

ARTIGO ORIGINAL

A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos

The experience of being mother for the first time after 35 years old

Regina Aparecida Cabral,¹ Branca Maria de Oliveira Santos,¹ Maria Aparecida Tedeschi Cano¹

¹Universidade de Franca, Cruzeiro do Sul, SP, Brasil.

Recebido em: 13/06/2017 / Aceito em: 07/08/2017 / Publicado em: 01/10/2017
cabralra1@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: analisar a experiência de mulheres que foram mães pela primeira vez, após os 35 anos de idade. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, com a participação de 10 primíparas, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014. Os dados foram obtidos em dois momentos: inicialmente, junto aos prontuários do ambulatório de gestação de alto risco, onde as mesmas fizeram seu pré-natal, para caracterização sócio demográfica e obstétrica. As informações foram submetidas à análise descritiva. No segundo momento, foi realizada uma entrevista, em visita domiciliária, sendo utilizadas duas questões norteadoras: “Fale-me como foi a sua experiência de ser mãe após os 35 anos” e “Como foi a sua experiência e de sua família no cuidado ao recém-nascido”. As falas foram transcritas na íntegra, sendo submetidas à Análise de Conteúdo. **Resultados:** a maioria das mães encontrava-se na faixa etária entre 35-37 anos, era casada, possuía ensino médio completo e renda salarial de um a seis salários mínimos. Os nascimentos foram de feto único e todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo submetidas a mais de dez consultas. Os principais fatores de risco à saúde enfrentados na gestação foram a hipertensão arterial e o diabetes gestacional e todas foram submetidas à cesariana. O motivo mais apontado para adiar a maternidade foi a espera por estabilidade financeira. **Considerações finais:** o estudo possibilitou o conhecimento da realidade das primíparas que, mesmo enfrentando dificuldades e problemas com a gestação, relataram satisfação em serem mães, reafirmando o momento como oportuno para a chegada do primeiro filho e felicidade em realizar este sonho. Reforça a necessidade de maior preocupação com a primeira gestação em mulheres com mais de 35 anos,

devendo esta ser considerada como resultante de mudanças sócio demográficas e do progresso na área da saúde.

Palavras-chave: Gravidez; Idade Materna; Puerpério.

ABSTRACT

Objective: analyze the experience of woman that became mother for the first time after being 35 years old. **Method:** descriptive, cross-sectional study with qualitative approach, with the participation of 10 primiparous, in the period from January 2013 to June 2014. Data were collected in two moments. Initially with the medical records from the high-risk pregnancy laboratory, where mothers made pre-natal care, for socio-demographic and obstetric characterization. Information was subject to descriptive analysis. In a second moment an interview was held in a home visit, being used two guiding questions: “Tell me how was your experience to be a mother after being 35 years old” and “How were yours and your family’s experience in care for the newborn”. Speeches were transcribed in full, being subject to Content Analysis. **Results:** most of the mothers were within 35-37 years old, married, studied up to complete high school and income from one to six minimal wages. Births were of unique fetus and all started pre-natal in the first quarter, being subject to more than ten medical consultations. The main risk factors to health found in pregnancy were high blood pressure and gestational diabetes and all mothers were subject to cesarean. The most pointed reason to delay maternity was the expectancy for the financial stability. **Closing remarks:** the study allowed the knowledge of reality on primiparous that, even facing difficulties and problems with the pregnancy reported satisfaction of

being mother, reaffirming the moment as suitable to the arrival of the first child and happiness of fulfilling this dream. Restate the need for higher concerns with the first pregnancy in women older than 35 years old, and must these be considered as resulting from socio-demographic changes and the healthcare progress.

Keywords: *Pregnancy; Maternal Age; Primiparous.*

INTRODUÇÃO

Normalmente, a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem nenhuma intercorrência. Apesar deste fato, uma parcela das gestantes constitui o grupo de gestação de alto risco que, segundo o Ministério da Saúde (MS), é aquele na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido (RN) tem maior chance de ser atingida do que a da média da população considerada.¹

A gestação de mulheres com idade superior a 35 anos é um dos fatores de risco gestacional, e tem sido denominada tardia, concedendo às gestantes o estigma de grávidas idosas, maternidade avançada, maternidade atrasada, mães “inapropriadas” e até grávidas pré-menopáusicas.²

Estudos internacionais têm mostrado aumento de gestações em mulheres com mais de 35 anos, inclusive entre 40-45 anos, podendo levar a um maior número de intervenções e de nascimentos prematuros, maior índice de cesarianas, maior tempo de internação e maior índice de morte neonatal, independentemente dos avanços tecnológicos.³

Em países desenvolvidos como os Estados Unidos, uma a cada cinco mulheres tem seu primeiro filho após os 35 anos de idade. Em Portugal, a taxa de gravidez em mulheres com idade materna avançada, passou de 5% nos anos 70 para 16,3% nos dias atuais.⁴ No Canadá, a proporção de primiparidade em mulheres acima de 35 anos aumentou quase oito vezes, de 1970 a 2006.⁵ O percentual de nascidos vivos de mães com idade entre 35 ou mais, no reino Unido, também aumentou de 8,7% em 1990 para 19,3% em 2004.⁶

No Brasil, este aumento da proporção de gestações em mulheres acima dos 35 anos reflete uma tendência global. Estudo realizado em 2012⁷ constatou que as gestações em mulheres com mais de 34 anos, com nascidos vivos, representaram 11,28% do total de partos. Especificando por região, isto correspondeu a 7,43% do total de gravidezes na Região Norte; 9,56% no Nordeste; 10,03% na Região Centro-Oeste; 12,88% no Sul e 13,26% no Sudeste. Analisando os resultados, filtrados por ano de ocorrência do parto e por região do Brasil, foi observado que no período entre 2006 e 2012 houve aumento na incidência de partos de gestações tardias em todas as regiões do Brasil, tendência essa que vem se mantendo ano a ano. No período avaliado, a proporção destas aumentou 18,1% (de 9,55% para 11,28% do total de partos com nascidos vivos). Os resultados da pesquisa, segundo os autores, ainda podem estar subestimados, pois os dados disponíveis fazem parte das informações das gestações que tiveram desfecho com nascidos vivos, sem levar em consideração os casos de abortamento ou interrupção da gravidez por complicações.

Os motivos alegados para o adiamento da gesta-

ção têm sido inúmeros e englobam o anseio da mulher em investir em sua formação e na carreira profissional, a postergação da ocasião do casamento, a constituição de novas uniões, a grande e diversificada disponibilidade de métodos contraceptivos e os problemas de infertilidade do casal.⁸

O uso dos serviços de saúde por parte destas gestantes e de seus RNs, durante a gestação, o parto e o puerpério tem aumentado, incluindo maior número internações e cesarianas.⁹ Considerando ainda o risco aumentado de complicações como abortamentos espontâneos e induzidos, mortalidade perinatal, baixa vitalidade do RN, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para idade gestacional, ressalta-se a importância do aconselhamento destas gestantes, pela equipe de saúde, sobre os riscos de resultados adversos, na tentativa de fornecer o cuidado apropriado necessário.⁸

Nesse sentido, com vistas a atender à demanda das ações direcionadas a esse grupo, considerando o perfil de morbimortalidade, foram criados no Brasil, ambulatorios de seguimento, como forma de tentar minimizar as complicações e consequências adversas da gestação de alto risco. O seguimento também poderá ser realizado em unidades básicas de saúde que ofereçam a atuação de equipe especializada.¹⁰

Os profissionais de saúde devem estar conscientes da diversidade de contextos que enquadram a gravidez em idade materna avançada, evitando atitudes baseadas em perspectivas reducionistas e estigmatizadoras, que possam interferir na relação terapêutica.¹¹ Os atendimentos devem estar alicerçados nos princípios do SUS e o acolhimento e o vínculo devem ser priorizados. A escuta qualificada representa um diferencial na interação profissional/usuária, levando em consideração o tempo dispensado às consultas, à atenção e segurança e ao esclarecimento das dúvidas, durante o atendimento.¹²

A relevância desses aspectos é que motivaram a realização deste estudo que teve como objetivo analisar a experiência de mulheres primíparas, que foram mães após os 35 anos de idade, acompanhadas em um ambulatório de gestação de alto risco.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, realizado com primíparas com mais de 35 anos, acompanhadas em um ambulatório de gestação de alto risco (AGAR) de um município do interior paulista, durante o período de janeiro de 2013 a junho de 2014, que atende gestantes de alto risco encaminhadas pelas unidades básicas de saúde do município e da região.

Neste período, foram atendidas 57 mulheres na faixa etária considerada, das quais foram selecionadas 10 que residiam no município do estudo, de modo a facilitar a visita domiciliária para a coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, sob o nº 495.529, considerando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram obtidos em dois momentos: inicialmente, foram coletados alguns relativos à mãe junto aos prontuários, para a caracterização sócio demográfica e obstétrica (períodos pré, peri e pós-natal), complementados, caso necessário, durante a entrevista com

as mães, em visita domiciliária. Essa caracterização foi feita com vistas a subsidiar as respostas das participantes sobre a experiência de terem sido mães após os 35 anos de idade. As informações foram submetidas à análise descritiva.

Para a entrevista foram elaboradas duas questões norteadoras: *"Fale-me como foi a sua experiência de ser mãe após os 35 anos"* e *"Como foi a sua experiência e de sua família no cuidado ao recém-nascido"*. As falas foram transcritas na íntegra e agrupadas a partir das questões que deram corpo ao roteiro de entrevista. Posteriormente, foram submetidas à Análise de Conteúdo, na modalidade temática, a qual trabalha as palavras e suas significações, descrevendo o conteúdo das mensagens e permitindo inferências.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelos dados de caracterização das primíparas, observou-se que a maioria estava na faixa etária entre 35-37 anos, era casada, de cor branca, com ensino médio completo, assalariada, com renda familiar de até cinco salários mínimos.

Os resultados referentes ao período pré-natal demonstraram que todas engravidaram naturalmente, sem necessidade de recorrer a tratamentos para infertilidade. Os nascimentos foram de feto único e todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo submetidas a mais de dez consultas. Dentre os fatores de risco gestacional, a doença hipertensiva específica da gestação e o diabetes mellitus gestacional foram os mais citados. O tromboembolismo, a anemia, a malformação do cordão umbilical, a obesidade, o tabagismo e a infecção do trato urinário também foram confirmados. Vale considerar que uma mesma primípara poderia apresentar mais de um fator de risco.

Pelos dados do período perinatal observou-se que a maioria teve gestação a termo; todas foram submetidas à cesariana, sendo que uma delas apresentou hipertensão arterial. Cinco ficaram internadas por três dias ou mais, provavelmente por motivos relacionados a complicações com o RN ou à necessidade de prevenção de possíveis complicações maternas. Os RNs foram, na maioria, do sexo feminino, com peso adequado para a idade gestacional. A icterícia (isoladamente) foi detectada em dois RNs e a hipoglicemia e icterícia em um. Ambos os casos necessitaram de fototerapia. Os resultados da avaliação do Apgar no primeiro minuto de vida variaram de oito a dez e, no quinto minuto, de nove a dez.

No período pós-natal uma mulher, que já tinha o diagnóstico de tromboembolismo, após nove dias de alta da maternidade evoluiu para embolia pulmonar, com necessidade de internação por 10 dias no Centro de Terapia Intensiva e posterior encaminhamento para outra especialidade. A alimentação do RN com leite materno foi exclusiva para quatro mulheres, mista (leite materno+artificial) para outras quatro e somente artificial para as demais.

Os relatos das duas questões norteadoras: *"Fale-me como foi a sua experiência de ser mãe após os 35 anos"* e *"Como foi a sua experiência e de sua família no cuidado ao recém-nascido"* foram lidos e agrupados conforme a semelhança das respostas obtidas das questões,

identificados com a letra "M" de mãe e numerados de 1 a 10 aleatoriamente, compondo M1, M2, M3, e assim sucessivamente.

Da análise dos relatos originaram quatro categorias, que nortearam o conhecimento sobre a experiência das primíparas após 35 anos de idade, descritas a seguir:

Adiamento da gravidez

Nesta categoria, retratam-se os motivos que levaram as participantes a engravidarem após os 35 anos. Os mais citados foram a espera pela estabilidade emocional, financeira e a realização pessoal, representados nas falas:

Sempre quis ser mãe, mas resolvi esperar uma idade em que estivesse mais segura financeiramente e emocionalmente (M8).

Estabilidade financeira, casei mais tarde, pensei muito (M7).

Porque aguardei encontrar o parceiro ideal e me casar com ele, também escolhi me formar, estudar e concursar antes de ser mãe (M4).

Pelas respostas percebe-se a preocupação em planejar suas famílias, entendendo que a mudança no comportamento social é que gerou a preocupação com o planejamento familiar, além do anseio da desejada estabilidade financeira.

Planejar uma família é um modo de organização da sociedade, da política e da própria família, pois engloba não apenas o casal, mas toda a sociedade e o espaço que ocupam. O planejamento familiar direciona para a importância da qualidade de vida, da responsabilidade de se ter uma família e do aconselhamento necessário para o desenvolvimento de uma família saudável e estável.¹⁴

A busca por maior escolaridade, aperfeiçoamento profissional, formação de carreira, participação no mercado de trabalho e outros espaços públicos e responsabilidade no sustento da família, têm sido invocados como influentes no adiamento da maternidade.¹⁵

Estudo sobre maternidade tardia relata que a maternidade tão longamente sonhada e esperada, para grande parte das mulheres que opta por ter filhos após os 35 anos, talvez seja ofuscada por conta da vida profissional da mãe, que no contexto atual, assume cada vez mais atribuições e responsabilidades.¹⁶

Outro aspecto relatado pelas mães, durante a entrevista, é que não desejavam ter outro filho:

Não posso, senão teria (M2).

Não, é difícil (M6).

Agora não, tenho muito medo, tive muitos problemas...se fosse mais nova (M5).

Acho que não, é muita responsabilidade, ele tem muita cólica e o mundo tá muito difícil para criar filhos (M10).

Três mães demonstraram interesse em uma nova gestação, sendo a justificativa de uma delas:

Sim apesar de ser muito cansativo e de requerer muita dedicação, quero ser mãe para que minha filha tenha um irmão ou irmã, pois acho isso fundamental para o ser humano (M4).

Pelas falas percebe-se que o adiamento da maternidade e não desejar outro filho segue uma tendência

nacional. No Brasil, no ano de 2000¹⁷, somente a região Norte apresentava número médio de filhos por mulher superior a 3,0; em 2010, todas as demais regiões viram seus níveis de fecundidade reduzidos abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher. O país teve seu perfil demográfico totalmente transformado: de uma sociedade em sua maioria rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte na infância elevado, passando a uma sociedade predominantemente urbana, diversificada e com risco de morte na infância reduzido.

Dificuldades e Problemas enfrentados

Nesta segunda categoria aparecem as questões relacionadas ao enfrentamento de dificuldades e problemas durante a gravidez. Os mais abordados, nesta fase, foram dificuldade para engravidar e problemas de saúde da gestante, como diabetes gestacional, hipertensão arterial e depressão:

.....meu pai faleceu e minha mãe ficou muito doente....tive depressão e também tinha ovário policístico, não engravidava (M10).

Tinha dificuldade de engravidar....achei que nem ia engravidar, tenho uma irmã que tirou o útero (M5).

Tive dificuldade para engravidar, quando desisti engravidei (M6).

Diabete gestacional (M8).

Problema de pele, alergia, não tinha como tratar, edema nas pernas e pés, hipertensão (M3).

Tive muito enjoo, tendinite, um pouco de depressão por insegurança e medo de faltar apoio (M10).

....diabetes e pressão alta, tive dificuldade para andar devido à falta de ar (M6).

O adiamento da decisão de ter um filho pode significar para a mulher grandes riscos. Segundo as abordagens científicas recentes sobre o tempo biológico da mulher, a chance de engravidar começa a diminuir quando ela tem apenas 27 anos e, a partir dos 30, o aparelho reprodutor feminino começa a entrar em um processo de envelhecimento, podendo aumentar os riscos de malformações, doenças congênitas e aborto. Portanto, ao se adiar a maternidade, podem ocorrer dificuldades para a mulher que deseja ser mãe.¹⁸

Sabe-se que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada ao risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas) e fetais e do RN (anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, macrossomia, sofrimento fetal, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e óbito neonatal).^{6,19}

Idade avançada, sobrepeso e ganho ponderal excessivo na gravidez são aspectos que influenciam os resultados obstétricos e, portanto, merecem atenção dos profissionais de saúde, no sentido de contribuírem para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, bem como para a melhoria das condições do nascimento. Os fatores de risco precisam ser compreendidos e considerados, com vistas a melhorar o resultado da gravidez, além de prevenir a síndrome hipertensiva e o diabetes gestacional.²⁰

Os problemas e dificuldades enfrentados após o parto foram os relacionados às dificuldades no processo de amamentação, falta de apoio dos profissionais, desconfortos devido ao parto cesariana e aos relacionados à saúde do RN:

Com 12 dias tive embolia pulmonar....fui para UTI, sete dias em coma....não consegui amamentar.... (M2).

Dificuldade de raciocínio (M1).

Dificuldade de amamentar, fissura no mamilo, o bebê não pegava o seio. Faltou apoio da equipe médica e enfermagem (M3).

Fiz repouso, dor nos pontos, repuxando muito.... (M10).

....tenho receio com quem deixar a minha filha para eu trabalhar....com a minha dedicação exclusiva, perdi oportunidade de prestar concursos que eu estava aguardando há tempos (M4).

RN chorava muito, não dormia (M9).

O bebê teve alergia à lactose, então ando muito para conseguir o leite, ainda não deu certo (M6).

Meu bebê teve refluxo e coqueluche, passei muito aperto, chorei muito, tinha medo de ficar sozinha (M5).

Nestas falas percebe-se que as mães citaram diversas dificuldades, mesmo após o parto, algumas consideradas corriqueiras, que fazem parte do período pós-parto, mas que geraram insegurança e problemas emocionais. Outras parecem ter enfrentado problemas mais graves, que necessitaram de iniciativas para buscar solução para elas.

A família, geralmente, cria expectativas em torno da maternidade e da paternidade como algo maravilhoso que só traz alegrias, o que muitas vezes não se confirmam. Alguns pais não estão preparados para enfrentar as dificuldades do período pós-parto e para compreender o tempo de adaptação ao novo membro da família. Tais fracassos podem provocar sentimentos de frustração e culpa.²¹

A falta de experiência com a maternidade também pode surpreender as mães tardias de maneira ainda não imaginada e promover sensações de fracasso e impotência. O impacto da desigualdade de gênero nesta fase da vida, a exemplo do fato de a mulher ter que assumir maiores responsabilidades com o bebê, pode torná-la mais fragilizada do ponto de vista físico e emocional, desestabilizando as expectativas com a maternidade, podendo gerar crises individuais e no casamento.¹⁶

As mães primíparas podem manifestar comportamentos e sentimentos que acarretam aparecimento de crises na vida pessoal e familiar que podem interferir na prática do aleitamento. Muitas, independente da idade, iniciam a amamentação sem apresentar dificuldades; outras precisam de apoio, incentivo e orientação de profissionais especializados, pois se sentem inseguras diante do novo desafio de nutrir, apresentando sentimentos ambivalentes que associam poder, feminilidade e medo.²²

Ao considerar a relação maternidade-trabalho, do ponto de vista trabalhista, as organizações devem oferecer flexibilidade para acolher as necessidades particulares de mães trabalhadoras, como licença-maternidade, dentre outras, colaborando de forma conjunta para a possibilidade de conciliação entre as demandas maternas e laborais.²³

Apoios recebidos

Nesta categoria aparecem os relatos sobre a participação do companheiro e/ ou familiares nos cuidados com o RN:

Muito apoio sempre, ele ajuda muito nos cuidados (M2).

Todos apoiam, ajuda nos cuidados (M3).

O pai ajuda pouco porque trabalha muito e tem muito sono (M10).

Meu marido trabalha muito e chega cansado em casa, me ajuda pouco... (M4).

O pai do bebê é ausente, quanto a minha família é tudo para mim, não me falta amparo algum (M8).

As participantes manifestaram respostas positivas, demonstrando que neste momento realmente foram bem amparadas. Mesmo quando o pai não colaborou muito, foi compreensivo. A família, para todas, foi a principal fonte de apoio, gerando satisfação e segurança neste momento de vulnerabilidade para o binômio mãe/filho.

Este apoio é fundamental e foi objeto de estudo sobre o envolvimento paterno, durante o nascimento dos filhos. Apesar de os pais serem percebidos como pouco participativos por um grupo de mães, elas estavam satisfeitas com o seu envolvimento, valorizando o fortalecimento da figura do pai como a principal fonte de apoio materno. As famílias possuem estruturas diferentes, refletindo na dinâmica familiar, incluindo a divisão das tarefas domésticas e do cuidado com os filhos.¹⁶

Resultados sobre as vivências da família, quando do retorno ao lar com o primeiro filho, apontaram as mudanças no cotidiano das famílias, ocasionadas pela chegada de um novo ser, exigindo alguns ajustes e negociações, principalmente no que se refere à participação do pai no cuidado ao bebê. A maior participação dos pais foi no auxílio das tarefas domésticas, ficando o cuidado ao bebê mais no encargo da mãe e outras mulheres da família extensa. Nos cuidados diretos com os bebês, a participação do pai foi reduzida, mas considerada normal.²¹

Manifestações espontâneas sobre a experiência atual

Nesta última categoria as puérperas manifestaram alegria, preparo para a maternidade e desabafo em relação ao preconceito enfrentado devido à idade:

Estou feliz, realizada (M3).

A maternidade para mim foi escolha bem pensada e planejada, com 35 anos estou madura (M4).

Minha profissão e escolaridade me ajudaram nos cuidados com o bebê (M4).

A maioria das pessoas nos considera idosas para ser mãe, quando comento que estou cansada fisicamente escuto que se eu fosse mais nova seria mais fácil ficar sem dormir, ter mais paciência e disposição (M4).

Por outro lado, foi percebido nos relatos, que mesmo vivenciando uma gravidez de alto risco e em idade madura, com momentos de ansiedade, incertezas e insegurança, não foram impedidas de vivenciar as alegrias e satisfações oriundas da maternidade.

Esta situação pode ser confirmada pelos resultados encontrados em um estudo realizado em São Paulo sobre as experiências, percepções e significados da

maternidade para mulheres com gestação de alto risco. A maternidade foi tida como uma experiência positiva, de grande felicidade, apontando para a introjeção e reprodução do modelo cultural, no qual tornar-se mãe é ter a oportunidade de realizar algo altamente valorizado pela sociedade.²⁴

Os sentimentos das mães são, em sua maioria, diferenciados para cada mulher, mesclando entre a felicidade e o contentamento em conceber um filho, e o medo, a preocupação, a insegurança e os desajustes no ritmo familiar advindos das restrições impostas pela condição de risco, valorizando a importância e a necessidade de os profissionais de enfermagem ficarem atentos, para além dos conhecimentos científicos, para as necessidades de cuidados psicossociais dessas mulheres, evitando o modelo de atendimento centrado na doença.²⁵

Algumas vantagens psicológicas da maternidade, após os 35 anos têm sido apontadas, considerando que pais mais velhos tendem a estar mais bem preparados para cuidar de uma criança, por serem mais tolerantes, por terem melhores condições para o desenvolvimento de suas habilidades como genitores, como também por possuírem melhores condições econômicas.²

A participação ativa do companheiro é importante para que a experiência da gravidez tardia transcorra sem maiores problemas. As diversas implicações devem ser consideradas também pelos serviços públicos de saúde, de forma a viabilizar uma assistência mais coerente e efetiva às mulheres que têm o primeiro filho depois dos 35 anos.¹⁸ As mulheres que desejam adiar a maternidade devem receber orientações sobre todos os riscos e possíveis intercorrências da gestação tardia, para que possam tomar uma decisão esclarecida e responsável, já que o aumento na idade nas gestações parece ser uma tendência global inexorável.⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo proposto e mediante a análise dos dados obtidos nos prontuários e nas entrevistas com as participantes, foi possível analisar a realidade das primíparas com mais de 35 anos que, mesmo enfrentando dificuldades e problemas, relataram satisfação em serem mães, reafirmaram o momento como oportuno para a chegada do primeiro filho e manifestaram felicidade em realizar este sonho.

De modo geral, o estudo reforça a tentativa do município em minimizar as complicações e consequências adversas da gestação de alto risco, melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com ações voltadas para a atenção ambulatorial especializada.

Esta tentativa dá força às propostas e políticas voltadas para o público materno-infantil e de humanização da assistência oferecida às gestantes de risco, coerentes com os princípios definidos pelos programas atuais, em que a integralidade e equidade são apontadas como as grandes aliadas na qualidade da assistência.

O estudo reforça a necessidade de maior preocupação com a primeira gestação de mulheres com idade, após os 35 anos, devendo esta ser considerada como resultante de mudanças sociodemográficas e do progresso da medicina.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 302p.
2. Gomes AG, Donellit TMS, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação Psicol* [Internet]. 2008 [acesso em: 3 mar 2016]; 12:99-106. Disponível em: <file:///c:/documents%20and%20settings/usuário/meus%20 documentos/downloads/5242-45548-1-pb%20(1).pdf>. doi: 10.5380/psi.v12i1.5242
3. Klemetti R, Gissler M, Sainio S, Hemminki E. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG*. [Internet]. 2014 [acesso em: 2 fev 2015];121:356-362. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12415/epdf>. doi: 10.1111.1471-0528.12415.
4. Nunes M do CD. Impacto do diagnóstico pré-natal (DPN) citogenético e ansiedade materna sobre a interação precepo mãe-bebê. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 nov 2015];15(2):326-33. Disponível em: <http://w.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a03.pdf>. doi: 10.5216/ree.v15i2.16747.
5. Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, Walraven CV. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 mar. 2016];2:165-78. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/178/2/165.full.pdf+html>.
6. Kenny LC, Lavender T, Mcnamee R, O'neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. *PLoS One*. [Internet]. 2013 [acesso em: 17 maio. 2014];8(2):e56583. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056583>.
7. Teixeira EC, Gurgel HM, Monteiro DLM, Barmpas DBS, Trajano AJB, Rodrigues NCP. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil – análise da frequência entre 2006 e 2012. *Rev Hosp Universitário Ernesto* 2015;14:1. doi:10.12957/rhupe.2015
8. Gravena AAF, De Paula GM, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013 [acesso em: 3 mar. 2016];26:130-135. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a05.pdf>>.
9. Silva JLDECP, Surita FGdeC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 mar. 2016];31(7):321-325. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru, manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p. 282. [acesso em: 3 mar. 2016]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru.pdf>>.
11. Guedes M, Canavarro MC. Adaptação à gravidez das mulheres primíparas de idade avançada e seus companheiros. *Psicol Saúde Doenças*. 2013;14:280-7.
12. Guimarães CA, Narciso Vieira Soares NV, Dorneles JP, Kreuning EB. concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do programa mais médicos. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul 2016;18(1):25-28. doi: 10.17058/cinergis.v18i1.8144
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 7, 2011.
14. Dantas ALB, Carvalho JG, De Holanda MdasMS. Planejamento familiar: percepção de mulheres que desejam ter filhos. *Rev Interdisciplinar* [Internet]. 2014 [acesso em: 3 mar. 2016];6:51-9. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/207/pdf_67>
15. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 mar 2016];13(2):385-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21.pdf>.
16. Travassos-Rodriguez F, Féres-Carneiro T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Rev Tempo psicanalítico* [Internet]. 2013 [acesso em: 3 mar. 2016];45(1):111-21. Disponível em: <<http://pepsi.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a08.pdf>>.
17. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em: 3 mar. 2016];21(4):539-548. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>.
18. Barbosa PZ, Rocha-Coutinho ML. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicol Clín* [Internet]. 2007 [acesso em: 3 mar. 2016];19(1):163-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/12.pdf>>.
19. Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, Souza JP, Morais SS. Factors associated with low birth weight in a historical series of deliveries in Campinas, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 mar. 2016];55(6):692-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/13.pdf>>.
20. Oliveira ACMD, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24:441-51.
21. Medeiros CRG, Dos Santos BRL. As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. *Ciênc. Saúde*. [Internet]. 2010 [acesso em: 3 mar. 2016];2:16-24. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/5216/4826>>.
22. Almeida IS, Ribeiro ÍB, Rodrigues BMRD, da Costa CCP, dos Santos Freitas N, Vargas EB. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2010 [acesso em: 3 mar. 2016];15:1. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17139/11282>>.
23. Sanchez GFC. Análise Econômica dos Institutos do Casamento e do Divórcio Economic Analysis of the Institutes of Marriage and Divorce. [Internet]. 2012. [acesso em: 3 mar. 2016]. Disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/4rv798cf>>.
24. Quevedo MP, Lopes CMC, Lefevre F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2006 [acesso em: 3 mar. 2016];16:12-21. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/jhgd/article/viewFile/19777/21845>>.
25. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO* 2004; 26:697-702.

Como citar: CABRAL, Regina Aparecida; SANTOS, Branca Maria de Oliveira; CANO, Maria Aparecida Tedeschi. A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 4, out. 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/9830>>. Acesso em: 08 dez. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9830>.