



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**JOÃO PAULO DA SILVA OLIVEIRA**

**RISCOS E CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ APÓS  
OS 35 ANOS**

ARIQUEMES - RO

2015

**João Paulo da Silva Oliveira**

**RISCOS E CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ APÓS  
OS 35 ANOS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Bacharel em Enfermagem Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ma. Sonia Carvalho de Santana

Ariquemes - RO

2015

**Ficha Catalográfica**  
**Biblioteca Júlio Bordignon**  
**FAEMA**

---

J15r OLIVEIRA, João Paulo da Silva.

Riscos e consequências da gravidez após os 35 anos./ João Paulo da Silva Oliveira: FAEMA, 2015.  
41; il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Ms. Sonia Carvalho de Santana.

1. Gravidez de risco. 2. Prevenção 3. Pré-natal 4. Políticas públicas I. Sonia Carvalho de Santana. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

---

**João Paulo da Silva Oliveira**

## **RISCOS E CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ma. Sonia Carvalho de Santana  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes - RO, 30 de novembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, que guiou as minhas escolhas e me fez descobrir o maravilhoso mundo da enfermagem, mas agradeço-lhe, sobretudo as bênçãos pelas conquistas que consegui e superação das dificuldades que ultrapassei, bem como pela perseverança que me concedeu na realização deste trabalho.

A minha família por me apoiar e estar sempre ao meu lado.

A minha gratidão vai para a minha orientadora, que fez com que este trabalho pudesse crescer saudável. A ela devo todo o apoio e confiança que me deixaram sempre entusiasmado e livre para todas as escolhas, sabendo que poderia contar sempre com ela e com as sugestões e correções fundamentais para o aperfeiçoamento e realização deste estudo.

Aos demais amigos e colegas pelo convívio, apoio, conforto nos momentos difíceis e alegrias vivenciadas ao longo deste percurso.

A todos os professores que estiveram ao meu lado em todas as etapas importantes da minha formação.

A todas as pessoas que não foram citadas, mas que de uma forma ou outra estiveram presentes e contribuindo para a conclusão de mais esta etapa da minha formação.

*“Tudo aquilo que sou, ou pretendo ser, devo a um anjo:  
minha mãe”.*

*Abraham Lincoln*

## RESUMO

A gravidez após os 35 anos de idade aponta para o aumento de risco de complicações para a mulher. O presente tema tem grande relevância para o conhecimento da atuação dos profissionais de saúde com ênfase a enfermagem. Este estudo objetiva analisar acerca da gestação após os 35 anos de idade e suas principais consequências a gestante. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), além de acervos pessoais. Os resultados da revisão apontam para a incidência da gravidez após os 35 anos, cada vez mais nos dias de hoje em relação os anos 60 e 70. Por estabelecer prioridade de conquista pessoal, social, e profissional a mulher posterga a gravidez após a idade considerada ideal pelos autores, mesmo com a possibilidade de coincidir com declínio da fertilidade alterações fisiológicas entre outros fatores, justifica-se o estudo para fortalecer o conhecimento e a atuação dos profissionais de enfermagem frente ao tema.

**Palavras-chave:** Gravidez de Risco; Prevenção; Pré-natal; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

The pregnancy after the age of 35 points to the increased risk of complications to the woman. This topic is highly relevant for understanding the role of health professionals with emphasis on nursing. This study analyzes about the pregnancy after 35 years and its main consequences the pregnant woman. This is a literature search from searches in the Virtual Health Library (VHL), Julius Library collection Bordgnon the School of Education and Environment (FAEMA), as well as personal collections. The review results indicate the incidence of pregnancy after 35 years, more and more these days over the 60s and 70s. For establishing priority of personal achievement, social, and professional women postpone pregnancy after the age considered ideal by the authors, even with the ability to match declining fertility physiological changes and other factors, justified the study to strengthen the knowledge and the performance of the nursing staff to the issue.

**Keywords:** Risk Pregnancy; Prevention; Prenatal; Public policy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
CPN	Centro de Parto Normal
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
ONG	Organização não governamental
PAISM	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PHNPH	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS	Política Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TPM	Tensão Pré Menstrual
UBS	Unidade Básica de Saúde
DeCS	Descritores em ciência da saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
4.1 GESTAÇÃO E MATERNIDADE: UMA REFLEXÃO .....	12
4.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DURANTE A GESTAÇÃO.....	13
4.3 FATORES QUE CONTRIBUEM Á OPÇÃO POR UMA GESTAÇÃO TARDIA ....	17
4.4 A GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS DE IDADE.....	19
4.5 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL.....	21
4.6 PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER .....	24
4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À GESTANTE .....	26
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## INTRODUÇÃO

Difícilmente se encontra alguma mulher que não queira ser mãe; a gravidez é uma experiência muito importante na vida da mulher e de sua família e pode ser o principal sonho da mulher. Durante o período da gestação todo o processo envolto da gravidez altera o corpo da mulher, mexendo com o psicológico, com a saúde e com sua interação de mulher passando para mãe com o mundo. Foi pensando nessas mudanças que a atenção à saúde da mulher esteve, desde o início, voltada para a maternidade, tornando-se imperativo ampliar esse cuidado. (FILHO, 2007).

Neste sentido, percebe-se que na sociedade contemporânea o perfil social da mulher está mudando e por vários motivos muitas mulheres têm escolhido ter filhos mais tarde, fora da faixa etária considerada como ideal para a gestação. Existe uma tendência cada vez maior de gravidez com mulheres acima dos 35 anos de idade, mas nessa faixa etária, demanda dos profissionais de saúde maior atenção, pois as possibilidades de complicações para a mulher, para o feto e, posteriormente, para o recém-nascido tornam-se mais comumente. (SCHUPP, 2006).

A literatura científica tem apontado um risco maior de complicações nas gestantes acima dos 35 anos de idade, incluindo algumas situações decorrentes das mudanças que podem atrapalhar o período da gestação. Logo, a atuação dos profissionais de saúde sobre a questão da mudança fisiológica que a gravidez provoca no corpo e no organismo da mulher gestante é um estudo bem direcionado, ajudando assim os profissionais a entender melhor essa fase situação que a mulher se encontra no período dos nove meses de gestação.

Descrever sobre as alterações fisiológicas, a importância do pré-natal, assim como analisar os benefícios do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e as Políticas Públicas de Proteção à Gestante fazem parte da pesquisa deste trabalho.

Desse modo, o tema proposto tem grande relevância para o conhecimento e a atuação dos profissionais de saúde, seja pelos fatores sociais, cultura ou demográfico, ou pela questão da mudança fisiológica que a gravidez provoca no corpo e no organismo da mulher gestante é um estudo bem acentuado e comentado por especialistas, ajudando assim a profissionais diretamente relacionados aos casos a entenderem melhor a situação que a mulher se encontra no momento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar acerca da gestação após os 35 anos de idade e as suas principais consequências à gestante

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Apontar os fatores relacionados à gravidez tardia;  
Enfatizar a importância do cuidado a saúde da mulher e do pré-natal;  
Discorrer sobre o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher;  
Descrever as Políticas Públicas de Proteção à gestante.

### 3 METODOLOGIA

Com o aumento expressivo do número de gestantes tardias, pesquisadores estão realizando diversos estudos que mostram quais os principais fatores que levam a gestação tardia e seu risco, portanto, este estudo constitui em uma pesquisa inicialmente exploratória.

Segundo Gil (1996, p. 45): “A pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

O procedimento adotado para a coleta de dados será a pesquisa bibliográfica. Ainda de acordo com Gil (1996, p. 48): “Pesquisa bibliográfica é aquela que se desenvolve a partir de um material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do tema, este Trabalho de Conclusão de Curso será elaborado a partir dos registros, análise e organização dos dados bibliográficos, instrumentos que permite uma maior compreensão e interpretação crítica das fontes obtidas.

Ainda de acordo com Gil (1996, p. 48): “Pesquisa bibliográfica é aquela que se desenvolve a partir de um material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

O levantamento bibliográfico foi desenvolvido com base em material constituído por livros, revistas, periódicos e artigos científicos, disponibilizados na biblioteca “Júlio Bordignon” da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA do Município de Ariquemes. Dessa forma, as bases de dados nas quais a busca se deu estão descritas a seguir: Scielo, Google Acadêmico, Livros e revistas que versam sobre o assunto.

Nas consultas feitas às bases de dados citadas, foram utilizados a expressão "idade materna" e os termos "gravidez"; "complicações"; "fisiologia" e "riscos" bem como as possíveis combinações entre eles.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 GESTAÇÃO E MATERNIDADE: UMA REFLEXÃO

Ao pensar na gravidez, sem dúvida alguma que ela é apreciada como um momento marcante na vida da mulher, visto que tem a ver com uma fase envolvendo grandes transformações biopsicossociais, isto é, há alterações não apenas no organismo da mulher, mas também no seu bem-estar, alterando o seu psiquismo e o seu papel sócio familiar. (KLEIN; GUEDES, 2008).

De acordo com a medicina a idade ideal para a mulher engravidar é entre os 18 e 28 anos. Isso porque a mulher já nasce com uma quantidade específica de óvulos. Isso tanto é verdade que os óvulos começam a se formar ainda na gestação, esses óvulos somam aproximadamente de 6 a 7 milhões. Desse modo, quando nasce uma menina já foram perdidos cerca de 80% dos óvulos. Na puberdade, apenas 300 a 500 permanecem. Quando a mulher tem 30 anos de vida reprodutiva, estima-se que somente 500 óvulos serão escolhidos para ovulação. (BRASIL, 2014).

Além das mudanças biopsicossociais elencadas há relatos da existência de sentimentos ambivalentes que se une com a história e com os experimentos vivenciados pela gestante no transcorrer de sua vida. Seguindo esse mesmo entendimento, “a gravidez dá às mães uma nova oportunidade de elaborarem velhos conflitos de separação, promovendo uma nova fase em seu processo de se desprender (individualização) das relações simbióticas originais”. (BORSA, 2007, p. 312).

Diante de todas essas mudanças que a mulher venha a passar nesta fase gestacional, a exposição envolvendo os fatores sociais, conjugais, cultural, familiar e da personalidade da gestante, ocasionam intensidades alterando psicologicamente a grávida, significa dizer que, na gravidez as mudanças não acontecem apenas com a mulher, mas atinge todo o meio onde ela encontra-se inserida. (KLEIN; GUEDES, 2008).

As transformações e revivências psíquicas, a experiência da gestação acaba gerando uma exacerbação que afeta a sensibilidade da mulher, tornando-a igualmente suscetível a diferentes distúrbios emocionais. Destarte, a gravidez pode tanto levar a uma crise emocional para as gestantes como estabelecer um potencial

adaptativo para a resolução de conflitos até então pouco conhecido. Logo, a forma que a mulher absorve todas estas mudanças do período gestacional tende a exercer influência profunda na relação futura com a criança (MISSONNIER; SOLIS-PONTON, 2004; PICCININI et al., 2004; ARAGÃO, 2006).

Neste sentido, é que as mulheres que estão nesta fase de serem mães necessitam de toda uma condição psicológica e física para que esse processo ocorra sem maiores transtornos e isso tem a ver também com a idade conforme já citado no início do texto. A fertilidade da mulher conforme o passar do tempo vai diminuindo, pois estima-se que entre os 20 e 35 anos, as chances de engravidar caem em 25%. Após os 35 anos, a chance cai para 10%, pois além do fato dos óvulos, a idade pode trazer problemas como miomas, endometriose, e cistos que são responsáveis pela diminuição da fertilidade. A gestação após os 35 anos de idade é considerada de risco, não importando o estado de saúde da mulher. (BRASIL, 2014). Contudo, esse assunto será mais bem discutido no tópico seguinte.

#### 4.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DURANTE A GESTAÇÃO

É fato que a mulher passa por algumas alterações físicas e psicológicas durante a gestação, pois as células sexuais femininas começam a escassear ocorrendo um declínio da fertilidade, e, por conseguinte há diminuição da capacidade reprodutiva. (VERSELLINI, 2000). Essas alterações ocorridas da mulher tem a finalidade preparar o corpo para receber um ser humano, pode-se dizer que as modificações que acontecem durante a gravidez estão entre as mais significativas que o corpo humano pode sofrer. (REZENDE, 2000).

Acerca da gestação, da mudança do corpo da mulher e do seu organismo, como já visto nas mulheres acima dos 35 anos de idade, essa mudança pode ser associada a riscos aumentados para complicações maternas. Essas mudanças podem ser assim explicitadas conforme descreve Serpejante (2015):

**1º mês** – sintomas parecidos com a Tensão pré-menstrual (TPM), devido pela produção do hormônio da gravidez, o beta HCG. Os sintomas mais comuns são a interrupção da menstruação, desconforto abdominal, dor e sensibilidades das mamas e mudanças emocionais.

**2º mês** – o sistema neurológico se altera por conta da produção hormonal e o resultado é um estado de constante sonolência, diminuição dos reflexos, constante vontade de fazer xixi, enjoos, náuseas e vômitos.

**3º mês** – a gestante pode apresentar alguns sintomas de taquicardia, pois o volume de sangue circulante aumenta para que o organismo consiga suprir as necessidades de sangue do útero e do feto.

**4º mês** – é comum a pele escurecer, principalmente na região genital, do mamilo e no rosto, por conta do aumento de produção de melanina desde o começo da gravidez.

**5º mês** – é nesse período que começam as alterações posturais da gestante, resultando em dores na lombar. Desconforto gastrointestinal, principalmente azia.

**6º mês** – como a barriga fica mais evidente, a gestante pode ter tendência a varizes por causa da sobrecarga nas pernas.

**7º mês** – aqui podem começar as complicações da gestação. É comum sentir falta de ar, haver aparecimento de diabetes e pressão alta.

**8º mês** – a gestante sente dores nas costas, pernas e pés, por conta do peso. O útero já está bem volumoso, podendo pressionar as veias da perna, o que gera retenção de líquidos. O inchaço fica mais evidente e a ansiedade para o parto ganha espaço. A partir desse mês podem começar contrações preparatórias, chamadas de contrações de Braxton, que não causam dor.

**9º mês** – o corpo começa a se preparar para o trabalho de parto e a mulher pode inclusive começar a sentir a cabeça do bebê pressionando a bexiga. No fim da gestação podem surgir hemorroidas. A mãe também sente uma pressão no quadril, pois a pélvis já está se preparando para o parto.

As mudanças da gravidez no corpo da mulher são, principalmente, o resultado da influência mútua de quatro fatores, quais sejam: as mudanças hormonais mediadas no colágeno e no músculo involuntário; o acréscimo do volume total de sangue com fluxo acrescido de sangue ao útero e rins; o crescimento do feto que leva o aumento e deslocamento do útero; e por fim o aumento do peso corporal e transformações adaptáveis no centro de gravidade e postura. (POLDEN; MANTLE, 2000 apud SILVA, 2010).

Outro aspecto que vale ressaltar é que essas alterações fisiológicas podem surgir em qualquer mulher durante a gestação, no entanto, em mulheres acima dos

35 anos de idade pode ser acentuada devida a outras alterações que ocorrem naturalmente com o avanço da idade. (SERPEJANTE, 2015).

Tendo maior incidência em gestantes com idade superior ou igual a 35 anos, a hemorragia constatada no período puerperal é outra complicação obstétrica, frequentemente presenciada. Geralmente, encontra-se associada à inércia uterina puerperal. Em países desenvolvidos, a hemorragia puerperal e as desordens hipertensivas constituem as principais causas de óbito materno em mulheres que estão nessa faixa etária. (SALVADOR, 2002).

Todavia, existem controvérsias em relação aos reais riscos materno-fetais dessas gestações, mas existe um consenso da classe médica, bem como uma grande parte dos teóricos que se trata de gestação de risco, necessitando de cuidados pré-natais específicos. (COSTA, 2006).

Não tem como desconsiderar a questão da idade, pois biologicamente está relacionada ao aparecimento de algumas complicações. A incidência de doenças crônicas encontra-se mais proeminentes, tais como: a hipertensão arterial e diabetes, além dos riscos de abortamentos e malformações fetais. Outros problemas estão mais presentes nessas mulheres, incluindo-se aí doenças cardíacas, renal, neurológica e pulmonar, além de alcoolismo e câncer, particularmente o de mama. (TABORDA, 2013).

Outro aspecto significativo no aspecto fisiológico que ocorrem durante a gestação são os hormônios, em que destaca-se quatro hormônios que desempenha um papel fundamental para a mãe e para o feto. Dois desses são os hormônios sexuais femininos estrogênio e progesterona, os quais são secretados pelo ovário e passando a ser secretados em grandes quantidades pela placenta durante a gestação. Outros dois importantíssimos são: a gonadotrofina coriônica e a somatomamotropina coriônica humana. (MARCUCCI, 2015). Em outro modelo, esse mesmo autor apresenta:

✓ O estrogênio leva ao aumento no crescimento do útero e ductos mamários, aumento da retenção de água, dilatação dos órgãos sexuais externos e do orifício vaginal, aumenta o nível de prolactina e ajuda no metabolismo do cálcio. Ou seja, o estrogênio é responsável por desenvolver as características sexuais femininas.

✓ Entre os principais efeitos da progesterona estão à redução do tônus do músculo liso, aumento da temperatura, redução na tensão alveolar e arterial,

estímulo do centro respiratório com aumento da frequência e amplitude respiratória, desenvolvimento das células alveolar e glandular produtoras de leite, depósito de gordura aumentado.

✓ A gonadotrofina coriônica tem como função manter ativo o corpo lúteo durante o primeiro trimestre. Sem o corpo lúteo em atividade a secreção de progesterona e estrogênio seria afetada e assim o feto cessaria seu desenvolvimento e seria eliminado dentro de poucos dias.

✓ O hormônio somatomamotropina coriônica humana é responsável principalmente pela nutrição adequada do feto, pois diminui a utilização da glicose pela mãe e torna-a disponível em maior quantidade para o feto; além de aumentar a mobilização de ácidos graxos do tecido adiposo materno, elevando a utilização dos mesmos como fonte de energia em lugar da glicose, por fim, este hormônio tem efeito semelhante ao do hormônio do crescimento, porém mais fraco. (MARCUCCI, 2015).

Em relação ao sistema músculo esquelético há um acréscimo generalizado na flexibilidade e extensão das articulações, hormonalmente mediado. Os estrogênos, progesterona e especialmente a relaxina parecem os responsáveis por isso. A relaxina é um hormônio peptídico produzido pelo corpo, que se encontra relacionado à substituição gradual de colágeno em tecidos alvos, como uma forma remodelada e transformada, que tem maior extensibilidade e flexibilidade; além de participar da distensão do útero. (SOUZA, 2000 apud SILVA, 2010).

É por isso que a mulher gestante passa a visualizar o seu corpo de forma diferenciada, isto porque sua imagem é modificada em função do acolhimento do bebê. Vale destacar que a mulher grávida ganha uma média de 10 a 12 kg durante a gestação. O teor de aumento de gordura e nos líquidos corporais varia, de uma mulher para outra, dependendo de seus hábitos alimentares, em especial da ingestão de sal e água. (SILVA; BAHAMONDES, 2005).

Para prevenir de prováveis problemas oriundos da gestação toda mulher grávida deve ser vacinada ou tomar o reforço da vacina antitetânica da seguinte forma: Quem nunca tomou a vacina (ou não tem comprovação) deve tomar três doses; Caso não tomou todas as doses, deve completar as que faltam; Àquelas que tomaram as três doses há mais de cinco anos precisa tomar uma dose de reforço. Outras vacinas, como por exemplo, contra a hepatite tipo B, podem ser

administradas, dependendo da situação e de indicação médica. A vacina contra gripe é indicada para todas as gestantes. (PADILHA, 2011).

Pelas razões expostas, é de vital importância que as mulheres que planejam gestações tardias procurem um médico antes de engravidar. Uma boa avaliação clínica, complementada com exames preventivos deve ser realizada, a fim de que a gestação ocorra na mais perfeita ordem. (BRANDEN, 2000).

#### 4.3 FATORES QUE CONTRIBUEM Á OPÇÃO POR UMA GESTAÇÃO TARDIA

Na esfera familiar, a mulher contemporânea tem uma participação ativa e plena da vida do casal. Em linhas gerais, cabe-lhe fazer os deveres domésticos, do relacionamento conjugal, da vida social e, também, colaborar no orçamento familiar. Tendo em vista esse acúmulo de atribuições, modernamente, a maternidade e o matrimônio acabam sendo protelados para fases da vida onde na maioria das vezes a capacidade reprodutiva segue o desejo de um casal. (UENO, 2009).

O que se pode perceber é que o processo transformador dos padrões familiares influencia diretamente as particularidades da natalidade, seguindo uma direção para a diminuição progressiva de suas taxas globais e, por conseguinte prorrogação da gravidez planejada. (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

Logo, as associações em ter um filho trazem para a vida da mulher muitas mudanças e novas responsabilidades. Historicamente em outras décadas as mulheres se casavam muito cedo e tinham filhos logo em seguida. (SCAVACINI, 2014).

Então “perceber que a mulher que tinha filhos com idade mais avançada provinha, geralmente, das classes menos favorecidas, sobretudo porque não fazia a prevenção nem se preocupava com o planejamento familiar”. (PAZELLO, 2006, p. 3).

A tempos atrás era atribuída à mulher a finalidade social da ocupação doméstica sem remuneração, indicando que seus principais objetivos fossem casar e ter filhos, na atualidade, a situação encontra-se um tanto quanto diferente. Cada vez mais são incessantes as mulheres, de todos os segmentos socioeconômicos, assumindo o papel de chefes de família ou têm necessidade de complementar o sustento do lar, o que acaba por estabelecer o adiamento da vontade de ser mãe. (BRASIL, 2008).

Assim, esses novos padrões de família, gera um novo fenômeno demográfico em que se atribui, basicamente, ao crescente número de mulheres que se vinculam ao mercado de trabalho, indicando que a atividade produtiva fora de casa acabou se tornando tão importante para elas quanto à gravidez e o cuidado com os filhos. (BEHLE; ZIELINKSY, 2000).

Assim, percebe-se que o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho é um dos fatores que evidenciam a opção em gravidar mais tarde. Esse crescimento da força de trabalho feminina tem acarretado mudanças no âmbito da família e isso se justifica devido a um conjunto de fatores sociais, cultural e demográfico, destacando entre eles o social. (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Um dos motivos bastante evidenciados na sociedade contemporânea diz respeito que a mulher entre os 20 e os 40 anos necessita antes firmar-se como profissional fora de casa, adquirir independência financeira, disponibilizar tempo para o romance, para as amigas e viagens, sem aquelas responsabilidades típicas de uma mãe de família. “Isso tanto é verdade que hoje, as mulheres já são 41% da população economicamente ativa do país, chefiando 25% das famílias brasileiras”. (SCAVACINI, 2014, p. 2).

O número de mães de primeira viagem com mais de 30 anos cresceu na última década, de acordo com estudo Saúde Brasil, do Ministério da Saúde. Nesta seara, “o percentual de mães com primeiro filho na faixa de 30 anos passou de 22,5%, em 2000, para 30,2%, em 2012. Já o número de mulheres com menos de 19 anos, que tiveram filhos, caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período”. (JOHANSEN, 2015, p. 1).

Quanto aos fatores demográficos, à intensa queda nos níveis de fecundidade, especialmente nas regiões mais desenvolvidas, acontece graças à generalização das práticas anticoncepcionais, o que libera a mulher para o mercado de trabalho remunerado. (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000).

Observando os dados populacionais brasileiros, é possível constatar que a taxa de natalidade diminuiu consideravelmente nas últimas décadas. Isto advém, em virtude de alguns fatores. A concepção de métodos anticoncepcionais mais eficientes; a entrada da mulher no mercado e trabalho, também foram fatores que fizeram diminuir o número de filhos por casais. “Enquanto nas décadas de 1950-60 uma mulher, em média, possuía de 4 a 6 filhos, hoje em dia um casal possui um ou dois filhos, em média”. (ANDRADE et al., 2013, p. 2).

Em linhas gerais, o fenômeno do adiamento da maternidade é crescente desde a década de 1970 por motivos como: busca por uma carreira profissional de sucesso, falta de relacionamentos estáveis, falta do parceiro ideal, condição financeira considerada insatisfatória, disponibilidade de métodos contraceptivos eficazes ou simplesmente pela dúvida de ser ou não mãe. (TEIXEIRA, 2000).

O considerado normal numa mulher hoje é um estado de não concepção medicalizada através da utilização de meios contraceptivos, até a determinação do momento adequado de procriar. Ter um filho deve ser objeto de uma decisão deliberada, envolvendo, sobretudo um projeto voluntário efetivamente controlado, onde os fatores relacionados a uma colocação no mercado de trabalho, a estabilidade (do casal ou da mulher solteira), o desejo de concluir os estudos, a preocupação com os meios disponíveis que possibilite oferecer uma educação de qualidade aos filhos, além de outros fatores. (CORRÊA, 1997).

Socialmente, a imagem da mulher foi crescendo havendo muitas transformações nos padrões de comportamento e hoje é vista como aquela que vem conquistando espaço em seu meio, impondo seus anseios e desejos, onde na atribuição de valores sociais às mulheres, sofreram alterações na formação da identidade feminina e resultaram em redefinição dos papéis da mulher de todas as classes sociais. (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000).

Em termos educacionais, a mulher busca ingressar nas universidades e em curso de pós-graduação, já que o próprio ambiente de trabalho cobra essas atitudes de aperfeiçoamento da escolaridade. É possível dizer então que o meio cultural influencia fortemente esta decisão, muitas vezes estipulando um tempo certo para engravidar. (CARNEIRO, 2011).

#### 4.4 A GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS DE IDADE

A gestação por ser um fenômeno fisiológico, acontece na maioria dos casos, sem apresentar qualquer anormalidade. No entanto, existe uma parcela de mulheres que, em virtude de peculiaridades especiais ou por sofrerem algum agravo, é exposta a outras possibilidades de haver uma evolução não muito comum, envolvendo tanto o feto como para a mãe. Esse grupo de mulheres forma o chamado gestantes de alto risco. Por gestação de alto risco se entende aquela

gravidez em que a vida ou a saúde da mãe e/ou o feto reúne maiores probabilidades de ser atingida por complicações durante esse período. (BRASIL, 2001).

Leva-se em consideração que as condições socioeconômicas e demográficas, além dos fatores biológicos, obstétricos e patológicos, têm grande interferência para um desenvolvimento de uma gestação saudável, podendo ser visto como fatores de risco para a morbimortalidade materna e perinatal (LIMA; MOURA, 2005).

As condições sociodemográficas desfavorável para a mulher engravidar compreendem de 17 a 35 anos de idade. Assim, uma gravidez após a idade considerada ideal para os médicos pode gerar complicações para a gestante e para o feto, pois nesta fase há na mulher a diminuição do potencial reprodutivo da reserva ovariana, sendo esta uma das consequências do envelhecimento natural dos ovários. (ANDRADE, 2004).

Nesta mesma linha de considerações, conforme aponta inúmeras pesquisas comprovou-se que existe uma relação proporcional entre a idade da mãe e a perspectiva de o feto ser afetado por alguma anomalia cromossômica, quer dizer, alguma deformidade nos elementos que fazem parte da composição genética. Existe um aumento progressivo de embriões que podem ser formados com alterações genéticas, como por exemplo: a síndrome de Down, que afeta, de acordo com estatísticas, 1 em cada 600 recém-nascidos, cuja incidência encontra fortemente relacionada com a idade da mãe, já que a sua frequência é de 1 em cada 250 recém-nascidos quando as mães têm entre os 35 e os 40 anos de idade, afetando 1 em cada 50 nascimentos quando a idade materna ultrapassa os 40 anos. (TORQUATO, 2013).

Em linhas gerais é possível dizer que a gravidez tardia é envolta por muitas dúvidas e receios, especialmente no que se refere à probabilidade aumentada para os riscos que esta gestação oferece. Considera-se entre os médicos que a faixa ideal para a gravidez seja entre 20 a 29 anos de idade, visto que antes disso, o aparelho reprodutor feminino não se encontra amplamente desenvolvido, acarretando posteriormente uma regressão na fertilidade da mulher. “[...] O problema de adiar muito a gestação é conseguir engravidar. A fertilidade feminina começa a cair por volta dos 25 anos e tem declínio importante depois dos 35 anos”. (VARELLA, 2014, p. 2).

Além de trazer possíveis complicações a saúde da mulher e do feto, a gestação acima da idade ideal também desencadeia fatores emocionais prejudiciais principalmente na fase de gestação, tais como: reações emocionais podem ser manifestadas através da ansiedade, gratificação imediata, sentimentalismo, medo e ambivalência afetiva. (MANDÚ, 2006, p. 12).

As gestações após os trinta e cinco anos são consideradas de alto risco por especialistas. Entretanto, é possível que essas gestações possam ser vivenciadas com menos angústias e ansiedades, já que a medicina oferece nos dias atuais várias métodos e cuidados para a gestante. (TABORDA, 2013).

Neste mesmo raciocínio, todavia, se a mulher tem um estilo de vida saudável, goza de boa saúde, está com o peso adequado, alimenta-se bem, recebe cuidados pré-natais e prepara-se para a maternidade, tem as mesmas perspectivas que gestantes mais jovens. Sem contar que após essa idade, a gestante geralmente tem um emprego estável, é bem remunerada, possui maturidade emocional para lidar com a criança e já tem formado um núcleo familiar sólido. (CAMBIAGHI, 2007).

#### 4.5 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Pré-natal é a assistência médica e de enfermagem oferecida à mulher durante os nove meses de gestação. De acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), o pré-natal deve iniciar-se antes da gestação, como uma preparação para engravidar. Essa assistência não pode apenas abordar as questões biológicas, mas também àquelas concernentes à saúde emocional da mãe, o desenvolvimento do feto, além de ressaltar a importância do papel do pai. (BRASIL, 2014).

A assistência pré-natal constitui uma importante medida para a prevenção de agravos à saúde e pode contribuir também para prevenir ou evitar possíveis complicações da mãe e do bebê. O Ministério da Saúde sustenta que o pré-natal contribui também para a redução da mortalidade materna e perinatal, favorecendo uma gestação saudável por meio do acompanhamento da mãe e do crescimento e desenvolvimento do feto. (BRASIL, 2014).

Ao referir-se a tal assunto, o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, adverte que muitas mortes de mulheres em idade fértil em virtude da gravidez, ao parto e ao puerpério, hoje em dia, devem-se em sua grande maioria, previsível e evitável devido ao pré-natal. (BRASIL, 2006). Dessa maneira, o pré-natal é um

conjunto de ações clínicas e educativas desenvolvidas para esclarecer e orientar mulheres no período gestacional.

Pode-se dizer que o principal objetivo da assistência pré-natal é assegurar o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar de forma adequada e precoce quais pacientes possuem mais probabilidades de apresentar uma evolução desfavorável. Elas deverão ser tratadas e, se necessário, encaminhadas para um nível de assistência mais complexo. (PADILHA, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a realizar pelo menos seis consultas. A gestação e o parto são determinantes importantes do estado de saúde da mulher, visto que este pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde. Trata-se, por conseguinte, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção de saúde da mulher como um todo. (BRASIL, 2014).

Nestes termos, pode-se dizer que essa etapa é tremendamente importante, pois, “É durante o pré-natal que se orienta a mulher sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, a nutrição, exercícios, trabalho de parto, parto, aleitamento e outros temas”. (AQUINO, 2005, p. 8).

Geralmente, a consulta de pré-natal abrange procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento a confiança e o apoio. A maioria das questões trazidas, ainda que pareça elementar para quem escuta, pode apresentar um problema sério para quem o apresenta. (BRASIL, 2000).

É por isso que a mulher em estado de gestação deve-se submeter a vários exames que fazem parte do pré-natal, dentre estes compreendem: Hemograma, para determinar se há anemia ou infecções; Glicemia, para controlar o nível de açúcar sanguíneo que pode aumentar durante a gravidez; Sorologia, para identificar se há HIV/AIDS no sangue da mãe; Exame para detectar a sífilis; Exame para detectar a toxoplasmose; Exame para detectar a rubéola; Exame para detectar a presença do vírus da hepatite B; Tipagem sanguínea e fator Rh; Exame de urina ou urinocultura; Exame de fezes. É necessário também que a gestante faça pelo menos três ultrassonografias, uma para avaliar o tempo de gravidez, outra para ver os órgãos do bebê e o sexo, por último para avaliar o crescimento do feto. (MATHIAS, 2014).

Tanto os exames como as ultrassonografias são de extrema importância para a mãe e o feto, alertando sobre possíveis anormalidades. “Conforme a finalidade e os resultados desses primeiros exames, eles podem ser repetidos e outros mais podem ser solicitados a critério do médico assistente”. (NETO, 2005, p. 5).

A assistência pré-natal, desse modo, não deve se restringir apenas às ações clínico-obstétricas, mas no cotidiano da assistência integral, incluir ações da educação em saúde, assim como aspectos antropológicos, sociais, culturais e econômicos, que devem ser conhecidos pelos profissionais que prestam assistência as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reage. (BRASIL, 2000).

Durante o pré-natal são desenvolvidas atividades voltadas para o aprendizado da mulher durante a maternidade, palestras educativas a fim de orientar sobre o parto normal (natural), ou cesárea. Outro aspecto levantado pelo Ministério da Saúde versa sobre, “[...] orientar sobre atividade física que pode ser desenvolvida no período gestacional, como: caminhadas, corridas leves, bicicleta ergométrica, natação e hidroginástica para gestante de baixo risco”. (BRASIL, 2013, p. 33).

Essas atividades são importantes, pois algumas mulheres ao longo do período da gestação sentem vários sintomas e dores, algumas gestantes acima da idade ideal têm até problemas sérios. Assim, vale ressaltar que gestante e a família precisam saber identificar os sinais de risco na gestação, sinais que podem indicar que alguma coisa não vai bem e que a gestante deve ser encaminhada ao serviço médico. (REINALDIN, 2015).

Para Mônica L. Stange, representante da Organização Não Governamental (ONG) “Amigas do Parto”, foi-se o tempo em que se dizia: no tempo da vovó não havia nada disso e as crianças nasciam normalmente e saudável. (STANGE, 2014).

Essa realidade mudou, felizmente para melhor. Hoje, o acompanhamento gestacional tornou-se mais do que uma necessidade da gestante, é um direito do bebê que vai nascer. No passado, por questões culturais, por não ter acesso ao serviço de saúde ou ainda por não sentir a imprescindibilidade, grande parte das mulheres não faziam o pré-natal. Se por um lado, a mãe natureza agia naturalmente em muitos casos, fazendo com que tudo chegasse a um bom termo, por outro não

são poucas as histórias de morte materna e neonatal, de tétano umbilical e inclusive de paralisia cerebral em consequência de problemas no parto. (STANGE, 2014).

Verifica-se a importância do pré-natal para a saúde da mulher e do seu bebê, sendo assim, “o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna”. (BRASIL, 2013, p. 33).

É por isso que os cuidados com a gestante são considerados importantes pelos médicos. A gestante no acompanhamento ao pré-natal recebe orientações acerca de vacinas que são administradas no período, são solicitados exames de rotinas para acompanhamento gestacional. Logo, a atenção dada tem a finalidade de criar um vínculo com a gestante facilitando assim, o acompanhamento gestacional buscando assim, uma maior participação não só da gestante mais de toda a sua família. (BRASIL, 2000).

Nunca é demais advertir que durante a gravidez e no pós-parto, a mulher fica ainda mais suscetível a um desequilíbrio hormonal ou emocional que pode desencadear uma depressão. Por conseguinte, a gestação depois dos 35 anos demanda a necessidade de atenção especial principalmente pelos riscos anteriormente mencionados. Logo, o primordial para que ocorra uma gestação saudável e livre de complicações é a realização de um pré-natal realizado de forma adequado e devidamente acompanhado pelo médico de confiança da gestante. É justamente, a partir do pré-natal, que o médico pode avaliar e controlar as possíveis consequências, além de diminuir a ansiedade e sanar as dúvidas que surgem durante essa fase de grandes mudanças. (MARCUCCI, 2015).

#### 4.6 PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Conforme amplamente divulgado foi no ano de 1983, uma das maiores conquistas do movimento feminista que resultou na formulação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo um programa inédito até então voltado para saúde da mulher exclusivamente. O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta aspectos específicos no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). (EDSON NETO et al., 2008).

O PAISM congregou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e a igualdade da atenção, em uma época em que, em paralelo, na esfera do Movimento Sanitário, se arquitetava a estrutura conceitual que traria o embasamento indispensável à consecução do SUS. (BRASIL, 2004b).

Esse novo programa para a saúde da mulher abrange ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, focando também a “assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres” (BRASIL, 2004b, p. 17).

O PAISM trata-se de: “Um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva”. (TAVARES et al., 2009).

Ao referir-se a tal assunto, a proposta do PAISM, levava em consideração a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, bem como visava à prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, à menopausa e a anticoncepção. Esse Programa nasceu no processo de discussão do movimento sanitário, tendo por base a necessidade de reestruturação do SUS, em que a prioridade abrangia a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde. (NETO et al., 2008).

No âmbito do SUS, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Segundo o Ministério da Saúde, constituem objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. (BRASIL, 2009).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher, o PAISM rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras. (COELHO, 2003).

Importante dizer que o processo de construção do SUS exerceu grande influência acerca da implementação do PAISM. O SUS se propôs a fazer o atendimento, tendo por base os princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1996 e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002, editadas pelo Ministério da Saúde. Especialmente com a complementação da NOB/96, houve a consolidação do processo que municipalizou as ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS constitui um espaço excepcional de reorganização das ações e dos serviços básicos, dentre os quais estão colocadas as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, encorpado ao sistema conforme as suas diretrizes. (BRASIL, 2002, 2004b).

Considera-se que no contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. (BRASIL, 2000).

Ressalta-se que na política do PAISM, o planejamento familiar ganha destaque nas questões referentes à acessibilidade da população aos meios reversíveis de contracepção. Isso tanto é verdade que houve a disponibilização de grande número de métodos contraceptivos e desenvolvidos, a nível nacional, além da capacitação de profissionais de saúde para promover assistência qualificada durante o planejamento familiar. (BRASIL, 2013).

#### 4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À GESTANTE

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no que se refere à proteção da gestante tem entre seus objetivos as seguintes ações: Promover a atenção obstétrica e neonatal, de forma qualificada e humanizada, inclusive com assistência ao aborto em condições não favoráveis, para mulheres e adolescentes; estabelecer, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; oferecer qualificação de assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; estabelecer rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, assegurando um atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, devendo para tanto incluir mecanismos de referência e contra referência. (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Saúde (PNS) para gestante recomenda que o atendimento pré-natal seja efetivado nas unidades básicas de saúde (UBS), sobretudo àquelas que ficam próximas das residências destas gestantes. Nesse período a gestante tem direito de realizar pelo menos seis consultas no decorrer da sua gravidez e, caso tenha vontade ou necessite, ainda pode requerer ao serviço de saúde a presença de uma pessoa de sua confiança nas consultas. Acompanhando o que é estabelecido pela lei federal, na esfera estadual e municipal encontram-se constituídas algumas ações e serviços de atenção à gestante que devem ser cumpridas. (BONASSA, 2006).

Diante das Políticas Públicas de Proteção à gestante, interessante apresentar um cronograma de que forma isso foi direcionado acerca do assunto ao longo dos anos. (EDSON NETO et al., 2008). O quadro 1 explana as ações.

ANO DE REFERÊNCIA	CARACTERÍSTICAS E ASSUNTOS RELACIONADOS
1990	Aprovação do estatuto da criança e do adolescente também previa tanto a atenção à gestante quanto ao recém-nascido no sistema público de saúde. Artigos: “Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. § 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema”.
1992	Portaria GM/MS nº 1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido em todos os hospitais vinculados ao SUS.
1994	O Ministério da Saúde lança a iniciativa de pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS.
2000	Criação do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHNPH) através da Portaria nº 569 de 01/06.
2002	Programa Viva Mulher é lançado com o objetivo prioritário de ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde, para o controle do câncer do colo de útero e mama, por meio de ações integradas de prevenção primária. Isso mostra que esse Programa é mais uma estratégia de proteção à saúde reprodutiva feminina, entrelaçando mais uma linha de cuidados com a saúde integral da mulher no contexto da rede de proteção à saúde materno-infantil.
2004	O Ministério da Saúde elabora em parceria com diversos setores da sociedade, especialmente os movimentos de mulheres, gestores do SUS e agências de cooperação internacional sobre o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007.
2006	Regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.
Em 2007	Aprovação do projeto de lei do senado federal nº 281 de 10/08/2005, que aumenta o tempo de licença maternidade de 120 dias para 180 dias.
Em 2011	O Governo Federal lançou a estratégia Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, para reduzir a morbimortalidade materna no país.

Fonte: Oliveira e Santos (2001); Edson Neto et al., (2008).

Quadro 1 – Panorama cronológico das políticas protetivas à mulher

As Políticas Públicas à gestante também vem disposto em outros documentos legal que podem ser assim sintetizados: Licença maternidade: garantido pela Constituição Federal e Lei nº 11.770/2008; Licença paternidade: garantido pela Constituição Federal; Planejamento Familiar: Art. 226; regulamentado pela Lei nº 9.263/1996; Registro Civil de Nascimento e a primeira via da Certidão de Nascimento gratuito a todos os brasileiros: Lei nº 9.534/1997; Atendimento prioritário

em estabelecidos públicos e privado: Lei nº 10.048/2000; Casos de adoção, a mãe tem direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade: Lei nº 10.421/2002; Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato: Lei nº 11.108/2005; Atendimento pré-natal e pós-natal às mulheres e seus recém-nascidos: Lei nº 11.942/2009; Realização gratuita do “teste da orelhinha” em todos os hospitais e maternidades: Lei nº 12.303/2010; (PADILHA, 2011, p. 74).

Vale ressaltar que foi introduzido no ano de 2014 à nova Caderneta da Gestante, um instrumento de apoio para o desenvolvimento e registro das consultas de pré-natal e para otimização do trabalho no SUS. O Portal Saúde Brasil, estabelece que essa caderneta é uma publicação direcionada aos profissionais e usuários do SUS, contemplando as diretrizes de boas práticas e condutas baseadas em evidências científicas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento propostas na Estratégia Rede Cegonha e alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (BRASIL, 2015).

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, através do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, elaborou objetivos para a saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Este Plano enfatiza os seguintes objetivos relacionados à maternidade: Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; Incrementar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou que tenham aderido PHNPN. (BRASIL, 2005).

Uma das principais estratégias do PHNPN é contribuir para que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja com qualidade e humanizada. Para tanto, é necessário concentrar esforços nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. (SILVA et al., 2014).

Ao analisar acerca das Políticas Públicas de Proteção à Mulher, a Rede Cegonha, criada pelo Ministério da Saúde busca reforçar as ações de atenção às mulheres durante a gravidez. Acompanha a mulher na confirmação da gravidez, pré-natal, parto e 28 dias após o parto. (CAVALCANTI et al., 2013).

As ações da Rede Cegonha envolve também a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira/o obstetra ou obstetrix, num ambiente adequado e preparado para que possa exercer suas escolhas. Outro objetivo do CPN tem a finalidade reduzir cada vez mais a taxa de

mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. (BRASIL, 2015).

A principal estratégia do PNHPN é fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (RN) seja com qualidade e humanizada. Para tanto, é necessário concentrar esforços nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal, em sua operacionalização. (CAVALCANTI et al., 2013).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições fundamentais para que as ações de saúde se demonstrem na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres diante à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. (BRASIL, 2001).

As histórias das mulheres quando da busca pelos serviços de saúde proclamam discriminação, frustrações e violações dos direitos e surgem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por esse motivo, a humanização e a qualidade da atenção aludem na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, conforme um marco ético que assegure a saúde integral e seu bem-estar. Humanizar e qualificar a atenção em saúde, desse modo, consiste em ter percepção para compartilhar saberes e reconhecer direitos. (BRASIL, 2004b).

A qualidade dessa atenção necessita, portanto se referir a um conjunto de aspectos que abrangem as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica na superação do foco biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde absoluta e de práticas que levem a considerar as experiências das usuárias com sua saúde. Segundo Mantamala (COELHO, 2003).

Ainda nesta mesma linha de considerações, importante destacarem que as políticas de atenção à mulher possui como foco principal a redução da mortalidade de mulheres, crianças e recém-nascidos, de tal sorte que os profissionais de enfermagem sejam atuantes como personagem indispensável nesse processo. (BRASIL, 2011)

## CONCLUSÃO

Diante das teorias pesquisadas, foi possível perceber que a gravidez tardia acontece nos dias de hoje devido a algumas situações que direciona a mulher a tal escolha. Pelo conteúdo adquirido através da pesquisa bibliográfica, nota-se que o fator social em virtude da mulher querer buscar seu espaço no mercado de trabalho, a perspectiva de avanços no estudo ou a vontade em realizar outras conquistas é o principal questão para o adiamento da gravidez, sem deixar de considerar outros fatores como o cultural e demográfico que também interferem na decisão da mulher em engravidar ou não.

Tendo em vista os aspectos observados, durante todo o processo da gestação, a mulher é envolvida por sensações, sentimentos e transformações no corpo que são notadas em algumas mulheres logo no início da gestação. Todos esses detalhes não importa a idade que a gestante tem, acontece com um grau maior ou menor com todas. Para a mulher que engravida após os 35 anos de idade, médicos e especialista na área da saúde apontam como sendo um caminho com alterações que apresentam riscos para a gestante ou para o bebê.

Dessa forma é importante destacar que os fatores fisiológicos que alteram o organismo e também o corpo da gestante, podem e devem ser trabalhados e acompanhados pelos profissionais de saúde. Diante dessas circunstâncias, o acompanhamento no pré-natal é importante para todas as gestantes, devendo ser mais detalhado para as gestantes que correm algum tipo de risco decorrente da idade. As grávidas precisam ser orientadas quanto às possíveis intercorrências e cuidados especiais além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde.

Considera-se que os exames laboratoriais, vacinas, exames de ultrassonografia e todos os pequenos detalhes que os profissionais da saúde passam a observar, analisar e acompanhar com a gestante é de suma importância durante a gestação, na hora do parto e nascimento do bebê. Todos esses procedimentos realizados durante a gravidez também beneficiará no futuro do recém-nascido, possibilitando assim aos profissionais uma prévia da saúde dessa criança.

Dado o exposto da escolha da mulher em engravidar após os 35 anos de idade, por vontade própria ou não, faz-se necessário relatar o quanto é importante à mulher ter consciência dos seus direitos e dos do bebê. O pré-natal não é o único direito que a mulher tem, vários outros direitos foram conquistados pela mulher. As políticas públicas são favoráveis à proteção e cuidado não só com a saúde que a gestante necessita e deve ser cobrada pela futura mãe para o seu bem e para o bem de sua família.

Portanto, discutir a atenção voltada para a saúde da mulher de forma integral, incorporando a visão dos direitos sexuais e reprodutivos ao cuidado de enfermagem podem colaborar fortemente para o contexto das políticas e práticas profissionais que, culturalmente e historicamente, são moldadas no paradigma biomédico e em relações desiguais de poder entre profissionais e usuárias.

Acredita-se que as teorias apresentadas neste estudo podem ser utilizadas no cotidiano do serviço público de saúde, com intuito de informar e alertar as mulheres que pretendam adiar a gestação sobre o risco de complicações que uma gravidez neste período pode acarretar. Ressalta-se, ainda que por seu um tema próprio da sociedade contemporânea, necessário se faz que estudos futuros possam trazer nova visão e perspectiva que possam contribuir aos profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem maiores informações relevantes à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscila C. et al. **Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: estudo Controlado**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 9, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000900004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004)>. Acesso em: 01 setembro 2015.

ANDRADE, Marcus V. R. F. de, et al. **Aspectos epidemiológicos e sócio demográficos da gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/292>>. Acesso em: 31 agos. 2015.

AQUINO, Rosiane M. **Gravidez de alto risco**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2005.

ARAGÃO, R. **De mãe para filha: a transmissão da maternidade**. In: MELGAÇO R. (Org.), A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BRADEN, Pennie S. **Enfermagem materna infantil**. 2 ed. São Paulo: Editora Reichamann & Affonso, 2000.

BEHLE I, ZIELINKSY P. **A gravidez na idade avançada**. Femina 2000 jun; 26(5): 385-91.

BONASSA, Giselli D. **A proteção social das gestantes adolescentes**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.pergamumweb.udesc.br/dados-bu/000000/000000000002/00000202.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BORSA, J. C. **Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério**. Porto Alegre: Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade. N.2, p.310-321, 2007.

BRASIL. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos** / equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo et al. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre\\_natal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. AMB - Associação Médica Brasileira. **Maternidade**. Disponível em: <[http://amb.org.br/](http://http://amb.org.br/)>. Acesso em: 2 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Gravidez depois dos 35 anos**. Última revisão deste conteúdo em 16/05/2014. Próxima revisão e atualização em 28/10/2014. Disponível em: <<http://www.sautil.com.br/fatores-de-risco-e-prevencao/saude-de-a-a-z/conteudo/gravidez-depois-dos-35-anos>>. Acesso em: 12 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Fundação Carlos Chagas. **Mulheres Trabalho e família** [on-line].2008 Disponível em: <<http://www.fcc.org.br>>. Acesso em: 07 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> . Acesso em: 2 setembro 2015.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Políticas para mulheres:** relatório final de implementação, 2005-2007. Disponível em: < <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais-1/catalogo/orgao-essenciais/secretaria-de-politica-para-mulheres/i-plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-2005-2007-relatorio-final-de-implementacao/view>>. Acesso em: 7 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf) >. Acesso em: 3 set. 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MS2009\\_politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MS2009_politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 193, 6 out. 2011, p. 58. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html)>. Acesso em: 7 setembro 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 8 setembro 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 18 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável**. Ministério da saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel-diz-ministerio-da-saude>> . Acesso em: 3 setembro 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS - SUS 01/02. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 10 set. 2015

\_\_\_\_\_. **Novo informe sobre a caderneta da gestante**. Portal Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o->

ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/18382-novo-informe-sobre-a-caderneta-da-gestante>. Acesso em: 29 agosto 2015.

\_\_\_\_\_. **Rede Cegonha oferece atendimento humanizado para gestantes.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saúde/2015/03/rede-cegonha-oferece-atendimento-humanizado-para-gestantes>>. Acesso em: 1 setembro 2015.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. **O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a07.pdf>>. Acesso em: 7 setembro 2015.

CAETANOI, Laíse C. [et al]. **Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura.** 08/07/2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/73>>. Acesso em: 05 set. 2015.

CAMBIAGHI, Arnaldo S. **Mulheres modernas, cada vez mais, estão adiando a maternidade e privilegiando suas carreiras.** Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/as-mulheres-modernas-cada-vez-mais-estao-adiando-a-maternidade-e-privilegiando-suas-carreiras>> . Acesso em: 3 set. 2015.

CAVALCANTI, Pauline C. da S. et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol. 23, n. 4, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014)> Acesso em: 4 set. 2015.

CARNEIRO, Maria Elisangela N. **Como escolher o melhor momento para engravidar?** Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/familia/materiais/13149-como-escolher-o-melhor-momento-para-engravidar>>. Acesso em: 31 agos. 2015.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COSTA, John T. **Gestação de alto risco: diagnósticos e tratamento baseado em evidências.** 1 ed. São Paulo: Editora Artmed, 2006.

CORRÊA, Marilena V. **A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Tese (Doutorado). Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000041&pid=S0103-7331199900010000900006&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000041&pid=S0103-7331199900010000900006&lng=pt)>. Acesso em: 31 agos. 2015.

FILHO, Alexandre Nemes. **Políticas públicas de saúde da mulher**. In: FERNANDES R. A; NARCHI NZ, (orgs.). **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

GIL, Antônio Carlo. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HERNANDEZ; FISHER, 1996 apud GUSMÃO et al. **Processo de Enfermagem**. 14. ed. São Paulo: EPU, 2001.

JOHANSEN, Igor. **Brasileiras engravidam cada vez mais tarde**. Disponível em: <<http://demografiaunicamp.wordpress.com/category/familia>>. Acesso em: 31 agos. 2015.

KLEIN, M. M. S; GUEDES, C. R. **Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde**. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Vol.2 8, n.4, 2008, p. 862-871.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. et al. (org.). **Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica**. 1 ed. Cuiabá, MT: Editora UFMT, 2006.

MARCUCCI, Cíntia. **Atitudes para evitar a depressão durante e depois da gravidez**. Disponível em: < <http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Vida-de-gravida/noticia/2013/09/12-atitudes-para-evitar-depressao-durante-e-depois-da-gravidez.html>>. Acesso em: 2 setembro 2015.

MATHIAS, Alessio C. **Pré-natal: conheça os exames e quando fazê-los**. Disponível em: <<http://www.minhavidade.com.br/familia/galerias/1326-pre-natal-conheca-os-exames-e-quando-faze-los>>. Acesso em: 2 set. 2015.

NETO, Edson T. dos S. et al. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011)> Acesso em: 1 set. 2015.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. São Paulo: Unicamp, 2001.

OSIS, Maria José Martin Duarte. PAISM: **um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 agos. 2015.

PADILHA, Alexandre. **Guia dos Direitos da gestante e do bebê**. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. São Paulo: Globo, 2011.

PARADA, Cristina Maria G. de L.; TONET, Vera Lúcia P. **Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 385-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21>>. Acesso em: 25 agos. 2015.

PAZELLO, Elaine Toldo. REYNALDO, Fernandes. **A maternidade e a mulher no mercado de trabalho: diferença de comportamento entre mulheres que tem e mulheres que não tem filhos**. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A151.pdf>> Acesso em: 10 set. 2015.

PICCININI, C. A. [et al]. **O envolvimento paterno durante a gestação**. Psicologia Reflexão e Crítica, 3, 2004. p. 303-314.

REINALDIN, Regina. **Riscos na gestação: como identificar**. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/tema/146-gestante/2790-riscos-na-gestacao-como-identificar?showall=1&limitstart=>>. Acesso em: 10 agos. 2015.

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

SALVADOR, José E. **A Mulher Brasileira e suas Lutas Sociais e Políticas**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

SCAVACINI. Thays. **Mulheres adiam gravidez em troca do sucesso profissional**. Disponível em: <[http://carreiras.empregos.com.br/carreira/administracao/comportamento/mulher\\_casa.shtm](http://carreiras.empregos.com.br/carreira/administracao/comportamento/mulher_casa.shtm)>. Acesso em: 30 agos. 2015.

SCHUPP Tânia Regina. **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos.** São Paulo: USP; 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/.../>>. Acesso em: 1 set. 2015.

SERVEJANTE, Carolina. **O que acontece com o corpo da gestante durante a gravidez.** Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/familia/materiais/13074-o-que-acontece-com-o-corpo-da-gestante-durante-a-gravidez>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

SILVA, Lucia C. F. P. da, et al. **Direitos da gestante durante o atendimento pré-natal.** Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13368&revista\\_caderno=27](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13368&revista_caderno=27)> . Acesso em: 5 set. 2015.

SILVA, Anne Caroline L. G. da. **Alterações osteomusculares durante a gravidez. As suas influências no desempenho do trabalho da gestante.** Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd141/alteracoes-osteomusculares-durante-a-gravidez.htm> > Acesso em: 1 set. 2015.

SILVA, João L. P.; BAHAMONDES, Luiz. **Gravidez após os 40 anos de idade.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 12, . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032005001200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001200009)> . Acesso em: 10 ago. 2015.

SIMÕES, Fatima Itsue W.; HASHIMOTO, Francisco. Ministério da Educação Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Minas Gerais Brasil. Revista Vozes dos Vales: **Publicações Acadêmicas.** Nº. 02 – Ano I – 10/2012. Disponível em: <<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

STANGE, Mônica Lopes. **Acompanhamento na gestação: o cuidado que faz a diferença.** Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/gestante/3136-acompanhamento-na-gestacao-o-cuidado-que-faz-a-diferenca>> Acesso em: 1 set. 2015.

TABORDA, Wladimir. **Gravidez tardia.** Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0EMI79995-15543,00.html>> . Acesso em: 31 agosto 2015.

TAVARES, Amanda Santos. et al. **Do Programa de Assistência Integral à saúde da mulher à Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: breve**

histórico. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/paism10.pdf>> Acesso em: 3 set. 2015

TORQUATO, Gilmar. **Gravidez de alto risco: como identificar**. Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br/gravidez-de-alto-risco-como-identificar/>> . Acesso em: 1 set. 2015.

TEIXEIRA, Eliane Tavares N. **Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos**. Rio de Janeiro; s.n; mar.1999. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

UENO Janio. **Vida moderna faz mulher retardar gravidez**. São Paulo; 2009. Disponível em: <<http://www.minhavidu.uol.com.br>>. Acesso em: 20 set. 2015.

VARELLA, Drauzio. **Gravidez após os trinta e cinco anos**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez-apos-os-35-anos>>. Acesso em: 5 agosto 2015.

VERSELLINI, Paolo. **Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo**. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.