimos anos, isto é, iniciação profissional mais tardia acrescida de maiores exigências e daí a opção pelo adiamento da natalidade e, ainda, do acesso facilitado a meios de diagnóstico e tratamento da infertilidade. “Pelas mesmas razões e ainda pela actual acessibilidade ao planeamento familiar, surpreendeu-nos o número elevado de múltiparas”. A questão haver risco com o adiar a parentalidade é um problema de extrema importância para o casal, assim como para o clínico que os acompanha e aconselha. Mas o estudo desenvolvido por estes autores demonstra que com o avançar do tempo, com as novas técnicas reprodutivas, com os cuidados pré-natais e interprato adequados no sentido de minimizar os riscos, uma mulher com mais de 35 anos pode ter uma gravidez tão bem sucedida e uma maternidade positiva como uma grávida jovem.

Outro estudo encontrado que faz referência a múltiparas tardias, é do de Delpisheh, Bradin, Attia & Bradin (2008), onde é feita a comparação dos problemas que podem ocorrer à nascença em seis faixas etárias diferentes, são elas < 20 anos, de 20-25 anos, de 26-30 anos de 31-35 anos de 36-40 anos e > 40 anos. O maior número de grávidas são as da faixa etária dos 31-35 anos, seguidas dos 26-30 anos, o grupo dos 36-40 situa-se em quanto lugar e o de > 40 em último. Quanto à paridade, verifica-se que no grupo etário > 40 anos, o percentagem de múltiparas é superior aos restantes grupos, o mesmo se verifica para as grandes múltiparas, embora em menor número estas apresentam uma maior incidência de paridade nesta faixa etária. Comparando com as primíparas tardias a diferença do grupo etário dos > 40 é só de 7,2% a mais comparando com as múltiparas, acontece algo semelhante no grupo etário dos 36-40 anos, em que as primíparas registam uma diferença de 16,8% superior à das múltiparas, estas diferenças são muito baixas comparadas com os restantes grupos. A gravidez em idade avançada foi também associada com o baixo peso à nascença e prematuridade independentemente da paridade.

## **2- MENOPAUSA**

A menopausa, do ponto de vista bio-médico, entende-se por fase de menopausa o período durante o qual ocorre a cessação das menstruações, decorrendo esta redução

gradual do funcionamento dos ovários, verificando-se uma diminuição da libertação mensal de óvulos e da produção de estrogénios (Branco; Leal & Pimenta, 2007, p.455).

A menopausa não é, e não deve ser só encarada como uma fase negativa como muitos autores assim o referem, pelos estados depressivos, perturbações do humor, afrontamentos, irritabilidade, dores nas articulações, diminuição da libido e fadiga. Existem estudos que apontam factores positivos referidos por mulheres nesse período de transição, e que, a meu ver são também os factores que contribuem para o surgimento da gravidez não planeada na pré-menopausa. Investigações referidas por Deeks e McCabe (2004) evidenciam que muitas mulheres sentem alívio com cessação das menstruações e do síndrome pré-menstrual, libertação da preocupação com a contraceção e com gravidez não desejada, calma e algumas mulheres evidenciam ainda a percepção do aumento de status na comunidade e de aquisição de maior sapiência como resultado da menopausa.

Golub (1992; cit. por McCarthy, 2002) especifica que a maior parte dos investigadores concorda que a compreensão da forma como a mulher experimenta a menopausa passa necessariamente por uma contextualização da pessoa na matriz da sua vida e dos acontecimentos significativos que nela ocorrem. A menopausa é um período de transição, de mudanças que podem ser físicas, sexuais, psicológicas, emocionais.

Quando a mulher já passou pela experiência da gravidez e todas as mudanças que esta acarreta, com os filhos crescidos, começa a prepara-se para outra fase importante na vida de todas as mulheres, a menopausa, tão importante como a matriarca a cessação da menstruação atribui à mulher outro tipo de estatuto. Se em adolescente a matriarca significa a passagem de menina a mulher, em mulheres pré-menopausicas significa a passagem para a meia-idade, fase em que a mulher se prepara para ser avó e na qual a mulher é respeitada socialmente pela sua idade e sabedoria, digamos que há como que uma subida de estatuto no seu meio sociocultural.

Mas na pré-menopausa a maioria das mulheres ainda mantêm uma vida sexual normal e activa, num estudo realizado por Mishra e Kuh (2006, cit. por Pimenta et al, 2007) este referem que em comparação com mulheres pré-menopausicas, as participantes em peri e pós-menopausa manifestam um declínio na vida sexual e relatavam com mais frequência dificuldades no acto sexual. Quanto à depressão nesta fase da vida, para alguns autores a sensação de “ninho vazio” experimentada pelas

mulheres pode ser fonte de stress diário, assim como a perda de pessoas significativas. Mansfield e Voda (1997) referem isso mesmo, que muitas mulheres descrevem que entre os 40 e os 50 anos de idade se vêem frequentemente divididas entre filhos pequenos ou adolescentes que ainda requerem muita atenção da parte delas e pais doentes ou de idade muito avançada. Estes factores todos juntos são altas fontes de stress para as mulheres e podem influenciar estados não só depressivos como ansiosos.

Algumas publicações têm denominado as mulheres grávidas com mais de 40 anos de “grávidas pré-menopausicas” ou grávidas “maduras” e isso já pode fornecer uma ideia sobre a baixa fertilidade nesse período (Cecatti, Faúndes, Surita & Aquino, 1998).

A fertilidade, este é outro ponto importante que nos indica que a mulher está a entrar na menopausa, a partir dos 35 anos o índice de fertilidade da mulher entra na fase decrescente, as taxas de gravidez por ciclo ovulatório que a partir dos 37 anos vão escasseando e a partir dos 40 anos ainda mais se acentuam a o decréscimo. Segundo Mexia (2000), a explicação para este fenómeno reside no facto de, ao contrário do homem, em que os espermatozoides estão a ser constantemente produzidos, no caso da mulher todos os potenciais óvulos já se encontram determinados desde o nascimento, donde, tal como outros órgãos do corpo, também os ovários vão envelhecendo, comprometendo a qualidade dos óvulos e a sua capacidade de serem fertilizados ou viáveis.

## **2.1- A Grávida Pré-Menopausica**

As gestantes tardias denominadas de pré-menopausicas, que começam a experimentar as mudanças trazidas pela menopausa, no caso das múltiparas, confrontadas também pelas exigências de atenção de filhos pequenos, adolescentes ou que estão prestes a sair de casa dos pais, podem por vezes sofrer com o stress derivado de estas as situações. Uma gravidez nesta altura da vida da mulher pode não ser bem recebida. Por exemplo, investigações referidas por Deeks e McCabe (2004) destacam estudos que evidenciam que muitas mulheres sentem alívio com cessação das menstruações e do síndrome pré-menstrual, libertação da preocupação com a

contracepção e com gravidez não desejada, calma e algumas mulheres evidenciam ainda a percepção do aumento de status na comunidade e de aquisição de maior sapiência como resultado da menopausa. Ora para estas mulheres que esperam estas vivências uma gravidez pode provocar algum desconforto, pois o que irão vivenciar não será bem aquilo para que se preparavam, não esquecendo que aqueles que as rodeiam possam também eles não aceitar bem uma gravidez nesta fase da idade da mulher ou casal.

O modo como a mulher vive a gravidez e a maternidade pode relacionar-se com duas ordens de factores. Por um lado uma componente cultural que influencia o sentir e o agir da mulher nesses períodos; por outro lado, os componentes intrínsecos da própria mulher que têm a ver com as suas características de personalidade (Correia, 1998).

### **3 – IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

Ao longo da revisão verificou-se que é atribuída grande importância à formação e informação dos profissionais de saúde relativamente ao tema da gravidez tardia, às suas possíveis consequências quer para a grávida quer para o feto. Em como um bom desempenho destes profissionais pode ajudar as futuras mães, quer a prevenir ou ajudar a gestante a lidar com a ansiedade provocada pela situação de risco em que se encontram, quer para lidar com estas em caso de perda do feto/bebé, complicações no parto, deficiências que o bebé apresente à nascença. Estes profissionais têm não só que desempenhar o papel de sinalizadores da situação de risco como de depois ajudar a gestante a lidar com todo o processo de aceitação duma gravidez de risco pela grávida.

No seu estudo Carolan e Nelson (2007), com primíparas com mais de 35 anos mostra-nos as questões associadas à idade materna e à gravidez de risco. Foram encontrados quatro temas relacionados com o risco identificados nas gestantes: “Percebo os riscos”; “Esperança de não haver risco”; “Restabelecer a confiança” e “Lidar com a incerteza/ ou negociar o risco”, perceber como estas mulheres aceitam ou negociam a noção de risco poderá ajudar os profissionais de saúde na prestação de melhores cuidados a este grupo crescente de mulheres, deixando assim cair preconceitos e mal-entendidos relacionados com este tipo de gravidez que possam prejudicar ou privar a mulher de vivenciar a sua gravidez e a maternidade em pleno. A falta de

informação nos serviços de saúde sobre estas mães que faz com que surjam preconceitos e mal-entendidos pode afectar a experiência materna destas mulheres.

## CONCLUSÃO

A grande maioria dos estudos encontrados são quantitativos e fazem referência sobretudo à gravidez de risco em mulheres primíparas, havendo assim uma falta considerável no que diz respeito a estudos com múltíparas que enfrentam uma gravidez considerada de risco. Também em relação às suas vivências e/ou dos familiares próximos. Verificou-se também que os estudos encontrados se centram muito numa abordagem médica, seria assim interessante realizar alguns estudos utilizando uma abordagem multidisciplinar.

Percebeu-se que para estas mulheres com idades acima dos 35/40 anos todas as gravidezes são de risco o que lhes pode provocar um elevado índice de ansiedade, isto poderá ter repercussões quer no decorrer da gravidez quer posteriormente no relacionamento com a criança e mesmo no seio do casal, seria então importante estudar como é planeada uma gravidez de risco de forma a que exista um mínimo de ansiedade a afectar a vida das mães, da criança, do casal e família próxima perante a gravidez de risco.

Outro ponto importante é que não existe um consenso quanto à idade que a parturiente deve apresentar para ser considerada de grávida tardia, então resolveu-se ir ao encontro das parturientes mais velhas, acima dos 40 anos para um melhor entendimento das suas vivências.

É também importante salientar a importância da qualidade dos cuidados destinados à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a orientação sobre planeamento familiar, em especial nos serviços de atendimento pré-natal de alto risco. Pois esta orientação pode exercer o impacto enorme na vida das mulheres, homens e famílias que possam vir a passar por uma situação de gravidez de risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, P., Linhares, J., Martinelli, S., Antonini, M., Lippi, U. & Baracat, F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO*, 26, 697-702.

Arquino, M., Cecatti, J., Faúndes, A. & Surita, F. (1998). O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. *RBGO*, 20, 389-394.

Attia, E., Brandin, B., Brandin, L. & Delpisheh A. (2008). Pregnancy late in life: A hospital-based study of birth outcomes. *Journal of Women's Health*, 17, 965-970.

Bastos, V. & Faria, C. (2003). Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos. *Nascer e Crescer*, 4 (XII), 254-256.

Bebé Confort Coimbra (2008). *Alegria e os riscos de ser mãe depois dos 40*. Consultado a 15 de Novembro de 2008 através de <http://bebeconfortcoimbra.com/semcintosintomuito/tag/gravidez-tardia/>

Botelho, T. (2003). Avaliação do perfil factorial da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro Dissertação de Doutoramento. Porto. Universidade do Porto.

Botelho, T. M. & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde e Doença*, 8 (1), 129-144.

Branco, J., Leal, I. & Pimenta, F. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão de literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466.

Carolan, M. (2005). "Doing it properly": the experience of first mothering over 35 years. *Health Care for Women International*, 26, 764-787.

Carolan, M. & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: Questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care of Women International*, 28, 534-555.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-3711.

Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (p.49-60). Lisboa: Fim do Século.

Deeks, A. A. & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13, 389-398.

Dias, A., Sereno, S., & Correia, M. J. (2008). Gravidez de risco – Avaliação e intervenção psicológica no SMMF da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. In Leal, I., Ribeiro, J., Silva, I., & Maques, S. (Ed.), 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (p. 107- 110). Lisboa: ISPA.

Dourado, V. G. & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm*, 20, 69-74.

Edge, V. & Laros, R. K. (2002). Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older (abstract). *Gynecologic Obstetric Investigation*, 54 (1), 6-10.

Gray, A. B. (2006). Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk (abstract). *Western Journal of Nursing Research*, 28 (2), 216-229.

Hall, R. L. (2004). An energetics-base approach to understanding the menstrual cycle and menopause. *Human Nature*, 15, 83-99.

Heffner, L. J. (2004). Advanced maternal age – how old is too old? *The New England Journal of Medicine*, 351 (19), 1927-1929.

Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (4), 371-376.

Keith, L., Wac, M., Oleszczuk, J., Salihu, H. & Alexander, G. (s.d.). Older mothers of multiples: Do they represent a new obstetric entity? Consultado a 15 Dezembro de 2008 através de:

[http://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&lr=&cluster=1580508786304507748&um=1&ie=UTF-8&sa=X&oi=science\\_links&resnum=1&ct=sl-allversions](http://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&lr=&cluster=1580508786304507748&um=1&ie=UTF-8&sa=X&oi=science_links&resnum=1&ct=sl-allversions)

Leal, I. & Figueiredo, B. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 365-366.

Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In Canavarro M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (p.51-57). Coimbra: Quarteto.

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Lisboa: Fim de Século.

Lima, I. S. (2001). Perfil-clínico-epidemiológico da em mulheres de 40 anos ou mais. *RGBO*, 23 (1), 56-58.

Mansfield, P. K. & Voda, A. M. (1997). Women-centered information on menopause for health care providers: finding from the midlife women's health survey. *Health Care for Women International*, 18 (1), 55-72.

McCarthy, M. (2002). Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27 (4), 281-295.

Mexia, C. (2000). A maternidade depois dos 40. Consultado a 28 de Dezembro de 2008 através de:

<http://mulher.sapo.pt/articles/sexualidade/anatomia/118360.html>

Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 47-51.

Rato, I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 405-413.

Rodrigues, S. (2006). A gravidez vivida do lado de dentro de uma janela. Depressão, ansiedade, stress e suporte social em gestantes hospitalizadas por ameaça de parto pré-termo. Monografia de licenciatura apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.