

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Ser Mãe Num Corpo Vivido:
O Cuidado de Enfermagem Especializado na
Maternidade Tardia**


Ana Catarina dos Santos Teixeira

Orientador: Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho Pinto

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



“A prática humaniza e socializa o saber,
a teoria ajuda a ultrapassar o empirismo.”

Maria do Nascimento Mateus

"Um filho, afinal, é quem dá à luz a mãe.
Pois cada menino nascido
faz nascer uma mãe de uma respectiva mulher."

Mia Couto

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar ao Duarte,
por nunca reclamar do tempo que lhe foi roubado e por me saber sempre
encorajar com o seu sorriso rasgado e abraço meigo.

Obrigada filho!

À minha Mãe e ao meu Pai pelo apoio incondicional e pelo orgulho que todos
os dias expressam neste meu (per)curso...

Ao meu marido Hugo, pela companhia, pelo carinho e pelo amor...

Às enfermeiras Lurdes Paixão e Rita Marques que, não sendo especialistas, se
empenharam em ajudar-me a compreender melhor o cuidado de enfermagem
especializado nas suas áreas de perícia...

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Paula Matias e Catarina Pires que dando um pouco de si me ajudaram a
construir tanto de mim...

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Ana Alcácer pela disponibilidade, compreensão, estímulo, dedicação e partilha
e ainda pela capacidade de me fazer crescer na fase final deste percurso...

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e
Professora Luísa Sotto-Mayor pela sua experiência e conhecimento, pela
sabedoria partilhada, pela confiança e pelas palavras oportunas no momento
certo...

A todos vocês, amigos do coração, pelo incentivo permanente e pelos
momentos de descontração fundamentais ao longo do caminho...

A todas as mulheres, casais, famílias e recém-nascidos que cuidei ao longo
destes meses e que possibilitaram a (re)construção do meu eu profissional...

...o meu agradecimento sentido!

RESUMO

A expressão da maternidade tem sofrido, ao longo dos tempos, importantes mudanças e é particularmente mutável em função não só das dimensões intrínsecas ao indivíduo, como das dimensões inerentes à sociedade e cultura do ambiente em que se insere. Neste sentido, o adiamento da maternidade tem sido uma tendência efetiva verificada nos países industrializados.

Reconhecendo a importância de aprofundar o conhecimento acerca do fenómeno da maternidade tardia, entendida como aquela que ocorre após os 35 anos de idade da mulher, surgiu a inquietação que deu lugar a este relatório de estágio. De acordo com a evidência científica recente, acedida por via da utilização da metodologia de revisão sistemática da literatura, procurou clarificar-se o cuidado de enfermagem especializado na maternidade tardia à luz do modelo teórico de Betty Neuman – Teoria dos Sistemas. Com base na revisão da literatura realizada, que contou com um total de 17 artigos, bem como na reflexão sobre a prática clínica ao longo dos vários ensinamentos clínicos procurou, ainda, demonstrar-se, neste relatório, a aquisição das competências conducentes ao perfil profissional de enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados na maternidade tardia deve incluir intervenções nos três níveis de prevenção ao longo dos períodos pré-concepcional, pré-natal e pós-natal. Esta população, requer que os enfermeiros especialistas sejam competentes em providenciar cuidados holísticos que articulem os diversos fatores envolvidos na vigilância de uma gravidez segura e na promoção de desfechos materno-fetais e neonatais positivos e que transcendam, exclusivamente, o critério da idade.

Palavras-chave: Maternidade tardia; Idade Materna Avançada; Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia

ABSTRACT

Maternity expression has suffered, over the years, major changes and is particularly changeable depending not only on the individual's intrinsic dimensions, but also the dimensions related to the society and culture where the individual belongs to. In this sense, the postponement of motherhood has become an effective trend in industrialized countries.

The intent that led to this report came from the recognition that is crucial improving the knowledge about late motherhood, seen as that which occurs when woman is over the age 35, and the midwifery care. According to recent scientific evidence, accessed through the use of systematic review of literature methodology, has sought to clarify midwifery care in late motherhood based on Betty Neuman Systems Model. Regardless of the primary goal of this report, the acquisition and development of midwifery skills is presented here as the result of confronting the data of literature review, that counted 17 articles, with the individual ability to reflect about the clinical practice.

The midwifery care in late motherhood should include interventions in the three levels of prevention over the pre-concepcional prenatal and postnatal periods. This population requires that midwives are competent to provide holistic care and articulate the various factors involved in monitoring a safe pregnancy and promotion of maternal, fetal and neonatal positive outcomes and are able to transcend exclusively the age criteria.

Key words: Late Motherhood; Advanced Maternal Age; Midwifery

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*

APF – Associação para o Planeamento da Família

AR – Artur Ravana

CDPN – Centro de Diagnóstico Pré-Natal

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EPS – Educação para a Saúde

FIGO – *International Federation of Gynecologists and Obstetricians*

HELLP – *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets*

IA – Índice de Apgar

IO – Índice Obstétrico

ICM – *International Confederation of Midwives*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

Kg – Quilograma

LDF – Linha de Defesa Flexível

LDN – Linha de Defesa Normal

LR – Linha de Resistência

m² – metro quadrado

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCF – Restrição do Crescimento Fetal

RCOG – *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*

RPPM – Rotura Prematura Pré-termo de Membranas

RN – Recém-Nascido

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. SER MÃE NUM CORPO VIVIDO	14
1.1 A Maternidade Tardia.....	14
1.2 Idade Materna e Fecundidade	16
1.3 Complicações Médicas na Gravidez.....	16
1.4 Complicações Obstétricas	18
1.5 A Maternidade Tardia em Números – Abordagem Estatística	20
1.6 Teoria dos Sistemas de Betty Neuman – Referencial Teórico dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia na Maternidade Tardia.....	21
2. METODOLOGIA	27
2.1 Metodologia e Estratégias	28
2.2 Considerações Éticas	32
3. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA: ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO NA MATERNIDADE TARDIA	34
3.1 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no Período Pré-Concepcional.....	35
3.2 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no período Pré-Natal	40
3.3 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no Período Pós-Natal	55
4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	62
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	64

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

APÊNDICES..... 77

Apêndice I – Resumo dos Artigos da Revisão da Literatura

Apêndice II – Diapositivos da Formação em Serviço:

“Ser Mãe Num Corpo Vivido”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Pesquisa em Base de Dados Científicos

Maio e Junho de 2013..... p.30

Tabela 2 – Pesquisa em Base de Dados Científicos

Janeiro de 2015 p.31

INTRODUÇÃO

A maternidade é um processo complexo que se inicia com o desejo de ser mãe e se completa com o sentimento de conforto da mulher no seu novo papel, após o nascimento do filho, reformulando-se vezes e vezes sem conta sempre que um novo desafio se impõe (Canavarro, 2001). Embora possa parecer mais ou menos uniforme, este processo é verdadeiramente individual e marcado pela particularidade de cada mulher, relação, cultura, família, entre muitos outros fatores.

Na sociedade contemporânea ocidental, as mulheres começam a recusar a maternidade como única expressão da sua felicidade e realização. (Correia, 1998). Na verdade, assiste-se cada vez mais ao adiamento da maternidade em função da prossecução de outros objetivos de satisfação e realização pessoal, como a educação superior, a estabilidade laboral e a maturidade do relacionamento conjugal (Benzies, 2008). Entre outros aspetos de variada ordem contam ainda com a maior utilização dos métodos anticoncepcionais, a melhoria dos cuidados de saúde e o advento das técnicas de reprodução medicamente assistida (Almeida, André e Lalanda, 2002; Mills *et al.*, 2011; Bayrampour *et al.*, 2011; Stern *et al.*, 2013; Guedes e Canavarro, 2014).

A maternidade tardia, ou seja, aquela em que a mulher grávida/parturiente ou puérpera tem 35 anos ou mais, é uma realidade cada vez mais prevalente nos países industrializados e Portugal acompanha esta tendência que, segundo Ledger e Cheong (2011) não se prevê que inverta na próxima década. Esta reflete-se nos dados estatísticos de 2010, com o aumento significativo da idade média da mulher no nascimento do primeiro filho, que corresponde, atualmente, a 29,8 anos em oposição à média da década de 80 do século XX, que se situava nos 23,5 anos.

Do mesmo modo que a prevalência da maternidade tardia aumenta, aumentam também os desafios impostos aos enfermeiros nos cuidados a esta população específica. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e

obstétrica (EEESMO) apresenta, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), um conjunto de competências clínicas especializadas e a inerente certificação técnico-científica que validam a sua intervenção enquanto profissional diferenciado. Assim, quando se propõe prestar cuidados especializados de elevada qualidade, o enfermeiro especialista em SMO deve ser competente na gestão dos processos de saúde/doença e promover intervenções autónomas e interdependentes, consoante o grau de risco, de cada mulher inserida numa família e comunidade alvo dos seus cuidados.

Este relatório visa demonstrar o trabalho desenvolvido na aquisição dos conhecimentos que fundamentem intervenções de qualidade baseadas em evidência científica, bem como o aperfeiçoamento de competências de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (SMO), tendo sido norteado pela questão de partida **“Quais os cuidados de enfermagem especializados promotores de bem-estar na mulher que vive uma maternidade tardia, nos períodos pré-natal e pós-natal?”**. Assim, é visada a articulação entre a evidência científica recente e a prática clínica, mediada por um processo reflexivo aprofundado.

A finalidade do trabalho desenvolvido é clarificar o cuidado de enfermagem especializado em SMO às mães de idade avançada, nos períodos pré e pós natal reunindo, para tal, os subsídios de todos os ensinamentos clínicos realizados, ao longo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Assim, e no sentido de melhor compreender o cuidado de enfermagem especializado e ainda de o perspetivar face à vivência individual da maternidade tardia de cada cliente cuidada, optou-se por mobilizar o referencial teórico de Betty Neuman – Modelo de Sistemas. Através deste modelo pretende aceder-se ao modo individual como cada cliente vive esta experiência, que *stressors* afetam a estabilidade do sistema e qual o seu impacto e, claro está, qual o papel do enfermeiro especialista em SMO na adaptação e restabelecimento da estabilidade do sistema e, conseqüentemente, na promoção de bem-estar do cliente. De acordo com o referido modelo, os cuidados de enfermagem distribuem-se por três níveis de

intervenção, que são a prevenção primária, secundária e terciária, aplicados consoante o impacto dos *stressors* identificados na estabilidade do sistema.

Assim, é dado neste trabalho, em primeiro lugar, enfoque ao enquadramento conceptual sobre a maternidade tardia e às dimensões que, estando relacionadas com este fenómeno, têm pertinência para a prática de cuidados do enfermeiro especialista em SMO. Em segundo lugar, é dado particular destaque ao confronto entre os dados decorrentes da literatura e a experiência empírica, procurando traduzir o percurso conducente ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em SMO. Aqui evidenciam-se os cuidados de enfermagem especializados nos três níveis de prevenção ao longo dos períodos pré-concepcional, pré-natal e pós-natal. Por fim, serão apresentadas as considerações finais que reúnem a reflexão acerca do impacto deste percurso no desenvolvimento profissional, as dificuldades sentidas e os sucessos alcançados, bem como a discussão sobre as limitações e implicações para a prática clínica.

1. SER MÃE NUM CORPO VIVIDO...

A maternidade tardia apresenta-se como um fenómeno multifatorial, influenciado não só pela perspetiva individual de quem o vive, como igualmente pelos aspetos biopsicossociais e culturais da sociedade em que cada cliente se insere. Assim, as páginas que se seguem procuram enquadrar as diferentes dimensões que caracterizam a maternidade tardia.

1.1 A Maternidade Tardia

Ter um filho reveste-se de diferentes significados consoante a civilização e o período em análise. De igual modo, a vivência da maternidade associa-se não só às características individuais de cada mulher, como à atmosfera cultural que a envolve. (Correia, 1998). Atualmente a vivência da maternidade é cada vez mais uma opção entre tantas outras, igualmente importantes, na vida de uma mulher, distanciando, assim, as dimensões materna e feminina que outrora foram quase sinónimas (Correia, 1998; Mills *et al.*, 2011).

Na verdade, a experiência da maternidade tem sofrido importantes mudanças ao longo dos tempos, verificando-se, atualmente, um aumento significativo do número de gravidezes em mulheres com mais de 35 anos, especialmente nos países industrializados (Almeida, André e Lalanda, 2002; Byrom, 2004; Graça, 2005; Gomes *et al.*, 2008; Guedes e Canavarro, 2014; Laopaiboon *et al.*, 2014).

A maternidade tardia, entendida pelos especialistas como aquela que ocorre após os 35 anos de idade da mulher (Graça, 2005; Lampic *et al.*, 2006; Lowdermilk e Perry, 2006) é, nos dias de hoje, uma expressão de contemporaneidade. De facto, as "... mulheres particularmente instruídas e bem colocadas no mercado de emprego (...) protagonizam estratégias de construção da identidade em que os papéis maternos são subalternizados ou adiados (face a um calendário de prioridades) em relação aos papéis profissionais." (ALMEIDA, ANDRÉ e LALANDA, 2002, p.402). Neste sentido, é

compreensível que a profunda mutação do papel da mulher na sociedade, da sua vivência do ser feminino, das suas aspirações académicas e profissionais, a par com a utilização alargada dos métodos anticoncecionais e ainda a “promessa” dos métodos de procriação medicamente assistida tenham condicionado o adiamento da maternidade (Almeida, André e Lalanda, 2002; Benzies, 2008; INE, 2012, Mills *et al.*, 2013; Stern *et al.*, 2013; Guedes e Canavarro, 2014;).

O adiamento da maternidade pode tanto estar na origem de problemas de fertilidade, como ser resultante destes. Isto é, a gravidez tardia tanto pode ser resultante de anos de investigação médica e tratamentos sucessivos por problemas de fertilidade de um casal que pretendia conceber, mas que não obteve sucesso espontaneamente ou, por outro lado, resultante do adiamento do projeto de parentalidade, em que a mulher (especialmente após os 35 anos) experiencia uma redução significativa da sua fecundidade, podendo condicionar quadros de subfertilidade e dificuldade em alcançar a conceção e/ou levar a cabo uma gravidez. (Heffner, 2004; Graça, 2005; *American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, 2008; Bunting e Boivin, 2008; Huang, 2008; Ledger e Cheong, 2011).

Por outro lado, associado à prevalência cada vez mais significativa da experiência da maternidade tardia está o aumento da probabilidade de complicações maternas, fetais e neonatais (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Heffner, 2004; Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2006; Tough *et al.*, 2006; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; ACOG, 2008; Benzies, 2008; Huang *et al.*, 2008; Dudenhausen e Chervenak, 2010; Carolan, 2012; Laopaiboon *et al.*, 2014; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Embora largamente comprovados os riscos maternos-fetais e neonatais associados à idade materna avançada, são frequentes as gravidezes cujo desfecho é positivo e que decorrem sem complicações *major* (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Bayrampour *et al.*, 2011; Carolan, 2012; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Assim, no contexto da maternidade após os 35 anos, é importante que os profissionais de saúde orientem a sua intervenção por uma abordagem que transcenda o critério exclusivo da idade, e considerem os diversos fatores envolvidos no desenrolar

de uma gestação segura ...” (Byrom,2004; Gomes *et al.*, 2008; Suplee, Dawley e Bloch, 2012; O’Connor, Doris e Skirton, 2014).

1.2 Idade Materna e Fecundidade

O aumento progressivo da idade da mulher corresponde a uma diminuição da sua fecundidade, sendo esta diminuição traduzida pela maior frequência de ciclos anovulatórios e disovulatórios, maior número de gravidezes bioquímicas e maior taxa de aborto espontâneo, tanto por cromossomopatias (aneuploidia), como por fatores mecânicos. (Heffner, 2004; Graça, 2005; ACOG, 2008; Ledger e Cheong, 2011; Mills, *et al.*, 2011; Stern *et al.*, 2013). Estes últimos traduzem muitas vezes problemas estruturais (como fibromiomas uterinos, ou menor irrigação endometrial) que tornam o útero envelhecido e hostil para o produto de concepção. (Byrom, 2004; Graça, 2005). À semelhança dos problemas estruturais uterinos, também a incidência de obstrução das trompas de Falópio ou alterações da sua motilidade, bem como a incidência de endometriose aumentam com o aumento da idade da mulher (ACOG, 2008).

A conjugação destes fatores leva o ACOG (2008) a recomendar que os casais em que a mulher tenha mais de 35 anos sejam acompanhados por especialistas em fertilidade após 6 meses de relações sexuais desprotegidas regulares sem alcançarem a concepção, ou eventualmente mais cedo se apresentarem alguma condição medicamente relevante.

1.3 Complicações Médicas na Gravidez

Com o aumento da idade aumenta também a incidência de múltiplas complicações médicas, tanto prévias à gravidez, como induzidas por esta. (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Heffner, 2004; Graça, 2005; Carolan 2012, Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). De igual modo, a gravidez pode revelar ou agravar alguma patologia materna pré-existente. (Graça, 2005). De todas as doenças crónicas que podem complicar o decurso da gravidez ou sofrer agravamento com o decurso desta destacam-se a hipertensão arterial e a diabetes.

Relativamente à Hipertensão Arterial, há que distinguir entre a hipertensão crónica (prévia à gravidez) e as perturbações hipertensivas da gravidez (desde a hipertensão arterial isolada aos quadros mais complexos como o síndrome de HELLP). (Heffner, 2004; Graça, 2005, Carolan, 2012). De acordo com Graça (2005) estudos recentes confirmam que este último grupo tem uma incidência aumentada com a idade e quase duplica nas grávidas com mais de 40 anos. Neste sentido, realça-se a importância de conhecer os valores tensionais prévios à gravidez com o objetivo de distinguir os dois tipos de quadro hipertensivo e, conseqüentemente, a abordagem terapêutica a escolher.

No que respeita à Diabetes é, igualmente, importante distinguir entre a Diabetes Gestacional e a Diabetes prévia à gravidez, e nesta última distinguir se se trata de Diabetes *Mellitus* tipo I ou tipo II.

No que respeita à Diabetes pré-existente, é sabido que a sua incidência está aumentada na população de grávidas acima dos 35 anos, em muito relacionada com obesidade, comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis. Porém, mais importante do que o aumento da incidência desta patologia é a sua avaliação qualitativa, isto é, a avaliação do grau de dano provocado nos órgãos-alvo. Quanto maior a duração e/ou repercussão nos órgãos-alvo, maior a severidade dos quadros que condicionam aumento da morbidade e mortalidade perinatais, tanto materna, como fetal/neonatal (Graça, 2005).

Já a Diabetes Gestacional apresenta, à partida, melhor prognóstico materno e fetal se a grávida tiver acompanhamento especializado, com apoio no controlo da progressão ponderal, adequação da dieta, exercício físico e controlo metabólico regular. (Graça, 2005; Lowdermilk e Perry, 2006). Sabendo que a ocorrência de prova de tolerância à glicose oral (PTGO) anómala aumenta com a idade materna (Graça, 2005) é possível aos profissionais de saúde, e ao enfermeiro especialista em SMO em particular, a prestação de cuidados de saúde antecipatórios (prevenção primária), que capacitem a cliente para a mudança e gestão dos fatores de risco associados.

De facto, Suplee, Dawley e Bloch (2007) advertem sobre o impacto negativo das condições médicas pré-existentes em maior escala do que o aumento da

idade materna por si só. Na verdade, embora as patologias descritas sejam as mais comumente encontradas na população em estudo, as mulheres com 35 anos ou mais estão sob maior risco de sofrer de cancro, doenças autoimunes várias, insuficiência venosa e cardíaca, asma e outras doenças respiratórias, patologia ginecológica, como miomas uterinos, alteração da morfologia e motilidade das trompas, endometriose e outras com influência direta na capacidade de alcançar espontaneamente a concepção e na possibilidade de resultados indesejados na gravidez, como aborto espontâneo, morte fetal, parto pré-termo, restrição do crescimento fetal (RCF), entre outros. (Byrom, 2004; Graça, 2005; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; DGS, 2008; Carolan, 2012; Guedes e Canavarro, 2014).

1.4 Complicações Obstétricas

Também o trabalho de parto e parto sofrem alterações com o aumento da idade materna, especialmente se se analisarem mulheres nulíparas. Relativamente ao tipo de parto há que ter em conta três fatores condicionantes por um lado a ansiedade materna, por outro a conduta habitualmente mais conservadora dos enfermeiros especialistas em SMO e médicos obstetras face às parturientes com mais de 35 anos e, ainda, as alterações da anatomia decorrentes do aumento da idade materna. (Byrom, 2004; Graça, 2005; Bayrampour *et al.*, 2012). Estas alterações terão, provavelmente, o impacto mais importante, uma vez que conduzem a um aumento das distócias e, subsequentemente, da taxa de cesarianas. (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Byrom, 2004; Graça, 2005; Tough *et al.*; 2006; Dudenhausen e Chervenak; 2010). Contudo, alguns estudos parecem demonstrar que, em algum momento da gravidez, as grávidas de idade materna avançada exigem a realização do parto por cesariana por reconhecerem que o seu filho por nascer está particularmente vulnerável devido à gravidez de risco que tiveram, ou que o profissional de saúde que as acompanha propõe esta via de parto antes sequer de iniciarem o trabalho de parto (Byrom, 2004; Tough *et al.*, 2006; Dudenhausen e Chervenak; 2010; Bayrampour *et al.*, 2011).

Embora possa haver dados contraditórios, estudos recentes têm demonstrado que a incidência de RCF e partos pré-termo aumenta com o aumento da idade materna (Graça, 2005; Tough *et al.*, 2006). Do mesmo modo, a incidência de placenta prévia nas primíparas com mais de 40 anos é oito vezes superior à sua incidência em primíparas com menos de 25 anos, sendo indicação para parto por via alta. Este facto condiciona significativamente o seu futuro reprodutivo, sendo o impacto negativo substancialmente mais considerável nas mulheres com mais de 40 anos, especialmente se pretenderem ter outros filhos (Dudenhausen e Chervenak; 2010).

As mulheres com mais de 35 anos são mais suscetíveis a gravidezes gemelares, tanto por perturbações da ovulação, como por recursos a técnicas de procriação medicamente assistida, estando este facto associado a piores desfechos da gravidez e, igualmente, ao aumento da taxa de cesarianas (Heffner, 2004; Graça, 2005; Dudenhausen e Chervenak; 2010).

Por outro lado, as grávidas de idade materna avançada apresentam um risco aumentado de morte fetal e/ou nado-morto (Huang *et al.*, 2008; Carolan, 2013), contudo a ocorrência efetiva desta complicação permanece baixa (Carolan, 2013).

Relativamente aos recém-nascidos (RN), está documentada quer maior incidência de baixo peso ao nascer, como macrossomia nos filhos de mulheres que vivem uma maternidade tardia (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Graça, 2005). Embora os mecanismos que induzem estes resultados não sejam totalmente conhecidos, os mesmos tornam-se compreensíveis quando se analisa o aumento das alterações estruturais uterinas, das disfunções hormonais e da perfusão útero-placentar, bem como da diabetes gestacional.

Relativamente à adaptação à vida extrauterina um estudo constatou que o Índice de Apgar (IA) ao primeiro minuto é mais baixo nos filhos de mães mais velhas, porém ao quinto minuto não se registam diferenças significativas. O mesmo estudo alerta para a influência, igualmente importante, de outros fatores como o peso ao nascer, a idade gestacional, o género masculino do feto, o estado nutricional da mãe e ainda os seus estilos de vida, como ser ou não fumadora. (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003).

Também o aumento da morbidade e mortalidade perinatais está documentada em associação com o aumento da idade materna, tanto na componente fetal, como neonatal. (Heffner, 2004; Graça, 2005; Huang *et al.*, 2008). Este desfecho negativo da gravidez está associado quer à maior incidência de anomalias cromossómicas e patologias congénitas, quer às complicações médicas e/ou obstétricas coexistentes. (Heffner, 2004; Graça, 2005; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Embora relativamente rara a ocorrência de morte fetal próxima do termo da gravidez, em particular em Portugal, está descrito o aumento da sua incidência em proporção com o aumento da idade materna (Heffner, 2004; Graça, 2005; Huang *et al.*, 2008).

1.5 A Maternidade Tardia em Números – Abordagem Estatística

O adiamento da maternidade tem tido expressão em diversas análises estatísticas ao longo dos anos, mantendo-se a tendência. Como tal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012, p.46) observou “... entre 2005 e 2010 um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento em grupos etários mais elevados, tendência reveladora de um adiamento da idade à maternidade.”. De igual modo, a idade média da mulher para o nascimento do primeiro filho sofreu um aumento significativo situando-se, segundo o INE (2011), nos 29,2 anos. Já a idade média para o nascimento de um filho (de qualquer ordem) atinge os 30,9 anos, em contraponto com a média registada na década de 80 do século XX que era de 23,5 anos. Há que ter em linha de conta que, tratando-se de um valor médio, ele sofre a influência das experiências de maternidades nos extremos da idade reprodutiva, embora apenas a maternidade tardia tenha relevo para este estudo em particular. É, ainda, de ressaltar que as médias da região de Lisboa são superiores às médias nacionais apresentadas.

Em Portugal, a ocorrência de mortes neonatais precoces (até aos 7 dias de vida) apresenta uma taxa mais elevada entre as mães de idade avançada, situando-se em 1,4‰ nas idades compreendidas entre os 35 e 39 anos e em 1,8‰ nas mães com idade igual ou superior a 40anos (INE, 2013). Estes dados estatísticos vão ao encontro dos apresentados na literatura revista. Também a

taxa de morte fetal parece acompanhar os dados da literatura, uma vez que as taxas mais elevadas ocorrem nos extremos da idade reprodutiva, apresentando uma taxa de 2,5‰ na faixa etária materna igual ou superior a 35 anos (INE, 2013). Continuando, a análise estatística deste fenómeno, Lalande (2005) mostra-nos que 9% dos primeiros filhos nascidos em 2003 são de mães com idade igual ou superior a 35 anos, registando um aumento de 4,5 pontos percentuais face a 1960.

A constatação destes dados estatísticos reforça a pertinência do estudo deste fenómeno, bem como do aprofundamento do conhecimento e desenvolvimento de competências, enquanto enfermeira especialista em SMO, para uma prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade e mais próxima das efetivas necessidades da população-alvo, visando os três níveis de prevenção já referidos.

1.6 Teoria dos Sistemas de Betty Neuman – Referencial Teórico dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia na Maternidade Tardia

“A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. (...) A maternidade é um processo que transcende a gravidez. (...) É um projeto a longo prazo (...)” (CANAVARRO, 2001, p.19). Na verdade, as experiências de saúde da mulher que vive esta etapa de transição e transformação conjugam-se com a gestação de uma nova vida, impondo aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (SMO), vários desafios.

Estes desafios estendem-se desde o período pré-concepcional, ao pré-natal, ao trabalho de parto e parto e posteriormente ao pós-parto, sendo facilmente reconhecível a relevância da educação para a saúde (EPS) no sentido de alcançar um nível mais elevado de bem-estar.

Segundo a OE (2011), a mulher é definida como foco de atenção desta especialidade, sendo explícito que esta deve ser entendida numa perspetiva individual e holística, considerando, igualmente, a sua relação com os

conviventes significativos e o ambiente em que vive e se desenvolve, mas também numa perspectiva coletiva com o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir estados de doença. Do mesmo modo, Neuman e Fawcett (2011) apresentam um modelo de enfermagem holístico, abrangente e sistêmico preconizando que o cliente ou cliente-sistema possa ser uma pessoa individual, uma família, um grupo, uma comunidade ou mesmo uma questão social. É neste sentido que surge, como orientação à conceptualização dos cuidados de enfermagem na maternidade tardia, o modelo de sistemas de Betty Neuman.

De acordo com os pressupostos deste modelo “*the main goal of nursing is to facilitate optimal wellness for the client ...*”¹ (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.3), sendo que Pearson e Vaughan (1992, p.111) defendem que “a força deste modelo está na ênfase dada à prevenção, educação para a saúde e bem-estar, assim como (...) a abordagem interdisciplinar.”

Para Neuman (2011) existem quatro conceitos fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A Pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e com o ambiente exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011). O sistema em si mesmo engloba o núcleo ou estrutura básica e as linhas de defesa concêntricas, correspondendo respetivamente do centro para a periferia às linhas de resistência (LR), de defesa normal (LDN) e de defesa flexível (LDF) (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

Nesta constante troca de energia com o ambiente pressupõe-se a manutenção de um certo grau de estabilidade/ harmonia correspondendo ao estado de saúde, podendo essa estabilidade ser afetada por diferentes *stressors* (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

Os *stressors* são fatores ambientais, que podem ser de ordem intra, inter ou extrapessoal, com a capacidade de afetar a estabilidade do sistema e conduzir a estados de doença, com maior ou menor impacto, dependendo das

¹ - O principal objetivo da enfermagem é promover o bem-estar supremo do cliente
Tradução livre

estratégias necessárias para lidar com o *stressor* que o cliente possui (*Coping*). (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

A Enfermagem surge como a profissão à qual interessam todas as variáveis que afetam o cliente, no seu ambiente (Neuman e Fawcett, 2011), propondo-se três níveis de intervenção, a prevenção primária, secundária e terciária (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011). À prevenção primária corresponde a intenção de evitar ou reduzir a reação do sistema ao *stressor* identificado, ou de que se suspeita, fortalecendo as linhas de defesa. À prevenção secundária corresponde o apoio ao restabelecimento da estabilidade do sistema após reação a um determinado *stressor*, isto é, ajudar o cliente a reconstituir-se. A par com o retorno à estabilidade pressupõe-se a melhoria da capacidade de adaptação, fortalecendo o sistema para em situações futuras lidar com o *stressor* identificado ou semelhantes. Por fim, a prevenção terciária corresponde ao fortalecimento do sistema para a manutenção da estabilidade, surgindo com intervenções similares à prevenção primária, mas num período após ocorrência de reação e já atingido o restabelecimento da harmonia do sistema. Isto é, em grosso modo, a prevenção de recidivas e/ou contenção da reação do sistema ao *stressor* (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

Assim, ao assumir "... no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher", o enfermeiro especialista em SMO deve ser competente na identificação dos *stressors* intra, inter e extrapessoais que ameaçam a estabilidade do sistema das suas clientes, promovendo intervenções de prevenção primária, secundária ou terciária de acordo com a pertinência identificada. Para tal, é fundamental que adeque o seu nível de conhecimentos às exigências das clientes que cuida, bem como ao ambiente em que vivem e ao contexto em que os cuidados são prestados.

Os resultados da literatura reforçam largamente a necessidade de mais investigação acerca do fenómeno da maternidade tardia (Tough *et al.*, 2006; Mills *et al.*, 2011; Stern *et al.*, 2013; Laopaiboon *et al.*, 2014; Guedes e Canavarro, 2014). Tendo por base a revisão da literatura realizada e a filosofia de cuidados de Neuman revela-se pertinente que os cuidados de enfermagem especializados em SMO possam contribuir não só para a redução e/ou gestão das complicações maternas, fetais e neonatais associadas ao adiamento da maternidade, mas também para uma transição positiva para a maternidade. Desde logo, assume-se como fundamental a educação precoce das mulheres para a realização de pelo menos uma consulta pré-concepcional no sentido de planear uma gravidez saudável, permitindo determinar atempadamente fatores de risco declarados ou potenciais permitindo a intervenção oportuna de modo personalizado e em parceria com a mulher – fortalecimento da LDN e LDF (Tough *et al.*, 2006; Suplee, Dawley e Bloch, 2007) De facto, Stern *et al.* (2013) advogam a relevância de incluir nas consultas de planeamento familiar informação baseada na fecundidade desejada pela mulher permitindo o planeamento efetivo da família. Isto é, disponibilizando informação sobre contraceção evitando gravidezes indesejadas nas mulheres que não pretendem engravidar, ou apoiando e capacitando as mulheres/casais que desejam conceber, providenciando informação sobre ciclo menstrual, formas de preservar e potenciar a fertilidade, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, suplementação com ácido fólico e vigilância de saúde. Esta abordagem personalizada reveste-se de particular importância quando se observam as conclusões do estudo conduzido por Lampic *et al.* (2006), que revela que os jovens priorizam outras conquistas na sua vida pessoal e profissional em detrimento da parentalidade e adiando este evento do ciclo de vida familiar para a 4ª e 5ª décadas de vida, altura em que a fecundidade feminina diminui significativamente, sem estarem plenamente conscientes deste declínio e dos riscos e complicações associados à maternidade tardia. No mesmo sentido, a Direção-Geral de Saúde (DGS) (2008) declara que todas as mulheres que frequentam a consulta de planeamento familiar devem estar informadas sobre a importância de programar a gravidez com “ênfase especial (...) às mulheres com patologia crónica (HTA, DM I e II, epilepsia, asma e

doenças auto-imunes, entre outras), em que a pré-concepção deve ser entendida pelas próprias como indispensável.” (p.57).

Consciente dos riscos associados à maternidade em idade avançada o enfermeiro especialista em SMO deve ser competente em providenciar informação pertinente e apoiar a mulher/casal na tomada de decisão sobre os meios complementares de diagnóstico necessários à vigilância segura da gravidez, sem com isso aumentar a ansiedade materna ou o sentimento de se ser demasiado velha para ser mãe ou de grávida-doente (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Guedes e Canavarro, 2014; O’Connor, Doris e Skirton, 2014).

De facto, é patente o discurso dos profissionais preferencialmente voltado para os problemas ou riscos identificados, para a necessidade de exames, para a alteração de comportamentos ou para a adesão a terapêutica extra, pelo que Suplee, Dawley e Bloch (2007) alertam para a importância do enfermeiro especialista em SMO ser competente em enfatizar os ganhos conquistados, a preparação pessoal para a maternidade e a sua disponibilidade profissional para apoiar todo esse processo. Incluir os sucessos obtidos ao longo da gravidez na interação EEESMO-cliente, como por exemplo, o ter alcançado uma gravidez de termo, ajudam a mulher de idade avançada a reforçar a sua autoconfiança e a reduzir a ansiedade face ao desfecho da gravidez, parto e pós-parto (prevenção secundária). O mesmo estudo revela que estas atitudes têm impacto positivo no decurso do trabalho de parto e tipo de parto. Ainda que alguns autores associem à maternidade tardia uma maior incidência de partos instrumentados e cesarianas (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Byrom, 2004; Graça, 2005; Dudenhausen e Chervenak; 2010, Laopaiboon *et al.*, 2014), outros mostram que adotando as medidas preconizadas para promoção do parto normal (OE, 2012) é possível que parturientes de idade avançada experienciem um parto eutócico (Suplee, Dawley e Bloch, 2007).

As alterações físicas, fisiológicas e hormonais do pós-parto impõem uma importante mudança na mulher recém mãe, em associação a eventuais problemas na concepção e/ou gravidezes complicadas que condicionam nas mulheres de idade avançada sentimentos de insegurança no desempenho do papel maternal, e por vezes até dificuldade em dar resposta às necessidades

de cuidados do filho (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Guedes e Canavarro, 2014). Os estudos referentes aos cuidados de enfermagem apontam para a importância da coerência entre profissionais e a continuidade de cuidados na promoção do bem-estar da díade/família, bem como na sua capacitação para a assunção e desenvolvimento do papel maternal (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; O'Connor, Doris e Skirton, 2014). O fornecimento de informação antecipatória que possibilite responder aos desafios impostos pelo novo elemento da família são entendidas como um reforço da autonomia e da capacidade da mulher fazer face às dificuldades. (Suplee, Dawley e Bloch, 2007). Algumas vezes as mulheres de idade avançada veem-se integrantes da apelidada “geração sanduíche”, isto é durante a fase de ajustamento à maternidade e ao cuidado ao seu filho e da descoberta de uma nova dinâmica familiar e de um novo papel, têm pais já idosos que eles próprios requerem atenção e às vezes até cuidados extra. Esta situação não só retira da recém-mãe a rede de suporte familiar mais próxima como se constitui como mais um foco de atenção para a mulher, devendo como tal ser igualmente alvo da atenção do enfermeiro especialista em SMO na definição de estratégias e aquisição de habilidades que permitam responder aos desafios impostos, sempre em parceria com os clientes cuidados (Suplee, Dawley e Bloch, 2007).

De facto, as exigências da maternidade, e da maternidade em idade avançada em particular, reforçam a pertinência da articulação integrada entre as diferentes estruturas de suporte hospitalar e comunitário no sentido do apoio efetivo à recém-mãe (Suplee, Dawley e Bloch, 2007). As mesmas autoras defendem que o enfermeiro especialista em SMO deve ser criativo na elaboração de modos de apoiar as suas clientes neste período, podendo incluir a distribuição de informação escrita, da organização de grupos de apoio, entre outras estratégias.

Assim sendo, as páginas seguintes procuram refletir a articulação entre a prática clínica em contexto de EC, com o fenómeno em estudo, e o desenvolvimento das competências específicas inerentes do perfil de EEESMO.

2. METODOLOGIA

O presente capítulo prevê descrever as etapas do percurso metodológico, explicitando as estratégias adotadas, após a identificação do fenômeno em estudo, com vista à sua melhor compreensão e ao reconhecimento dos contributos para a excelência dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia (SMO).

Com vista à (re)construção do meu perfil profissional, direcionado para o título de enfermeira especialista em SMO, ficou definida como finalidade deste relatório a clarificação do cuidado de enfermagem especializado em SMO às mães de idade avançada, nos períodos pré e pós natal. A par da referida finalidade surge, também, o desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados, à mulher/RN/família, ao longo dos períodos pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, em situação de saúde ou doença, tendo em vista a promoção da saúde e o bem-estar de cada cliente de modo mais abrangente.

No que concerne aos objetivos para este relatório, eles procuram operacionalizar a intenção de aprofundar o conhecimento e orientar o desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidado de enfermagem especializado na maternidade tardia. Assim, como objetivo geral definiu-se a intenção de analisar a relação entre as diferentes dimensões que integram a experiência da maternidade tardia e o cuidado de enfermagem especializado em SMO, mobilizando os contributos da evidência científica recente disponível. Como objetivos específicos, surge a intenção de analisar e refletir sobre o cuidado de enfermagem especializado em SMO na maternidade tardia, nos períodos pré-concepcional, pré-natal e pós-natal.

2.1 Metodologia e Estratégias

Segundo Craig e Smyth (2003, p.10), “os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de intervenções e precisam de se apoiar numa ampla gama de evidência baseada na investigação.”. De igual modo, Fortin (1999, p.29), defende que “as enfermeiras de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática.” É, neste sentido, que surge a intenção de aprofundar o conhecimento sobre as especificidades do cuidado de enfermagem especializado na maternidade tardia, a par com o desenvolvimento de competências correspondentes ao perfil de enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (SMO) exigido quer pela Ordem do Enfermeiros (OE), quer pela *International Confederation of Midwives* (ICM). Este relatório pretende espelhar a (re)construção e aperfeiçoamento do perfil profissional, reconhecendo a pertinência de “... reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos (...) o impacto e os resultados das interacções e intervenções nos doentes, clientes e no público.” (CRAIG e SMYTH, 2003, p.10).

Assim, uma vez esclarecido o domínio de interesse e estabelecidos os objetivos, importa também explicitar a metodologia utilizada - metodologia de trabalho de projeto. Segundo Mateus (2011) a metodologia de trabalho de projeto é uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas, permitindo criar uma nova relação entre a teoria e a prática. Ao seguir este caminho, a construção do enquadramento teórico fornece a base para a discussão dos resultados obtidos na prática clínica, descrevendo-os, analisando-os e refletindo sobre eles e a sua implicação no aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem especializados.

Assim, a construção do corpo de conhecimentos subjacente ao estudo da maternidade tardia assenta na evidência científica recente obtida através da utilização dos pressupostos da metodologia de revisão sistemática da literatura, não podendo, contudo, ser descrita deste modo por não incluir a totalidade de produção científica existente. Consequentemente, a pesquisa foi realizada metodicamente e orientada pela seguinte questão: **“Quais os cuidados de**

enfermagem especializados promotores de bem-estar na mulher que vive uma maternidade tardia, nos períodos pré-natal e pós-natal?” Decompondo a questão de acordo com a terminologia PICo, identifica-se como população (P) a mulher que vive uma maternidade tardia, como fenómeno de interesse (I) os cuidados de enfermagem especializados, e como contexto (Co) apresentam-se os períodos pré e pós-natal, aos quais estarão associados os contextos da prática clínica de exercício profissional dos enfermeiros especialistas em SMO. No que concerne ao contexto pré-natal e suportado pela literatura de referência inclui-se também uma abordagem aos cuidados de enfermagem especializados em SMO de âmbito pré concecional.

Os artigos que suportam o enquadramento teórico e fundamentam a discussão apresentada neste trabalho são o resultado da conjugação de cinco momentos de pesquisa distintos. A definição dos critérios de inclusão e exclusão é, contudo, transversal aos diferentes momentos e foi fundamental para a seleção dos artigos a analisar. Assim, como critérios de inclusão definiu-se que os artigos teriam de: abordar questões relacionadas com maternidade após os 35 anos nos períodos pré concecional, gravídico ou puerperal; apresentar metodologia de investigação científica (quantitativa, qualitativa ou revisão sistemática da literatura), ser gratuitos; estar disponíveis em português, inglês ou espanhol. Em contraponto, artigos escritos em outras línguas, publicados antes de 2000, repetidos na pesquisa, sem texto integral disponível ou que exigissem pagamento definem os critérios de exclusão.

O primeiro momento inclui a pesquisa, orientada livremente, de monografias e periódicos científicos, na biblioteca da ESEL-polo Artur Ravara, no sentido de obter mais subsídios para a definição e contextualização da problemática em estudo. O segundo momento corresponde à pesquisa *on-line* através da plataforma *EBSCO-Host* com acesso às bases de dados científicas *MEDLINE with Full Text*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *MedicLatina*, utilizando os descritores de pesquisa que emergiram da pesquisa livre associados entre si, sendo eles: “*Late Motherhood*” OR “*Old Motherhood*” OR “*Pregnancy over age 35*” AND “*Nursing Care*” OR “*Midwif**”. Utilizando o operador booleano *AND* para associação entre maternidade tardia e cuidados de enfermagem não se obtiveram resultados, pelo que se optou por

manter apenas os descritores associados à maternidade tardia, obtendo, igualmente, escassos resultados após introdução dos limitadores de pesquisa (*Full Text* e período de 2000 a 2013), como mostra a tabela seguinte.

Plataforma EBSCO-Host:	N.º de resultados obtidos	N.º de resultados obtidos após limitadores	N.º de artigos selecionados	Artigos a analisar
" <i>Late Motherhood</i> "	9	2	1	2
" <i>Old Motherhood</i> "	1	1	0	
" <i>Pregnancy over age 35</i> "	7	1	1	

Tabela 1 – Pesquisa em Base de Dados Científicos Maio e Junho de 2013

Reconhecendo que os resultados obtidos eram francamente escassos foi realizada uma pesquisa, *on-line*, nos sítios das organizações nacionais e internacionais de referência - ACOG, APF, DGS, FIGO, ICM, OMS, OE, RCOG e SPOMMF, constituindo este o terceiro momento de pesquisa. A seleção dos artigos obtidos foi efetuada através da leitura dos títulos e resumo dos artigos, quando disponível, ou ainda do artigo na íntegra. Algumas organizações não disponibilizam artigos científicos de acesso livre, remetendo para bases de dados que implicam pagamento (*ScienceDirect*) ou acesso exclusivo a membros, o que motivou a sua exclusão. Este processo conduziu à seleção de seis artigos.

A necessidade de adiamento do ensino clínico (EC) Estágio com Relatório, por licença de maternidade, condicionou um afastamento temporal considerável entre a primeira pesquisa e a análise e discussão dos dados, razão pela qual foi efetuada uma nova pesquisa nas bases de dados científicos, recorrendo igualmente à plataforma *on-line* EBSCO-Host e às já referidas bases de dados. Nesta pesquisa foram utilizadas palavras-chave decorrentes da primeira pesquisa, nomeadamente *Advanced Maternal Age*, produzindo os resultados apresentados na tabela seguinte:

Plataforma EBSCO-Host:	N.º de resultados obtidos	N.º de resultados obtidos após limitadores	N.º de artigos selecionados	Artigos a analisar
"Late Motherhood"	11	2	1	8
"Advanced Maternal Age"	1728	68	5	
"Advanced Maternal Age" AND "Midwif*"	3	2	2	

Tabela 2 – Pesquisa em Base de Dados Científicos Janeiro de 2015

Após a entrega do relatório para admissão a discussão em provas públicas, o júri entendeu pedir a reformulação de alguns aspetos, sugerindo ainda a atualização da revisão da literatura. Da nova pesquisa realizada, recorrendo aos descritores já apresentados, obtiveram-se 12 artigos referentes ao ano de 2015, dos quais 10 foram excluídos após introdução dos limitadores de pesquisa e 1, igualmente excluído, por se encontrar totalmente em mandarim. Assim, apenas um artigo reunia os critérios de inclusão na revisão da literatura. Os resultados apresentados neste artigo corroboram os anteriormente analisados.

A relação bidirecional entre teoria e prática está na base da metodologia de trabalho de projeto, segundo Leite, Malpique e Santos (1989). A revisão da literatura realizada, contando com um total de dezassete artigos, permite sedimentar a discussão dos dados empíricos recolhidos, traduzindo assim a importância da estreita articulação entre teoria e prática, à semelhança do que defendem os autores referidos.

O fenómeno da maternidade tardia implica uma compreensão abrangente que se revelou transversal aos diferentes ensinamentos clínicos preconizados pelo plano de estudos do CMESMO. Nesse sentido, pretende aprofundar-se o conhecimento técnico e científico característico de cada contexto de cuidados, a par com a identificação dos cuidados de enfermagem especializados para a promoção do bem-estar das mulheres que vivem uma maternidade tardia. Assim, e com o intuito de confrontar os dados decorrentes da revisão da literatura realizada com os dados empíricos que emergiram da prática clínica,

bem como possibilitar uma reflexão crítica à medida que ia aprofundando conhecimentos sobre a temática, houve recurso a diferentes formas de registo de dados, tal como a elaboração de jornais de aprendizagem ou diários de interação. Estes diários consistiram na descrição das interações com as clientes, dos cuidados prestados, dos resultados obtidos, das emoções experienciadas – tanto das clientes, como as minhas – e da reflexão inicial, acrescidos, ainda, dos dados clínicos e sociodemográficos relevantes para a contextualização e compreensão de cada vivência individual. Cada relato escrito procurou ser o espelho do modo particular como cada mulher alvo dos meus cuidados vivia a experiência da maternidade tardia, em diferentes momentos da gravidez, do parto e do pós-parto. Estes diários não são apresentados em apêndice uma vez que estando repletos de reflexões pessoais e informações pessoais que, dado o carácter público deste relatório, poderiam permitir a identificação das clientes, contrariando assim a garantia de anonimato e confidencialidade que assegurei em cada interação.

Contribuíram ainda para este percurso tanto os momentos de partilha e reflexão com as enfermeiras responsáveis pela minha orientação nos diferentes locais de estágio, como as reuniões de passagem de turno que permitiram testemunhar os juízos críticos de outros enfermeiros especialistas em SMO, também peritos, sobre as diferentes situações de cuidados.

2.2 Considerações Éticas

Dado não ter havido lugar à efetiva colheita de dados das clientes cuidadas, e terem sido apenas mobilizados aspetos decorrentes das interações de cuidados, registados em documentos de carácter pessoal como os registos de interação e jornais de aprendizagem, não se tornou necessário submeter um pedido de parecer à comissão de ética do local onde decorreu o EC estágio com relatório. Ainda assim, foram, em todos os momentos do percurso aqui espelhado, respeitados os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermeiro (OE, 2003), nomeadamente o dever de sigilo e de respeito pela intimidade, tendo sido sempre o consentimento expresso das clientes abordadas.

O estudo desenvolvido foi possível graças ao contributo generoso das clientes cuidadas através da partilha das suas experiências, sentimentos e perspetivas individuais face à maternidade em idade avançada. Nesse sentido, todos os dados apresentados estão sujeitos a confidencialidade, razão pela qual não são revelados nomes, datas ou as organizações onde decorreram as interações que servem de motor para a articulação entre a teoria e a prática.

Posto isto, as páginas seguintes procuram traduzir o produto da articulação dos diversos recursos que contribuíram para uma melhor compreensão acerca do fenómeno da maternidade tardia, do desenvolvimento e aperfeiçoamento dos conhecimentos e habilidades técnicas, humanas e científicas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO e do contributo deste trabalho para a prática clínica especializada e baseada em evidência científica.

3. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA: ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO NA MATERNIDADE TARDIA

O nascimento do primeiro filho em mães de idade materna avançada é frequentemente entendido como uma escolha intencional de mulheres com educação superior, estatuto socioeconómico médio-alto, mais focadas na carreira e em conquistas individuais do que na maternidade (Mills *et al*, 2011; Guedes e Canavarro, 2014; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Mas será de facto assim? Na verdade, o estudo desenvolvido por Guedes e Canavarro (2014) mostra que este e outros estereótipos associados à maternidade tardia influenciam a sensação de bem-estar das mulheres e prejudicam a relação terapêutica com o profissional de saúde que as assiste. No mesmo sentido, Suplee, Dawley e Bloch (2007) concluíram que uma das principais atitudes do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (SMO) que cuida esta população deve ser evitar os rótulos tantas vezes repetidos, como “mãe-velha”, “mãe-avó” ou a ênfase exclusiva nos riscos associados à maternidade depois dos 35 anos em detrimento de uma visão verdadeiramente holística da experiência e das necessidades de cada mulher.

Ao estudar as características das mulheres primíparas portuguesas com mais de 35 anos, Guedes e Canavarro (2014) concluíram que este se trata de um grupo largamente heterogéneo, que inclui determinados subgrupos com exigências de cuidados distintos na promoção e proteção de uma maternidade segura, saudável e satisfatória para a mulher/casal que a vive. Ao longo dos vários EC pude testemunhar esta diversidade, tanto no que se refere às características sociodemográficas, como à história obstétrica.

Consciente das especificidades do grupo de mulheres e do fenómeno em análise, as páginas que se seguem dão corpo ao processo empírico e reflexivo sobre a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO nos períodos pré-concepcional, pré-natal e pós natal

3.1 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no Período Pré-Concepcional

A abordagem inicialmente prevista do cuidado de enfermagem especializado na maternidade tardia incidia em exclusivo sobre os períodos pré e pós-natal, porém na sequência da evidência científica recente disponível e da experiência obtida, em contexto dos diferentes EC, revelou-se pertinente abordar igualmente o período pré-concepcional que, pela sua especificidade, mereceu atenção particular num subcapítulo próprio.

Neste âmbito, e na perspetiva de futura enfermeira especialista em SMO, torna-se pertinente procurar entender quais as razões subjacentes ao adiamento da maternidade e se estarão as mulheres conscientes, ou não, dos riscos associados a esse adiamento. Embora já sobejamente discutidos os riscos inerentes à maternidade após os 35 anos da mulher, alguns estudos demonstraram que as mulheres adiam a maternidade como consequência do aumento da esperança média de vida, da utilização eficaz de contraceptivos, da modernidade das técnicas de PMA e da melhoria dos cuidados obstétricos, do desejo de obter educação superior e estabilidade laboral e da ausência de políticas sociais e económicas de apoio à parentalidade (Mills *et al.*, 2011; Bayrampour *et al.*, 2012). Embora Mills *et al.* (2011) enfatizem a ausência de apoios sociais, como prestações sociais, mais e melhores equipamentos de apoio à infância, redução do horário de trabalho, entre outras, este aspeto foi difusamente referido pelas mulheres que cuidei (*stressor* extrapessoal). Isto é, entre as razões apontadas para o adiamento da maternidade esta era apenas mais uma.

No mesmo sentido, Lampic *et al.* (2006) concluíram que a população entrevistada encara a parentalidade como um obstáculo à prossecução de objetivos de realização pessoal, como progressão na carreira e, muito embora conscientes do declínio da fecundidade da mulher, mantêm-se excessivamente otimistas face à probabilidade de conceção espontânea, pouco conscientes com o aumento franco da ocorrência de desfechos negativos da gravidez quando esta surge na quarta ou quinta décadas de vida. Assim, os mesmos autores reforçam a necessidade de incluir informação orientada para o

planeamento consciente da família em oposição ao foco exclusivo nas medidas de contraceção. No mesmo sentido, Tough *et al.* (2006) advoga a necessidade de consciencializar as mulheres ao longo da sua vigilância de saúde sobre os riscos do adiamento excessivo da maternidade, uma vez comprovada a desinformação acerca destes riscos entre as mulheres de idade avançada. A exceção à regra encontra-se nas mulheres que já haviam procurado ajuda em consultas de apoio à fertilidade (Tough *et al.*, 2006).

Ainda que, ao longo dos vários meses de estágio, não tenham sido frequentes as oportunidades de cuidar de mulheres de idade avançada em estadio pré-concepcional, uma das experiências destacou-se largamente (EC I). A Sra. A. de 43 anos de idade foi encaminhada à consulta de climatério por irregularidades menstruais onde, após doseamentos hormonais e outros meios complementares de diagnóstico, se confirmou a entrada no período perimenopausa. Mais interessante foi perceber, através do discurso explícito da cliente, que esta pretendia ter filhos algum dia, mas que até àquele momento nunca se tinha tornado prioritário. Acabei por não ter com ela nenhuma intervenção objetiva, já que o contacto aconteceu em contexto de consulta médica, mas facilitou um importante exercício de reflexão. Seria diferente se nas consultas de planeamento familiar, uma enfermeira ou um médico, a tivessem alertado para o declínio da fecundidade com o aumento da idade? Que opções poderiam ser oferecidas? Será pertinente falar apenas sobre técnicas de procriação medicamente assistida, ou há justificação para abordar a possibilidade de adoção ou de uma vida conjugal sem filhos? Impossível responder a estas questões por não ter sido possível conhecer aprofundadamente a cliente, e quais os *stressors* que agora afetam a sua harmonia e bem-estar. Ainda que se possam identificar a diminuição da fecundidade como um *stressor* intrapessoal, a identificação de outros de ordem inter e extrapessoal surgiriam apenas decorrentes de conjectura. Contudo, estou certa de que o acompanhamento por um enfermeiro especialista em SMO seria fundamental na gestão desses *stressors* e na definição de estratégias que visem o regresso a um estágio de bem-estar, bem como a consciencialização acerca dos desafios futuros e capacitação da cliente para os ultrapassar. As intervenções descritas constituem-se como ferramentas de fortalecimento das

LDF e LDN ajudando a cliente a reconstituir-se (prevenção secundária) e abrem caminho à prevenção de recidivas (prevenção terciária).

Com o intuito de promover decisões informadas no que concerne ao planeamento da família, Stern *et al.* (2013) levaram a cabo um estudo que pretendia compreender se a introdução de informação baseada no plano de reprodução (fecundidade desejada) de cada mulher, nas consultas de aconselhamento contraceptivo, melhoraria os seus conhecimentos acerca de reprodução e da suplementação antecipada com ácido fólico. Contudo, o estudo acabou por revelar-se pertinente em diversos âmbitos de prevenção primária. Isto é, ao capacitar as mulheres para a gestão e planeamento atempado das gravidezes que desejam ter e quando ter, ao mesmo tempo que se fornece informação sobre as taxas de fecundidade, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, realização de exames pré-concepcionais e início prévio da suplementação com ácido fólico, os resultados traduziram a redução de gravidezes indesejadas, a melhor gestão das patologias associadas e o aumento dos desfechos positivos das gravidezes alcançadas. (Stern *et al.*, 2013). Este processo permite capacitar as mulheres para compreenderem que aspetos reprodutivos podem controlar e os que estão fora do seu controlo. De igual forma, o fornecimento de informação antecipada torna as mulheres mais capazes de encarar as dificuldades e resolvê-las ou procurar ajuda especializada em tempo útil – fortalecimento da LDF, prevenção primária. (Stern *et al.*, 2013). Esta abordagem não tem intenção de evitar a maternidade em idade avançada, mas antes melhorar o conhecimento das mulheres no que respeita ao planeamento de gravidezes saudáveis e a deteção precoce de riscos e problemas de saúde. Em função da evidência científica pode modelar a informação fornecida às clientes cuidadas na consulta de Planeamento Familiar, em contexto comunitário, no entanto os seus resultados só poderiam ser avaliados anos mais tarde, o que exclui a sua possibilidade de análise neste relatório.

Embora haja consenso entre autores e profissionais sobre a importância da realização da consulta pré-concepcional, ela reveste-se de particular significado quando falamos da população feminina com mais de 35 anos e que pretende engravidar. Ainda assim, foram escassas as oportunidades experienciadas em

contexto de ensino clínico (EC). Durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO em contexto de CSP, numa USF da área metropolitana de Lisboa, pude realizar cerca de 45 consultas de Planeamento Familiar e em apenas uma cuidei de um casal que pretendia engravidar tendo recorrido à consulta para obter informação e realizar exames. Este casal, ambos de 31 anos, licenciados e com empregos que descreviam como estáveis estavam empenhados em engravidar e foi interessante perceber a perspetiva da cliente face a este evento da vida familiar ao dizer-me: “ Demorei 17 anos a tirar o curso que queria, um ano a planear o casamento, quase dois a pôr a casa ao meu gosto... um filho é mais importante que tudo isto e queremos fazê-lo do modo certo!” (sic). Ainda que não pertencentes ao grupo de idade materna avançada motivaram a reflexão sobre esta consulta. Desde logo a preocupação com a avaliação do seu estado de saúde e com a necessidade de deteção precoce de *stressors* intrapessoais com impacto no decurso da gravidez, mostram a disponibilidade para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, devendo ser encarada, pelo enfermeiro especialista em SMO, como uma oportunidade privilegiada de educação para a saúde (prevenção primária).

Embora esteja certa de que esta atitude devesse ser regra, comprovo na minha experiência profissional diária que o não é. Então o que falha? Estaremos demasiado formatados para responder às exigências profissionais e institucionais que acabamos por afastar os clientes das unidades de saúde, ou não teremos ainda tornado claro àqueles que nos procuram que para se alcançar uma gravidez saudável é necessária a devida preparação? Será a cultura organizacional demasiado exigente com o número de consultas realizadas e demasiado permissiva com a redução da sua qualidade? Ou haverá conhecimento deficiente dos profissionais face a esta temática? Estas e outras questões deveriam motivar a partilha de pontos de vista e a reflexão entre enfermeiros especialistas em SMO, mas também no seio da equipa multidisciplinar das diferentes instituições de saúde que prestam cuidados à mulher/casal/família. Assim, e com o intuito de promover, no seio da equipa multidisciplinar (ECIII – Cuidados de Saúde Primários), não só a aquisição de conhecimentos atualizados e pertinentes, decorrentes da revisão da literatura

realizada, mas também facilitar um espaço de reflexão e crescimento profissional, foi elaborada e apresentada uma sessão de formação em serviço subordinada ao tema e cujos diapositivos figuram em apêndice (Apêndice II).

Após tomada a decisão de engravidar, a mulher/casal deverá realizar uma consulta onde seja possível obter informação sobre fertilidade, ciclo menstrual; identificar, modificar ou eliminar fatores de risco que condicionem desfechos negativos da gravidez; informar e potenciar comportamentos e estilos de vida saudáveis; identificar problemas de saúde e terapêutica habitual capacitando para a deteção precoce de alterações na gravidez ou induzidas por esta; orientar para médico assistente no sentido de suspender, alterar ou adequar terapêutica e posologia e outras medidas que se revelem necessárias em função da especificidade de cada mulher/casal. Na perspetiva do enfermeiro especialista em SMO esta é uma consulta privilegiada para a promoção da saúde, identificação de *stressors* e conceção, planeamento, intervenção e avaliação de medidas que visem os três níveis de prevenção e o fortalecimento da cliente face aos desafios que se impõem. De facto, Suplee, Dawley e Bloch (2007) defendem que a disponibilidade e o cuidado antecipatório são elementos fundamentais do cuidado de enfermagem na maternidade tardia. No mesmo sentido, Carolan (2013) demonstra que as mulheres de idade (muito) avançada estão mais disponíveis para a mudança em favor de alcançarem uma gravidez saudável, porque a veem como a sua última oportunidade.

Posto isto, e reconhecendo que a mulher é o principal foco de atenção do enfermeiro especialista em SMO e que é para com ela a sua principal obrigação, é fundamental reunir esforços para a capacitação da mulher com mais de 35 anos para a tomada de decisão consciente e informada acerca da sua vida reprodutiva, sem aumentar a ansiedade e o medo decorrentes da possibilidade de um risco gravídico maior e da maior probabilidade de complicações maternas e fetais/neonatais (Al-Turki, Heija e Sibai, 2003; Byrom, 2004; Bayrampour *et al.*, 2012; Carolan, 2013; Laopaiboon *et al.*, 2014; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015).

A par do aumento da prevalência da maternidade tardia, os meios de comunicação social aumentam igualmente o seu interesse em divulgar este

fenômeno, sendo cada vez mais frequente assistir na televisão a reportagens dedicadas ao tema da maternidade tardia. Deste modo, deve o enfermeiro especialista reconhecer as oportunidades privilegiadas e os novos meios de comunicação que permitem melhorar o conhecimento do público acerca dos riscos do adiamento da maternidade, fomentando um planeamento familiar mais consciente (Tough *et al.*, 2006).

3.2 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no período Pré-Natal

No que respeita à análise do cuidado de enfermagem especializado no período pré-natal foram mobilizadas experiências relativas à vigilância de saúde da grávida com gravidez de baixo risco e em situação de risco materno-fetal, mas também as experiências de acompanhamento do trabalho de parto (TP) e parto. Neste sentido, como futura enfermeira especialista em SMO foi fundamental adquirir e desenvolver as competências científicas, humanas e técnicas necessárias para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal e também para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

Sendo certa a grande heterogeneidade do grupo de mulheres que experienciam a maternidade tardia (Byrom, 2004; Guedes e Canavarro, 2014) torna-se difícil a definição de normas e orientações que satisfaçam as necessidades de cuidados de todas as clientes. Do mesmo modo, parece claro que, se existem grávidas de idade avançada que apresentam múltiplos fatores de risco, complicações médicas variadas, prévias e/ou decorrentes da gravidez, outras há que vivem este período sem intercorrências. Assim, impõe-se a questão se será ou não pertinente classificar uma gravidez como de risco com base exclusivamente no critério da idade materna. De acordo com a evidência científica recente e reflexão sobre os dados empíricos da minha

prática clínica, acredito que não. Se mobilizarmos a escala de Goodwin modificada (determinação do risco gravídico) uma mulher nulípara com 35 anos, sem fatores de risco médicos ou obstétricos vê a sua gravidez classificada como de baixo risco (*score* 2). Porém, se a mulher for igualmente nulípara mas de idade igual ou superior a 40 anos, já é o suficiente para um acréscimo no nível de risco – médio (*score* 4). É fundamental que o enfermeiro especialista em SMO recorra a ferramentas apropriadas para a determinação do risco ao longo das diversas consultas de vigilância da gravidez, utilizando o resultado obtido quer como forma de tranquilizar a cliente, quer para capacitá-la para gerir eficazmente, e em parceria, os riscos existentes e/ou potenciais. Durante o EC III (Cuidados de Saúde Primários) pude realizar cerca de 40 consultas de vigilância da gravidez, contudo foram escassas as experiências com grávidas de idade avançada, ainda que a sua ocorrência seja cada vez mais frequente. Esta escassez pode relacionar-se com o encaminhamento para a vigilância de saúde em ambiente hospitalar, a decisão pessoal da grávida em ser acompanhada por obstetra particular ou ainda uma questão sazonal, isto é, sendo o estágio um período limitado e relativamente curto pode ter impossibilitado a obtenção de maior número de experiências. Ainda assim, uma das clientes grávidas que acompanhei, em contexto de cuidados de saúde primários (CSP), fazia a vigilância da gravidez entre a Unidade de Saúde Familiar (USF) e o hospital de referência para onde tinha sido encaminhada pelo médico de família por ter mais de 35 anos. Saudável, primeira gravidez e sem outros fatores de risco confessava que preferia ser acompanhada na USF pela relação que já tinha com os profissionais, do que ir à consulta no hospital. Num dos contactos que tivemos após questionada sobre como tinha corrido a consulta hospitalar disse-me: “Ai enfermeira a minha correu bem, mas eu venho de lá doente! Eu que me sinto tão bem, só vejo problemas à minha volta! Ainda por cima a consulta chama-se de alto risco e fico sempre com a sensação de que tenho algum problema e ninguém me diz...” (*sic*) Sorri e compreendi perfeitamente o que dizia. De facto, Suplee, Dawley e Bloch (2007) afloram a diferença entre o risco associado à gravidez em mulheres de idade avançada percebida pelos profissionais e pelas próprias. Esta diferença pode resultar, em algum momento, no confronto entre cliente e profissional de saúde. Por isso mesmo, cabe ao enfermeiro especialista procurar compreender as

motivações da cliente e aconselhá-la com base na evidência científica recente, abandonando estereótipos da maternidade tardia e evitando exercer uma relação de poder ou vantagem sobre a cliente.

Na mesma USF pude participar e orientar, em parceria com a enfermeira especialista em SMO responsável, algumas sessões do curso de preparação para o parto e parentalidade nas quais participava apenas uma grávida de idade avançada (41 anos), com hipertensão induzida pela gravidez, sem outros fatores de risco associados, como proteinúria, e vigiada por obstetra particular. Mãe de um rapaz de 15 anos, esta gravidez era fruto de um segundo relacionamento conjugal. Embora se mostrasse interessada pelos conteúdos abordados, mostrava sempre menor disponibilidade para os exercícios de simulação de respiração controlada, de relaxamento e dos esforços expulsivos. Percebi ao longo das semanas que o aparente menor interesse estava relacionado com a decisão de ter um parto por cesariana, já com data marcada e o acordo do seu obstetra. Percebendo também que não havia espaço para discussão de ideias, já que a anterior experiência de parto havia sido negativa, mostrei-me, de qualquer modo, disponível para a informar sobre algumas estratégias que poderiam melhorar a adaptação do RN à vida extrauterina e promover a vinculação mãe-bebê, mesmo no ambiente do bloco operatório. Ficou de marcar uma consulta ou aparecer num dos horários disponíveis para consulta programada, mas não o fez durante o meu período de estágio.

Ainda que os dados da literatura demonstrem que as grávidas de idade avançada apresentam maior probabilidade de requererem o parto por cesariana, ou que os próprios profissionais sugeriram esta via, a minha prática em ensino clínico, à parte deste exemplo isolado, não me permitiu a recolha de dados que confirmem ou refutem esta constatação (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Dudenhausen e Chervenak; 2010; Bayrampour *et al.*, 2012; Carolan, 2012; Laopaiboon *et al.*, 2014).

A idade materna avançada é, frequentemente, apontada como fator de risco, no entanto, o seu impacto isolado no desfecho da gravidez não é claro (Suplee, Dawley e Bloch, 2007). Na verdade, vários artigos apontam para as condições médicas inerentes à idade materna avançada como principal fator associado

aos desfechos negativos maternos e fetais/neonatais, já sobejamente descritos. (Tough *et al.*, 2006; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Carolan, 2013; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Tal como descrito anteriormente os dados da literatura evidenciam o risco acrescido de morte fetal entre as grávidas de idade avançada, no entanto, ao longo de todos os EC, não testemunhei nenhuma situação de morte fetal durante a gravidez ou em trabalho de parto neste grupo em particular. De facto, tanto Huang *et al.* (2008), como Carolan (2013) alertam que, apesar do risco acrescido de morte fetal entre as mulheres de idade avançada, este é um evento relativamente raro. Em oposição, a ocorrência de aneuploidias e cromossomopatias parece ser significativamente mais frequente. No entanto, a interpretação das clientes face a este acontecimento é diverso e, como tal, requer de cuidados de enfermagem especializados diferentes. Uma das primeiras situações de cuidados com que me deparei teve lugar no EC I (Ginecologia) onde cuidei de uma cliente de 41 anos de idade, com história de infertilidade primária, submetida a procriação medicamente assistida e que por idade avançada havia sido referenciada a um centro de diagnóstico pré-natal. Após amniocentese, foi confirmado cariotipo fetal compatível com trissomia 21 e após aconselhamento e apoio psicológico o casal optou por interromper a gravidez. A utente teve alta no mesmo turno em que a conheci pelo que acabei por não poder aprofundar o impacto desta experiência no seu projeto de maternidade, que apoio e de que estratégias dispunha para lidar com a perda e o luto e que recursos hospitalares e/ou comunitários poderia mobilizar se precisasse. Não sei se havia recorrido à consulta de apoio à fertilidade de uma organização pública, mas no momento em que a conheci já havia ultrapassado o limite de idade para novo tratamento, o que poderia, aparentemente, condicionar um sentimento de fracasso e impotência, sendo estes dois fatores dois *stressors* de impacto negativo na estabilidade do seu sistema, afetando claramente as LDF e LDN e, se não corretamente acompanhada com possibilidade de afeção severa do *core*. Nesse período, o projeto que deu lugar a este relatório estava ainda num estadio embrionário e confesso que também procurei não impor a minha presença, já que eu própria me encontrava grávida de quase 30 semanas. Ainda que tal não me tenha sido manifestado, posso compreender o incómodo que significa a presença de uma grávida, quando se acabou de interromper

uma gravidez desejada. Se por um lado estava certa de que poderia providenciar apoio e algum conforto face à situação vivida, a possibilidade de agravar o sentimento de tristeza em sequência do meu estado levou-me a limitar o contacto. Confesso que, à data, me foi também difícil gerir esta ambivalência entre cuidar e poder provocar dano, ou não cuidar e evitar o agravamento do sentimento de tristeza. O facto de trabalharmos em equipa possibilita que, perante situações como esta, se transfira a responsabilidade do cuidado para uma colega mais apta naquele momento. Ainda assim, a situação foi motivadora de reflexão, individual e em conjunto com a enfermeira orientadora, não só sobre as dimensões da maternidade, como sobre a imposição social/pessoal do filho perfeito.

Alguns meses mais tarde, já no EC IV (Medicina Materno-Fetal), cuidei de uma cliente de 43 anos de idade, mãe de 3 filhos, que havia engravidado espontaneamente, mas sem planear. Gravidez gemelar de 18 semanas + 3 dias, com rastreio bioquímico e ecografia suspeitos, fez amniocentese que revelou cariotipo do 1º feto compatível com Trissomia 21 e cariotipo do 2º feto compatível com Trissomia 18. Foi submetida a Interrupção Médica da Gravidez (IMG) e acompanhei-a durante esse processo. Apesar de ter a sensação de já ter alcançado a fecundidade pretendida com os três filhos, referiu-me que tinha aceiteado esta gravidez e que se sentia muito feliz, tal como o marido. Após esse sentimento inicial concluiu: “Sabe, é como se tivesse a chave premiada do euromilhões, mas não tivesse registado o boletim! Primeiro senti uma felicidade imensa e depois foi tudo por água abaixo! Qual é a probabilidade, na minha idade, de engravidar de gémeos e os dois terem problemas...graves?!” (*sic*). Ainda que a dúvida da cliente fosse legítima, e provavelmente mais expressiva da sua revolta do que de uma questão efetiva, a sua situação é a tradução da probabilidade acrescida de gravidez múltipla e de cromossomopatias em mulheres de idade avançada (Byrom, 2004; Heffner, 2004; Tough *et al.*, 2006; Carolan, 2013) Naquele momento, para além de toda a agressão física, associada a interrupção da gravidez, que interfere na sensação de bem-estar, a dificuldade em atribuir significado a este evento na sua vida constituíam-se como importantes *stressors* de impacto negativo. Contudo, aquele não era o momento devido para intervir diretamente, mas sim estar presente, controlar a

dor e o desconforto físico, prestar apoio emocional, planejar o acompanhamento seguinte e mobilizar os recursos institucionais para a poder ajudar a restabelecer o equilíbrio e a fortalecer as linhas de defesa, iniciando o processo de luto e amenizando a tristeza (prevenção secundária).

Ainda que estes dois exemplos configurem a decisão de interromper a gravidez em função dos resultados dos exames complementares de diagnóstico, a decisão pode nem sempre ser esta. A Sra. F. de 37 anos de idade, primigesta, que foi internada no serviço de medicina materno-fetal para indução do trabalho de parto (ITP) – por idade gestacional prolongada – disse-me, enquanto colhia os dados relativos à história gravidez atual: “Não quis fazer amniocentese porque não iria interromper a gravidez mesmo que o meu filho tivesse síndrome de Down e as ecografias que fiz não mostraram nada de preocupante e não queria arriscar perder um filho tão desejado!” (*sic*). Os estudos e especialistas defendem que o aconselhamento feito aos casais com mães de idade materna avançada deve ser personalizado e não em função do resultado obtido no rastreio bioquímico ou outros exames. (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; O’Connor, Doris e Skirton, 2014) Isto é, por exemplo, perante o resultado de um rastreio em que a probabilidade do feto ter trissomia 21 é de 1/1000, é maior o risco de perderem um bebé “normal” como consequência de um procedimento invasivo como a amniocentese, do que o risco de terem um bebé com síndrome de Down. É, neste sentido, que o papel do enfermeiro especialista em SMO se assume como preponderante, ao informar objetivamente sobre os riscos e benefícios de determinada intervenção/exame/decisão (prevenção primária) facilitando, desta forma, a opção dos casais, oferecendo igualmente informação escrita, a possibilidade de uma consulta próxima para permitir a análise e discussão, sem forçar a uma resposta imediata. Alguns dos estudos analisados por Suplee, Dawley e Bloch (2007) referem a dificuldade das mães se vincularem aos seus bebés até terem a certeza de que estes não sofrem de cromossomopatia, defeitos do tubo neural, ou outras malformações congénitas graves. Ao longo das várias semanas de EC não me confrontei com qualquer situação que fosse ao encontro do descrito, no entanto considero pertinente que ao aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno e as implicações da maternidade tardia o

enfermeiro especialista em SMO seja competente na mobilização destes saberes para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de elevada qualidade científica, humana e técnica. Isto é, detentor dos conhecimentos o enfermeiro especialista deve ser capaz de identificar este como um possível *stressor* que afete a estabilidade da cliente-sistema que se propõe cuidar, em particular em contexto de consulta de DPN.

Guedes e Canavarro (2014) defendem que ao longo da vigilância da gravidez de mulheres de idade avançada e, em particular no aconselhamento realizado, os profissionais de saúde sejam capazes de informar sobre os riscos inerentes sem, com isso, aumentarem a ansiedade materna/do casal. Existe uma diferença, por vezes importante, entre o risco gravídico percebido pelas clientes e pelos profissionais, como referido em vários dos estudos mobilizados na revisão da literatura (Tough *et al.*, 2006; Bayrampour *et al.*, 2012; Guedes e Canavarro, 2014). Tough *et al.* (2006) advertem que esta diferença pode e deve ser minimizada pelos profissionais recorrendo a estratégias diferentes de acordo com o período a que nos referimos (pré-concepcional, pré-natal ou pós-natal) e a individualidade de cada mulher/casal.

O EC IV (Medicina Materno-Fetal), dedicado à aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de cuidado de enfermagem especializado à mulher/casal, no período pré-natal, em situação de risco materno-fetal, decorreu no SMMF de uma maternidade em Lisboa. Por se tratar de um centro de referência nacional e internacional para o diagnóstico pré-natal, assistência e tratamento materno-infantil possibilitou a vivências de inúmeras experiências relacionadas com as complicações associadas à maternidade tardia. Tendo cuidado de cerca de 100 grávidas em situação de risco, das quais a maioria não integrava o intervalo de idade em análise, abordam-se apenas algumas situações específicas com interesse para a discussão dos resultados. Uma das situações que despertou particular atenção e motivou a reflexão crítica foi a de uma cliente de 41 anos, saudável, formação académica superior (arquiteta), casada, com IO:0101, com gravidez gemelar resultante de fertilização *in vitro* (FIV), internada às 21 semanas + 2 dias por ameaça de aborto na sequência de incompetência cervical e protusão da bolsa amniótica do primeiro feto, diagnosticada durante a realização da ecografia morfológica. Sob repouso

absoluto há cerca de duas semanas quando a conheci mantinha-se muito otimista o que me levou a congratulá-la por cumprir afincadamente o repouso e as indicações dos profissionais, ao que a cliente me respondeu: “Enfermeira, este é apenas o primeiro sacrifício que estou a fazer pelos meus filhos, mas ao longo da nossa vida virão outros!” (*sic*) Marcou-me a sua perspetiva a longo prazo, mesmo ainda não tendo atingido o limiar da viabilidade fetal. Apesar de toda a evolução científica existente, esta cliente não podia beneficiar de outras intervenções como a colocação de pessário ou a realização de *cerclage* já que havia ocorrido protusão da bolsa amniótica até à vagina, e apesar do seu envolvimento individual e dos profissionais o aborto tardio de ambos os fetos acabou por ocorrer, antes das 24 semanas. Tive conhecimento do desfecho já depois de ter ocorrido o que não me permitiu estar com a cliente durante este processo, podendo contudo conjecturar o impacto que este acontecimento terá tido. Acredito ser fundamental uma intervenção articulada entre enfermeiro especialista, obstetra, psicólogo e família de modo a permitir o luto e oferecer, em tempo oportuno, hipóteses de escolha face ao desejo mantido ou reformulado de aumentar a família. Esta articulação interdisciplinar e multiprofissional vai de encontro ao preconizado por Betty Neuman na defesa do melhor interesse da cliente cuidada.

A ocorrência de parto prematuro é uma das complicações possíveis da maternidade tardia e como tal a ameaça de parto pré-termo (APPT) é um dos principais diagnósticos de admissão de clientes no SMMF onde estagiei. Também algumas patologias da gravidez como a Pré-Eclâmpsia, Colestase Gravídica, a RCF ou outras podem condicionar partos prematuros. No sentido de preparar as mães/casais para a possibilidade de virem a ter um bebé prematuro e facilitar a vinculação a um filho que provavelmente não corresponde ao idealizado pelos pais, assim como tentar reduzir o medo do desconhecido as enfermeiras do SMMF onde estagiei promoviam visitas terapêuticas destes casais às unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais. Em cada unidade, explicavam o seu funcionamento, mostravam como é um RN com a idade gestacional e peso aproximado daquele que é expectável que venham a ter, esclarecem as dúvidas e, com empatia, preparam estes casais para a parentalidade prematura. Este é um exemplo de

excelência de prática clínica, dinamizado por uma enfermeira especialista e que configura o que preconizam Suplee, Dawley e Bloch (2007) como cuidados antecipatórios essenciais na maternidade tardia. Para além da APPT, muitas outras condições clínicas interferem no normal decurso da gravidez, como as doenças autoimunes, trombofilias, nefropatias e outras. Muitas das clientes cuidadas, neste contexto de EC, sofriam das patologias enunciadas, o que exigiu o aprofundamento dos conhecimentos específicos sobre a doença e sobre os mecanismos através dos quais influenciam ou são influenciados pela gravidez. Acredito que, enquanto futura enfermeira especialista, o exercício profissional e o confronto diário com situações novas continuarão a motivar esta procura por saber mais e fazer melhor, em defesa do cuidado de enfermagem especializado de excelência.

No que concerne ao trabalho de parto e parto os dados da revisão da literatura suportam a maior prevalência de distócias, justificando a maior incidência de partos instrumentados e cesarianas (Al-Turki, Abu-Heijja e Al-Sibai, 2003; Dudenhausen e Chervenak; 2010; Bayrampour *et al.*, 2012; Carolan, 2012; Laopaiboon *et al.*, 2014). Numa grande maternidade pública de Lisboa, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) contabilizou em 2014 cerca de 3500 partos, dos quais aproximadamente um terço ocorreu em mulheres com idade ≥ 35 anos. Desses 1129 partos, 633 foram distócicos (63%) entre os quais 408 cesarianas (41%), como tal, a parcela mais expressiva. Ao longo das 18 semanas em que decorreu o EC Estágio com Relatório, numa grande maternidade da área metropolitana de Lisboa, tive oportunidade de realizar 45 partos eutócicos, de entre os quais 14 foram experiências de maternidade tardia (parturientes com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos).

As mulheres que experienciaram dificuldades ou complicações para alcançarem a conceção ou ao longo da gravidez podem sentir-se mais vulneráveis e menos capazes de experienciarem um parto normal. Por esta razão, a preparação prévia e o apoio permanente da enfermeira especialista ao longo do TP revela-se fundamental (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; O'Connor, Doris e Skirton, 2014). Neste sentido, e de acordo com o preconizado por Betty Neuman, o desenvolvimento de intervenções que fortaleçam antecipadamente as LDF e LDN em função de um evento que se prevê como *stressor* para a

cliente-sistema, como é o parto, possibilita minimizar a sua agressão e restabelecer mais rapidamente o equilíbrio. Reconhecendo, então, o parto como um *stressor* intrapessoal de ordem física, mas também psicológica, considero que o curso de preparação para o parto e nascimento em que pude participar e orientar algumas sessões se constituiu como um instrumento privilegiado para dotar as mulheres cuidadas de ferramentas para a gestão deste evento na sua vida, e torná-lo o mais satisfatório possível. De igual modo, tanto ao longo das consultas de vigilância da gravidez, como no serviço de medicina materno-fetal e na sala de partos pude apoiar as grávidas que cuidei a explicitarem para si mesmas e para os profissionais como pretendiam que fosse o seu parto, isto é, ajudei-as a elaborar o seu plano de parto.

Ao longo deste EC (Estágio com Relatório) procurei ativamente aceder ao modo individual como cada parturiente de idade avançada vivia a sua experiência de TP e parto, que expectativa tinha e como podia apoiá-la nesse percurso. Conhecer as suas expectativas, os seus medos e os seus planos ajudou a estar mais próxima do que pretendiam estas mulheres, procurando favorecer uma experiência de parto positiva. Esta avaliação inicial é, como mostram Suplee, Dawley e Bloch (2007) o primeiro passo para poder individualizar o cuidado de enfermagem especializado. Estar presente, desmistificar ideias pré-concebidas, informar antecipadamente do que é expectável que aconteça, oferecer possibilidade de escolha, capacitar para essa tomada de decisão, respeitar o desejo da parturiente ou promover um ambiente seguro e acolhedor são exemplos das intervenções, distribuídas pelos três níveis de prevenção, que implementei, de modo a possibilitar às parturientes um sentimento de harmonia consigo mesmas, com o acompanhante e com o seu bebé (feto ou RN). Estas intervenções vêm ao encontro do preconizado por vários autores que defendem a importância da prestação de cuidados e orientações antecipatórias promovendo a tomada de decisão segura e informada, devolvendo o sentimento de controlo sobre si e sobre o seu estado de saúde e ainda capacitando para a resposta às exigências da maternidade ainda antes de confrontadas com o problema (Tough *et al.*, 2006; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Gudes e Canavarro, 2014; O'Connor, Doris e Skirton, 2014). Considero, também, que as orientações

conjuntas da Ordem do Enfermeiros e da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012), sob o título “Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada”, bem como o exercício de análise e reflexão crítica permanente ajudaram a nortear a minha prática clínica e a aperfeiçoar as habilidades humanas, técnicas e científicas necessárias à assunção do papel de enfermeira especialista.

Bayrampour *et al.* (2012) concluíram que as grávidas de idade avançada acreditam que a sua idade torna os seus filhos mais vulneráveis e com o intuito de prevenir qualquer tipo de dano ou complicação as suas decisões no TP são feitas em função da segurança do feto e até a decisão antecipada de ter um parto por cesariana. A preferência pela cesariana aumenta em correlação com o aumento da ansiedade materna, com a maior ocorrência de complicações ao longo da gravidez e menos se a grávida de idade avançada é já multípara (Dudenhausem e Chervenak; 2010; Bayrampour *et al.*, 2012; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Segundo a revisão da literatura realizada embora esteja descrita a redução da capacidade contrátil do miométrio com o aumento da idade materna e que este facto pode contribuir para o aumento das taxas de cesarianas entre as mulheres de idade avançada, o seu aumento parece estar mais diretamente relacionado com características de estatuto social pelo qual as primigestas deste grupo requerem a realização de uma cesariana, procurando profissionais e instituições que respondam à sua exigência (Byrom, 2004; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Bayrampour *et al.*, 2012). Por ter realizado o EC Estágio com relatório numa instituição pública este motivo não é tão evidente como descrito na literatura. No caso de nulíparas que experienciaram abortos ou mortes fetais anteriores o parto por cesariana, eletiva com data e hora marcada, parece ser a via de parto mais segura (Bayrampour *et al.*, 2012). De facto, os dados facultados pela MAC referentes ao ano de 2014 mostram que todas as grávidas de idade muito avançada (≥ 45 anos) foram submetidas a cesariana (cinco clientes). Dos partos que acompanhei em mulheres de idade avançada apenas cinco eram nulíparas.

O estudo conduzido por O'Connor, Skirton e Doris (2014) revela a grande disparidade no cuidado prestado às mulheres que experienciam uma maternidade tardia, mostrando como, de entre as participantes, muitas referem

ter recebido cuidados deficitários, isto é, tanto falta de informação, como aconselhamento inconsistente e contraditório. Apesar do empenho e profissionalismo demonstrados e valorizados pelas clientes inquiridas, estas reforçam a influência negativa de ocupações excessivas e elevada exigência de cuidados, com tradução nos cuidados deficitários que receberam. Ainda que este estudo não tenha sido realizado em Portugal, acredito que é expressivo do sentimento de muitas grávidas, parturientes e puérperas portuguesas face aos inadequados *ratios* enfermeiro-cliente neste país. Enquanto estudante não tenho esta experiência já que beneficiando de *ratios* mais adequados, mas igualmente promotores do desenvolvimento da capacidade de estabelecimento de prioridades e aperfeiçoamento do juízo crítico face às situações de cuidados, pude disponibilizar mais tempo para estar com as clientes cuidadas e compreender em maior profundidade o significado individual da sua experiência de maternidade tardia. No que concerne ao manejo do TP, considero que parte do sucesso dos partos realizados se deveu à disponibilidade e presença oportuna, ao incentivo à adoção de posições facilitadoras da progressão do TP, à promoção da interação da díade conjugal, à transmissão de segurança e conforto que pude oferecer. Porém os resultados obtidos, pela sua dimensão do grupo em análise, não permitem generalização.

Embora a população portuguesa seja, tradicionalmente, cumpridora das indicações dos profissionais de saúde, esperando até que sejam estes a orientar sobre as decisões a tomar, o acesso facilitado a outras fontes de informação, como a *internet*, e uma cultura institucional pouco habituada a discutir com os clientes as opções terapêuticas pode gerar algum debate. Embora vivamos tempos de mudança, ainda é pouco frequente cuidar mulheres/casais que afirmem os seus desejos e exijam o respeito pelo seu direito à decisão. No mesmo sentido, Suplee, Dawley e Bloch (2007) referem a possibilidade de conflito entre mães e profissionais de saúde, quando os cuidados que estes propõem em defesa do desfecho positivo da gravidez colidem com os planos e desejos da mãe. O facto do estudo de Suplee, Dawley e Bloch (2007) ter sido realizado no Reino Unido pode justificar um certo afastamento face à realidade portuguesa predominante. Recordo apenas uma situação em que a cliente recusou a intervenção médica. Tratava-se de uma

cliente de 38 anos primigesta, com 39s de gestação internada por rutura prematura de membranas, que recusou a colocação de acesso venoso periférico e o início de ocitocina em perfusão. A médica que a internou aceitou não intervir de imediato, mas “ameaçou” com todas as potenciais complicações para mãe e feto/RN da rutura prolongada de membranas e da ausência ou da ineficácia da contratilidade uterina. Fiquei responsável por acompanhá-la durante TP e, depois de negociar com a cliente e equipa médica, interrompi a monitorização cardiotocográfica (CTG) – categoria I da ACOG, com contratilidade uterina irregular de média amplitude, dolorosa (dor: *stressor* intrapessoal de ordem física) – levei-a ao duche, instituindo a hidroterapia como medida não farmacológica de alívio da dor e promoção do conforto, após o que pôde tomar o pequeno-almoço e retomar a monitorização fetal, tendo estas medidas constituído uma intervenção de prevenção secundária, fortalecendo as LDF e LDN. Apoiei-a, posteriormente, na deambulação, realização de básculas pélvicas em pé e na bola de parto, passadas mais de 4 h após a rutura das membranas e face à contratilidade uterina esporádica e a não progressão do TP, foi negociado o início de perfusão de ocitocina com a qual a utente concordou. O TP progrediu e no final do turno da manhã a dilatação estava completa e apesar dos esforços expulsivos maternos bem dirigidos e a adoção de diferentes posições supinas o parto eutócico não foi possível por assinclitismo do feto, tendo resultado na necessidade de aplicação de ventosa. Permaneci com a cliente ao longo do parto e após o nascimento da bebé F. promovi o contacto pele a pele precoce e ainda que o pai não tivesse assistido porque o parto ocorreu no bloco operatório (BO), foi a mãe quem cortou o cordão umbilical como desejava. Depois de ter regressado ao quarto e enquanto a apoiava na amamentação, referiu-me a satisfação que sentia em ter tido um parto vaginal, em me ter empenhado em defender os seus desejos e ainda que o pai não pudesse ter estado presente não se sentiu sozinha porque a relação que estabelecemos permitiu-lhe sentir segurança pela minha presença. Estou certa de que diminuindo a ansiedade associada ao confronto entre cliente e profissional (*stressor* interpessoal), procurar respeitar as suas crenças e desejos, negociando com recurso a argumentos válidos o estabelecimento de medidas mais interventivas na gestão do TP facilitei a progressão deste e um desfecho mais positivo. Mesmo não tendo resultado

num parto eutócico, a cliente expressava o sentimento de autorrealização e competência que facilitará o processo de vinculação e de desenvolvimento das competências parentais.

Outro dos partos que acompanhei e cuja complexidade justifica a sua descrição foi a experiência da Sra. T., 35 anos, primigesta, IG: 36semanas + 1 dia, com antecedentes pessoais múltiplos: obesidade mórbida (IMC=40 kg/m²), fumadora, com asma e enfisema pulmonar, patologia da tiroide não esclarecida, depressão e diabetes gestacional controlada com insulina. Acompanhei-a em fase ativa do TP, com monitorização cardio-fetal interna por dificuldade em obter um traçado passível de interpretação por monitorização externa. Já com dilatação completa e com dor controlada (administrada analgesia epidural, dose perineal) apresentava dificuldade em realizar esforços expulsivos eficazes por reduzida *compliance* pulmonar, embora sob oxigenoterapia por cânulas nasais (não tolerava máscara). Estava acompanhada pela irmã que se revelou um importante recurso, pois era perita em reforçar positivamente os esforços desenvolvidos e a par com a adoção de diferentes posições favorecedoras da descida da apresentação fetal (em pé, cócoras e de lado) realizei o parto ao fim de mais de 1 hora de investimento comum. Confesso que, em alguns momentos, duvidei que fosse possível e a equipa médica preparava-se para avançar para cesariana por ter, alegadamente, más condições para parto vaginal instrumentado. Nasceu a bebé B. com 1930g, IA:7;8;9 assistida de imediato pela enfermeira e médico neonatologista e transferida para a unidade de cuidados intensivos por depressão respiratória e necessidade de ventilação assistida. Neste caso clínico, foi evidente a associação entre a maternidade tardia, as comorbilidades intrínsecas e o impacto desfavorável no parto e no feto/RN, como parto pré-termo, com muito baixo peso ao nascer, IA baixo; necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos, tal como referido por vários autores (Al-Turki, Abu-Heija e Al-Sibai, 2003; Tough *et al.*, 2006; Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Laopaiboon *et al.*, 2014; Almeida, Almeida e Pedreira, 2015). Apesar do aparente mau prognóstico deste TP a adoção das referidas estratégias, a minha disponibilidade e investimento bem como a mobilização da irmã da parturiente como recurso constituíram-se como intervenções de

fortalecimento da LDF e LDN que acabaram por possibilitar à Sra. T. um parto eutócico, com a redução das complicações puerperais inerentes quando comparado com uma cesariana.

A decisão sobre o local do parto ainda não é um assunto largamente discutido entre as grávidas portuguesas, sendo mais ou menos assumido que será em ambiente hospitalar por ausência ou limitação de outras opções. Contudo, importa mencionar que Suplee, Dawley e Bloch (2007) refletem sobre a decisão do parto no domicílio entre as grávidas de idade avançada e reforçam a importância de avaliar todos os fatores de risco e não exclusivamente a idade. Estes autores descrevem ainda a necessidade de mostrar flexibilidade para compreender que o facto de ocorrerem complicações não justifica a crítica face à decisão inicial. Isto é, em qualquer TP podem ocorrer complicações associadas ou não à idade materna avançada, não devendo portanto esta ser uma limitação imposta aos casais que o pretendem. Esta é uma realidade marcadamente britânica (onde foi conduzido o referido estudo) não estando ainda muito próximo da realidade portuguesa ou daquela que conheci ao longo dos EC realizados.

Reconhecendo a exigência de articular todas as dimensões física, psicológica, espiritual e cultural com os conhecimentos teóricos, em defesa dos melhores resultados possíveis para as atuais e futuras clientes, seja em contexto de vigilância pré-natal ou do TP, estou certa de que é dever do enfermeiro especialista em SMO aperfeiçoar continuamente a sua prática. Assim, e ainda que a maioria das mães de idade avançada – grávidas, parturientes ou puérperas – tenham educação superior e procurem saber (muito) mais sobre a sua gravidez, parto e pós-parto, enquanto futura enfermeira especialista é necessário estar consciente de que, igualmente, precisam de suporte, informação e disponibilidade para tomarem decisões esclarecidas durante todo este percurso/transição, tal como advogam Suplee, Dawley e Bloch (2007).

3.3 O Cuidado de Enfermagem Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia no Período Pós-Natal

Muitas mulheres de idade avançada experienciaram dificuldades em conceber espontaneamente, ou sofreram complicações ao longo da gravidez o que pode suscitar dúvidas sobre a sua capacidade em assumir o papel de mãe (Suplee, Dawley e Bloch, 2007; Guedes e Canavarro, 2014). Foram frequentes as mulheres que, ao longo dos diferentes EC, afirmaram estas suas dúvidas: “E se depois em casa não for capaz de perceber o que ele precisa?” (*sic*), “A enfermeira chega aqui e consegue logo resolver o problema, eu demoro tanto tempo só para conseguir sair da cama, como é que vou cuidar dela sozinha?!” (*sic*), “Ela nasceu tão pequenina, ainda por cima aqui dentro da incubadora... tenho sempre a sensação que não estou a fazer nada bem!” (*sic*) “Porque é que não consigo amamentar sem problema como aquela mãe?” (*sic*). À semelhança de Neuman (2011) que defende o cuidado holístico centrado na cliente, também Suplee, Dawley e Bloch (2007) dissertam sobre a forma de personalizar o cuidado, defendendo que o primeiro passo implica aceder ao modo individual como cada mulher vive este momento e só depois avançar para o planeamento, em parceria, dos cuidados pertinentes.

A posição privilegiada de estudante possibilita, para além do estabelecimento da relação terapêutica fundamental para a prestação de cuidados, aceder em maior profundidade à experiência de cada mãe, despender mais tempo para estar com, ouvir sem pressas, enquanto como profissional sinto que esse tempo nem sempre me é dado, resultado da imposição das instituições e dos quadros dirigentes em reduzir as equipas.

Ainda que a gravidez tenha sido vivida com maior ou menor ansiedade, o período pós-parto é caracterizado pela confrontação entre a idealização ao longo dos últimos meses e a realidade experienciada (Tough *et al.*, 2006; Guedes e Canavarro, 2014). As mães idealizam não só o seu bebé (bebé imaginário), como o seu próprio comportamento enquanto mães e ainda a alteração ou não da sua rotina diária. Em verdade, o choque entre a expectativa e a realidade resulta inúmeras vezes num *stressor* intrapessoal importante, a ansiedade (Guedes e Canavarro, 2014). Neste sentido, Guedes e

Canavarro (2014), propõem desconstruir antecipadamente as expectativas irrealistas, e propor estratégias de negociação entre os elementos do casal orientada para a resolução de problemas. Refletindo esta realidade, uma das clientes que cuidei tinha 45 anos de idade, era primípara, advogada de profissão e cujo parto tinha ocorrido às 35 semanas por RPPM. Durante o internamento no puerpério (RN internada na unidade de cuidados intermédios) utilizava o computador frequentemente e aborrecia-se facilmente com o ruído do quarto (*stressor* extrapessoal). Quando a abordei, logo às primeiras palavras começou a chorar e depois de alguns momentos disse-me: “Só era suposto ser mãe daqui a um mês, tenho este relatório para entregar até amanhã e nem o consigo fazer, nem consigo estar com a minha filha! Estou farta!” (*sic*) Este relato é exemplo da dificuldade em gerir o desenvolvimento e exercício das competências parentais com as obrigações profissionais que, de acordo com Mills *et al.* (2011) e Guedes e Canavarro (2014), é causa importante de ansiedade e *stress* entre as mães trabalhadoras de idade avançada. É difícil eliminar o *stressor* extrapessoal do ambiente ruidoso do quarto, mas pudemos gerir as atividades em função da dinâmica inerente ao serviço lidando eficazmente com o *stressor* intrapessoal ansiedade. Assim, em conjunto definimos que se concentraria no trabalho profissional antes do almoço e no final da tarde após o fim da hora da visita, que fazia a estimulação da lactação com recurso a bomba de extração elétrica durante o período em que estivesse com a filha na UCIN, aproveitando para o fazer durante as horas de visita alargada, quando o quarto se torna mais ruidoso, procurando responder a todas as tarefas que anteriormente pareciam impossíveis de conjugar. Este apoio na definição de prioridades e reorganização do calendário de tarefas possibilitou o reforço das LDF e LDN, facilitando o regresso a um estado de maior harmonia do sistema, constituindo-se como uma intervenção de prevenção secundária, mas também terciária uma vez que facilitou a organização de estratégias de prevenção de recidivas.

Embora tanto a minha experiência profissional e a experiência decorrente dos vários EC, como a opinião da maioria dos colegas enfermeiros do serviço de puerpério aponte para níveis mais elevados de ansiedade nas mães de idade avançada, os dados da revisão da literatura não o confirmam. Os estudos

conduzidos por Byrom (2004), Bayrampour *et al.* (2012) e Guedes e Canavarro (2014) revelam não haver diferenças significativas na ansiedade sentida entre as mães de idade avançada e as mães pertencentes aos grupos de controlo (idade <35 anos). Uma das hipóteses para esta diferença pode estar no facto de os dados analisados resultarem de autoavaliação justificando, eventualmente, resultados diferentes se estes fossem colhidos através de observação externa.

Importa também tentar compreender se parte da ansiedade sentida não é potenciada pelos profissionais, uma vez que ao longo dos diferentes EC pude testemunhar a incongruência de informação fornecida, tanto no mesmo contexto de prestação de cuidados, como em contextos distintos, bem como a falta de continuidade nos cuidados especialmente na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, e a ausência de um *ratio* enfermeiro-cliente adequado. De facto, muitas das clientes cuidadas manifestaram: “A sua colega da manhã não me disse isso!”; “No hospital ensinaram-me que devia desinfetar o cordão umbilical e você agora diz que não é preciso!”; “Precisava que uma enfermeira visse se estava a amamentar bem, mas nunca tinham tempo!” (*sic*). Estes são apenas alguns exemplos que testemunhei diariamente e que se multiplicam largamente, dando corpo ao descrito na literatura e patente nos estudos de Suplee, Dawley e Bloch (2007) e de O’Connor, Doris e Skirton (2014). Na tentativa de melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, reconhecendo o papel do enfermeiro especialista em SMO na defesa dos cuidados de excelência, elaborei registos no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) por este configurar um veículo privilegiado de fluxo bidirecional de informação.

Ao contrário das gerações precedentes que, pertencentes a famílias numerosas, facilitavam às mulheres a aprendizagem do papel maternal desde tenra idade, as gerações de recém-mães foram criadas em famílias com, em média, dois filhos, habitualmente longe da família alargada por influência dos fluxos migratórios internos. Todas estas alterações da dinâmica familiar conduziram a uma necessidade imperiosa de aprendizagem não só de conhecimentos, como competências no exato momento em que se veem confrontadas com a necessidade de prestar cuidados. Preenchendo esta

lacuna o enfermeiro, e em particular o enfermeiro especialista em SMO, é responsável por cuidar a mulher inserida na sua família e comunidade potenciando a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste sentido, importa igualmente reconhecer que o ajustamento materno ocorre, segundo Lowdermilk e Perry (2006), em 3 fases cada uma delas caracterizada por necessidades e comportamentos específicos. Se a primeira fase, designada por fase de incorporação ou de comportamento dependente, se prolonga por cerca de 24 a 48 horas após o parto e é este o tempo médio que dura o internamento hospitalar, é essencial que o enfermeiro especialista em SMO seja competente na definição de estratégias que permitam capacitar a puérpera. Deve, do mesmo modo, compreender que a sua cliente poderá estar ainda muito centrada nas suas necessidades e pouco disponível para desenvolver novas competências. No mesmo sentido, Suplee, Dawley e Bloch (2007) demonstram a necessidade de criar estratégias, infraestruturas e recursos comunitários que permitam responder, após a alta hospitalar, às necessidades individuais de cada cliente/família. De facto, esta foi uma preocupação central ao longo da minha prestação de cuidados no período pós-parto.

A diversidade de posicionamentos face à maternidade é imensa, por isso também as estratégias que facilitam o ajustamento materno e a transição saudável para o novo papel o são. Perceber, desde logo, se a cliente tem ou idealizou algum plano de ação ou, ainda, se possui rede de suporte familiar ou social, constituiu-se como uma intervenção de primeira linha. Na ausência de planeamento prévio, oferecer ajuda para tornar claras as prioridades e reunir estratégias de resposta aos desafios foi bem aceite pela maioria das clientes. Na verdade, uma das clientes acabou por constatar “Achava que tinha preparado tudo, o quarto, a mala, o curso de preparação para o parto, mas agora que a M. nasceu, não fazia ideia a quem pedir ajuda se precisasse!” (*sic*). Assim, as sugestões oferecidas, com vista a reforçar a capacidade de lidar com os *stressors* induzidos por este período (ansiedade, privação do sono, anemia, informação incongruente, entre outros) foram personalizadas e

resultantes da análise, em parceria, das condições específicas de cada cliente/família cuidada.

Por outro lado, tal como demonstrado tanto por Suplee, Dawley e Bloch (2007), como por O'Connor, Doris e Skirton (2014), fornecer informação escrita, sobre os temas centrais como a prestação de cuidados ao RN, as consultas de vigilância ou contactos de urgência, fortalece o sentimento de segurança e de competência no desempenho do papel parental, e como tal constitui-se como uma intervenção de prevenção primária, à luz do modelo de Betty Neuman. Este exemplo reflete isso mesmo: “Ainda bem que me deu esse papel com tudo escrito, porque acho que daqui a pouco não me ia lembrar de metade!” (*sic*), referiu uma puérpera depois de lhe ter entreguei o folheto “Chegou a hora de ir para casa, e agora?” e de a ter orientado sobre a sua vigilância de saúde e do RN, exames pós-alta, burocracias e outros afazeres inerentes ao período em análise. Outra mãe referia que “Dava jeito ter um gravador para gravar tudo o que me está a dizer, assim não tinha que estar sempre a chamar para perguntar coisas...” (*sic*), na sequência de um momento de educação para a saúde sobre amamentação, posicionamentos e sinais de fome/boa pega do RN.

Ao longo do EC II (Puerpério), tive oportunidade de elaborar um estudo de caso, graças à colaboração generosa de uma mãe de idade avançada. Nele foi possível aprofundar as dimensões clínica, física, psicológica e social e ainda refletir sobre o papel do enfermeiro especialista no cuidado à mulher que experiencia a maternidade tardia. O estudo de caso elaborado permitiu não só evidenciar o trabalho realizado em função de uma situação particular, permitindo aprofundar tanto os *stressors* que afetam o sistema, como as intervenções delineadas e os resultados obtidos, como operacionalizar o modelo teórico subjacente a este relatório de estágio e também a esse estudo de caso. Contudo, ainda que o estudo de caso traduza mais fluidamente a articulação de todos estes fatores em função da prestação de cuidados de enfermagem especializados, em contraponto à necessidade de condensar em poucas linhas a experiência de vários meses de prática clínica, ele não é apresentado em apêndice por conter informação passível de identificar a família cuidada e as instituições de saúde.

Outra das medidas implementadas ao longo da prestação de cuidados à mulher/ família/ RN no período pós-parto foi a realização de um telefonema entre três a sete dias após a alta hospitalar, às mães de idade avançada a quem prestei cuidados durante o EC II, que foi aceite com agrado e que contribuiu para consolidar o empoderamento das clientes na assunção do seu novo papel. Se a algumas mães o telefonema serviu apenas para saber como estavam, a outras permitiu esclarecer dúvidas, capacitar no processo de amamentação e até orientar para os serviços de saúde com vista à identificação e tratamento precoce de complicações, como por exemplo agravamento de icterícia do RN, ducto bloqueado *versus* mastite. De acordo com a Teoria dos Sistemas de Neuman, esta intervenção pôde constituir-se como de prevenção primária ou secundária de acordo o carácter potencial ou efetivo dos *stressors* identificados em cada situação particular, uma vez que permitia providenciar antecipadamente estratégias de gestão do *stressor*, ou em caso de já ter ocorrido agressão à harmonia da cliente estratégias de retorno à estabilidade.

O facto de o telefonema ser acordado com as clientes, e surgir na sequência da minha prestação de cuidados enquanto estudante do CMESMO fez com que as puérperas de idade avançada reconhecessem nele um recurso válido. De facto algumas clientes manifestaram: “Estava mesmo à espera do seu telefonema, tenho aqui algumas perguntas que preciso esclarecer!” (*sic*) ou “Sem o seu telefonema ou a visita cá casa era como se tivesse saído do hospital sem rede de segurança!” (*sic*). Embora o telefonema após a alta tenha sido uma intervenção exclusiva durante o EC II, a visita domiciliária foi comum ao EC II (Puerpério) e III (Cuidados de Saúde Primários) potenciando a intervenção especializada no ambiente próprio da família. Tanto Suplee, Dawley e Bloch (2007), como O’Connor, Doris e Skirton (2014) reconhecem a importância de dinamizar diferentes formas de apoio, como as atrás enunciadas, mas também a criação de grupos de apoio onde para além do suporte profissional, as mulheres sintam que podem partilhar a sua experiência com outras com quem se identificam o que comprovadamente reduz a incidência de isolamento e depressão.

Suplee, Dawley e Bloch (2007) descrevem um sentimento inerente à experiência da maternidade tardia que designam por “geração sanduíche”, isto é, ao mesmo tempo que se vêm confrontadas com o ajustamento ao papel maternal e o desenvolvimento das competências necessárias para os cuidados ao recém-nascido (RN), têm pais envelhecidos com condições de saúde/doença que necessitam de assistência extra em casa. Ao longo das semanas de estágio, nos diferentes contextos nenhuma cliente verbalizou sentir-se parte desta dicotomia. Pelo contrário, muitas contavam ainda com pais ativos e (relativamente) saudáveis que reconheciam como figuras de suporte neste período pós-parto.

Em traços gerais, ao longo das várias semanas de estágio pude cuidar bem mais de 100 puérperas, desenvolvendo com elas intervenções pertinentes para o seu estado de ajustamento ao papel maternal, potenciando o regresso a um estado de saúde física, psicológica e emocional, procurando potenciar a sensação de conforto na nova dinâmica familiar. Assim, foi prestado apoio no autocuidado, na capacitação para a deteção precoce de desvios à normalidade na involução puerperal, promoção e apoio efetivo na aleitamento materno e alimentação do RN, educação para a saúde sobre os cuidados ao RN e prevenção de acidentes, promoção da saúde mental no pós-parto, inclusão do pai como alvo de cuidados e parceiro privilegiado na relação de cuidar entre outras atividades entendidas, à data, como necessárias.

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O trabalho aqui apresentado foi condicionado por variadas especificidades, de entre as quais, algumas constituem limitações que importa explicitar. Desde logo a revisão da literatura conta com artigos resultantes de pesquisas distintas, num período de tempo alargado, resultando na análise de artigos com variáveis e metodologias de investigação distintas. Por outro lado, a maioria dos estudos pertence a ciências diferentes da enfermagem e, como tal, o foco de atenção é apenas aproximado dos focos de atenção da ciência e prática clínica em enfermagem. Esta diversidade pode ter dificultado a relação entre os dados dos diferentes artigos mobilizados.

Ainda no que respeita à pesquisa e seleção de artigos é de destacar a diversidade de termos e conceitos relacionados com a maternidade tardia, bem como as diferentes possibilidades de tradução o que pode ter, igualmente influenciando os resultados obtidos nas bases de dados científicas. De igual modo, os artigos não são mobilizados equitativamente ao longo deste relatório, mas sim, de acordo com a pertinência que apresentam para a reflexão sobre os dados empíricos obtidos através prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO, ao longo dos diferentes EC. De igual modo, os critérios de exclusão definidos condicionaram o afastamento de artigos com potencial interesse para a discussão dos resultados empíricos, como a necessidade de pagamento ou a sua apresentação em línguas que não domino.

Também a heterogeneidade do grupo de mulheres a viver uma experiência de maternidade tardia, influencia quer os resultados, quer a discussão apresentada. Isto porque, de acordo com a revisão da literatura realizada, parece haver diferença entre as mulheres que vivem a maternidade em idade avançada pela primeira vez, ou nas seguintes. Contudo, face ao período limitado de tempo inerente aos EC não se revelou pertinente, à data, excluir

qualquer das oportunidades de aprendizagem com vista à homogeneização da amostra de participantes que contribuíram para a reflexão aqui apresentada.

Toda a reflexão apresentada é profundamente individual, traduzindo uma jornada pessoal, profissional e académica única e como tal irrepetível, sendo provável que, perante os mesmos artigos, mas com experiências clínicas diferentes, o resultado fosse outro e, apenas por isso, diferente. Por outro lado, os dados empíricos recolhidos resultam da minha prestação de cuidados enquanto estudante do CMESMO numa grande maternidade da área metropolitana de Lisboa, influenciando claramente a discussão e confrontação entre a evidência científica e a prática.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A oportunidade de cuidar mulheres de idade avançada em diferentes fases do seu ciclo reprodutivo, desde as que buscaram alcançar a gravidez, às que a vivem com mais ou menos complicações, ou ainda às que me permitiram acompanhar o seu parto e às que se deparavam com a necessidade de desenvolver competências maternas após o nascimento dos seus filhos, possibilitou a aquisição de conhecimentos únicos e essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados a esta população particular.

O presente trabalho suscitou algumas inquietações e, como tal, oportunidades para o aprofundamento do conhecimento científico justificando, assim, a necessidade de realização de outros trabalhos de investigação com recurso a diferentes metodologias. Acredito ser pertinente conhecer a realidade do país no que respeita ao fenómeno da maternidade tardia, não só face às complicações da gravidez e aos desfechos materno-fetais e neonatais destas, mas também às características individuais e sociodemográficas da população em análise. À semelhança do estudo desenvolvido por O'Connor, Doris e Skirton (2014), seria particularmente importante compreender que cuidado de enfermagem especializado em SMO é oferecido a esta população no nosso país, e que necessidades sentiram ao longo da sua vigilância de saúde, podendo este conhecimento proporcionar ou justificar ajustes nos programas de vigilância de saúde da grávida, nos critérios de referenciação aos centros de diagnóstico pré-natal ou nas soluções e estratégias apresentadas no acompanhamento pós-parto, entre outros contextos. Este é, de facto, um fenómeno preponderante para a prática de cuidados de enfermagem especializados em SMO e fértil no que respeita à necessidade de investigação qualitativa, quantitativa e desenvolvimento de projetos inovadores.

A aquisição de conhecimentos e a reflexão efetuadas permitiram reconhecer que, mais importante do que continuar a comparar grávidas, parturientes e puérperas jovens e de idade avançada, interessa compreender que

necessidade de cuidados apresenta cada grupo em particular e que contributo pode o enfermeiro especialista em SMO ter na vivência harmoniosa deste período. Mais do que dividir as clientes por faixa etária, importa compreender e mobilizar oportunamente, na prática clínica diária, a influência que o critério idade tem nos desfechos materno-fetais e neonatais de uma gravidez em idade avançada. Do mesmo modo, é pertinente que o profissional de saúde, e em particular o enfermeiro especialista em SMO, seja competente no reconhecimento não só dos fatores de risco associados à gravidez em idade materna avançada, mas também nos *stressors* de variada ordem que afetam a estabilidade do cliente-sistema e sobre os quais pode interferir positivamente, em defesa do melhor interesse daqueles que cuida. Como tal, mais do que procurar cuidados padrão, o enfermeiro especialista em SMO, na posse do conhecimento científico atualizado, deverá pautar a sua intervenção pela capacidade de ajustar o cuidado oferecido às especificidades de cada mulher (*tailoring care*).

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE; 2011) este é responsável por facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na sua área de especialidade e ainda, promover e suportar a prática clínica em investigação, aspeto que encontra eco na sessão de formação em serviço apresentada no apêndice II, que obteve não só grande aceitação da equipa multidisciplinar presente, como fomentou um privilegiado momento de debate. Assim, é minha intenção dar continuidade à partilha do conhecimento adquirido e das competências desenvolvidas, elaborando e apresentando outras sessões de formação em serviço na unidade onde exerço atualmente funções. Acredito igualmente que a partilha deste percurso reflexivo através da sua apresentação pública, ou da redação e publicação de um artigo num periódico científico, poderá contribuir para a divulgação de conhecimento científico atualizado e fomentar a prática baseada em evidência.

O aprofundamento do conhecimento acerca da Maternidade Tardia e dos cuidados de enfermagem especializados poderá constituir-se também como um veículo para reivindicar o desenvolvimento de políticas de saúde promotoras do efetivo planeamento da família, através de decisões melhor informadas sobre como e quando ter filhos. Conhecidas as razões que levam

ao adiamento da maternidade importa igualmente refletir sobre as medidas existentes (ou ausentes) de proteção à maternidade, que facilitem a conjugação da atividade laboral com o papel maternal sem agudizar sentimentos de incompetência ou causar angústia em ambos os domínios. Neste ponto, ao afigurar-se como um profissional de referência, o enfermeiro especialista em SMO pode, e deve, dar voz às necessidades específicas da sua população-alvo numa perspetiva micro – no seu local de exercício profissional, e numa perspetiva macro – junto dos organismos decisores e legislativos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos vários meses que durou o (per)curso que culmina com a elaboração deste relatório, tornou-se claro, através da revisão da literatura e da prestação de cuidados de enfermagem especializados, que as mulheres que experienciam a maternidade em idade avançada exigem cuidados que satisfaçam as suas necessidades físicas, emocionais e sociais particulares, numa abordagem verdadeiramente holística.

A evidência científica recente demonstra ainda que, apesar da marcada heterogeneidade da população de idade materna avançada, estas clientes possuem, em regra, um nível de educação superior, elevado estatuto socioeconómico e diversos tipos de união conjugal – uma vez que a conceção pode ocorrer tardiamente num projeto conjugal antigo e sólido, ou tardiamente por demora na construção da díade conjugal e portanto num projeto familiar recente. Esta diversidade socioeconómica foi evidente ao longo das várias semanas de ensino clínico, nos diferentes contextos de prestação de cuidados. A maternidade tardia surge, muitas vezes, associada a problemas de fertilidade, podendo estes ser, ao mesmo tempo, causa e/ou consequência deste fenómeno. Isto é, causa-se devido a problemas de fertilidade os casais só conseguem alcançar a conceção por via de procriação medicamente assistida, após os 35 anos de idade materna, e consequência-se o adiamento da maternidade para o final da idade reprodutiva acarretou condições clínicas de diminuição da fecundidade.

No que diz respeito à análise e reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados em SMO considero que os resultados alcançados excederam largamente as metas previstas. Desde logo, a expectativa de que identificaria cuidados específicos para as mulheres de idade avançada, como se fossem exclusivos desta população, não se confirmou. Isto porque pude concluir que, em contraponto, o mais importante é adequar os cuidados às reais necessidades das clientes, empatizando com as dificuldades e desafios que

lhes são impostos, empoderando para a tomada de decisão consciente e informada ao longo de toda a jornada inerente à experiência da maternidade tardia. Este trabalho implicou, assim, a aquisição de conhecimentos e o aperfeiçoamento das competências comuns e específicas conducentes ao título e perfil de enfermeiro especialista em SMO.

Foram diversos e complexos os domínios de atuação desde o processo de transição para a parentalidade, aos processos de desenvolvimento fetal, à patologia médica e obstétrica, ao decurso do trabalho de parto e parto, à proteção e promoção das competências de autocuidado e cuidados ao recém-nascido e, ainda, à identificação precoce de complicações e desvios à normalidade. Todos estes domínios exigiram perícia na conceção, planeamento, coordenação, implementação e avaliação de intervenções de prevenção primária, secundária e terciária para resposta às necessidades individuais de cada mãe de idade avançada.

Compreender que a decisão de adiar a maternidade é marcada, na maioria das vezes, pela hierarquização dos objetivos profissionais, pessoais e familiares, sem que os casais estejam suficientemente elucidados sobre os riscos e consequências deste adiamento, sustenta a pertinência dos cuidados de enfermagem especializados e a importância de adequar a informação fornecida nas consultas de planeamento familiar em função da fecundidade desejada pela mulher/casal. No mesmo sentido, os estudos demonstram que as mulheres com mais de 35 anos reconhecem um papel menos central da maternidade nas suas vidas do que a mães mais jovens, porém isso não condiciona menor envolvimento.

No que respeita aos cuidados pré-natais às mulheres grávidas de idade avançada ficou patente a necessidade de abolir os rótulos como “mãe-velha”, “mãe-avó” e até maternidade tardia do discurso e do pensamento dos profissionais, uma vez que estes condicionam o modo como são prestados os cuidados e incutem nas clientes sentimentos de doença e de incapacidade face à gravidez, parto e papel maternal. Assim, mais do que o critério da idade materna, a abordagem deverá ser conduzida em função dos riscos potenciais e

declarados, do estado de saúde/doença, da cultura e também dos desejos e expectativas de cada cliente em particular.

A falta de continuidade dos cuidados e a incongruência na informação fornecida pelos diferentes profissionais foram dois aspetos amplamente descritos na literatura que pude confirmar durante a prestação de cuidados especializados nos diferentes contextos e, igualmente, referidos pelas clientes, facto que deve constituir-se como foco de atenção do enfermeiro especialista em SMO.

Ao fazer emergir estas fragilidades, em especial face aos cuidados de enfermagem, e aprofundando o conhecimento científico, poderei facilitar a mudança de atitudes no sentido de minimizar ou colmatar as falhas apresentadas. Baseada nesta convicção, propus-me, ao longo do percurso, colaborar no aprofundamento e melhoria dos conhecimentos das equipas que me acolheram e partilharam a sua experiência comigo, através da reflexão em conjunto e da organização de sessões formação em serviço, tal como apresentado no Apêndice II.

Se, em defesa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, o enfermeiro especialista desenvolve a capacidade de prover cuidados individualizados e personalizados, de elevada competência técnica, humana e científica, numa abordagem holística, revela-se fundamental a realização de mais investigação. Importa, na minha opinião, seguir diferentes metodologias, pois se por um lado a abordagem qualitativa permitirá aceder ao modo único como cada mulher experiencia a maternidade tardia, descrevendo o fenómeno, os sentimentos associados, as necessidades sentidas, entre outros aspetos, por outro a metodologia quantitativa permitirá verificar e extrapolar os dados obtidos, favorecendo a definição de linhas orientadoras para o cuidado de enfermagem especializado. No mesmo sentido, revelou-se transversal aos diferentes estudos mobilizados a necessidade de desenvolver mais investigação com enfoque na maternidade tardia e em particular sobre as intervenções que possam eficazmente reduzir o impacto da idade materna avançada nos desfechos da gravidez. De igual forma, a prática clínica ao longo dos ensinosa

clínicos realizados reforça esta necessidade. As múltiplas abordagens dos estudos mobilizados e a indiferenciação entre a experiência de nulíparas e múltiparas justifica o aprofundamento do conhecimento formatando grupos ou subgrupos mais homogêneos que legitimem a aparente diferença nos desfechos da gravidez em função da paridade.

Na sequência de tudo o que foi apresentado, acredito que estou hoje em posse das habilidades técnicas, científicas e humanas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO, assumindo o papel de enfermeira especialista em SMO, e particularmente sensível a todas as questões relacionadas com a maternidade tardia e, portanto, competente para a identificação e definição de estratégias em parceria com as clientes cuidadas com vista à promoção de gravidezes saudáveis e desfechos positivos. Assim, e já muito próxima do final deste percurso, acredito que não se é especialista apenas no dia em que se recebe a validação das competências adquiridas, mas sim todos os dias em que se mobiliza o conhecimento adquirido na melhoria dos cuidados de enfermagem e na oferta à(o) cliente de um cuidado diferenciado e especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A., André, I. e Lalanda, P. (2002) Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. *Análise Social*. XXXVII (163) 267-409.

Almeida, NK; Almeida, RM e Pedreira, CE (2015) Resultados perinatais adversos em mulheres com idade materna avançada: estudo transversal com nascimentos brasileiros. *Jornal de Pediatria*. 91:493-8. DOI:10.1016/j.jped.2014.12.002

Al-Turki, H.A.; Abu-Heija, A.T. e Al-Sibai M.H. (2003) The outcome of pregnancy in elderly primigravidas. *Saudi Med journal* 24 (11): 1230-1233. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14647559>

American College of Obstetricians and Gynecologists (2008) Age-Related Fertility Decline. Acedido em 13-07-2013. Disponível em: <http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Gynecologic%20Practice/co413.pdf?dmc=1&ts=20130725T1205580066>

Bayrampour, H.; Heaman, M.; Duncan, K. A.; Tough, S. (2012) Comparison of Perception of Pregnancy Risk of Nulliparous Women of Advanced Maternal Age and Younger Age. *Journal of Midwifery & Women's Health* Vol. 57, n.º 5, 445-453. DOI: 10.1111/j1542-2011.2012.00188.x

Benzies, K. M. (2008) Advanced Maternal Age: Are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks? *Canadian Medical Association Journal* 178(2) 183-184. DOI: 10.1503/cmaj.071577

Bunting, L. e Boivin, J. (2008) Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*. 23 N.º 8. 1858-1864. DOI: 10.093/humanrep/den168.

Byrom, A. (2004) Advanced Maternal Age: A Literature Review. *British Journal of Midwifery* 12, n.º12 779-783. DOI: 10.12968/bjom.2004.12.12.17181

Canavarro, M.C. (2001) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto

Carolan, M. (2013) Maternal Age \geq 45years and maternal and perinatal outcomes: A Review of Evidence. *Midwifery*, n.º 29 479-489. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.001.

Correia, M.J. (1998) Sobre a maternidade. *Análise psicológica*. 3 (XVI); 365-371.

Craig, J.V., Smyth, R. L. (2003). *Prática baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Dudenhause, J. e Chervenak, F. (2010) Late Motherhood and Cesarean Delivery. *Journal of Perinatal Medicine*. 8(6). 569-570. DOI: 10.1515/JPM.2010.111.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (2ª ed. Loures: Lusociência.

Gomes, A.G.; Donelli, T.M.S.; Piccinini, C.A.; Lopes, R.C.S. (2008) Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Intervenção Psicológica*. 12(1). 99-106.

Graça, L.M. (2005) *Medicina Materno-Fetal* (3ªed) Lisboa: Lidel.

Guedes, M. e Canavarro, M. C. (2014) Characteristics of Primiparous Women of Advanced Maternal Age and their Partners: A homogeneous or Heterogeneous Group? *Birth* 41, 1 46-55. DOI: 10.1111/birt.12089

Heffner, L. (2004) Advanced Maternal Age – How old is too old? *The New England Journal of Medicine*. 4, 351. 1927-1929. DOI: 10.1056/NEJMp048087.

Huang, L.; Sauve, R.; Birkett, N.; Fergusson, D. e van Walraven, C. (2008) Maternal Age and Risk of Stillbirth: A Systematic Review. *Canadian Medical Association Journal* 178(2). 165-172. DOI: 10.1503/cmaj.070150.

International Confederation of Midwive (2002). *Essential Competencies for Basic Midwives Practice*. Laan van Meerdervoort. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>

Instituto Nacional de Estatística (2010) Informação à Comunicação Social a propósito do Dia da Mulher. Acedido em: 20-05-2013. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=84993203&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2013) Estatísticas Demográficas 2011. Acedido em 20-05-2013. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1

Lampic, C., Svanberg, A.S., Karlstörn, P. e Tydén, T. (2006) Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. 21, n.º2. 558-564. DOI: 10.1093/humrep/dei367.

Laopaiboon, M.; Lumbiganon, P., Intarut, N.; Mori, R.; Ganchimeg, T.; Vogel, JP.; Souza, JP e Gülmezoglu, AM, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014) Advanced Maternal Age and Pregnancy Outcomes: A multicountry assessment. *British journal of Obstetricians and Gynecologists*, 121 (1), 49-56. DOI:10.1111/1471-0528.12659

Ledger, W. e Cheong, Y. Reproductive aging. *Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Scientific Paper n.º24* Acedido em 13-07-2013. Disponível em: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/SIP_No_24.pdf

Leite, E., Malpique, M., Santos, M. R. (1989). *Trabalho de Projecto 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas*. Porto: Edições Afrontamentos. Acedido a 13-07-2013. Disponível em http://www.apena.rcts.pt/aproximar/monumentos/apoio/PDF1/trab_projecto1.pdf

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2006) *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.) Loures: Lusociencia.

Maluf, V. e Kahhale, E. (2010) *Mulher, Trabalho e Maternidade: Uma visão contemporânea*. *Polêmica* (Revista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). 9, n.º3. 143-160.

Mateus, M. N.E. (2011) *Metodologia de trabalho de projecto: nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais*. *EDUSER: revista de educação*. 3(2). Acedido em 13-07-2013. Disponível em: <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/viewFile/76/50>

Mills, M., Rindfuss, R.R., Mcdonald, P. e Velde, E. (2011) *Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives*. *Human Reproduction Update*. 17,n.º6. 848-860. DOI: 10.1093/humupd/dmr026.

Neuman, B. e Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model* (5ªed.) s.l.: Pearson.

O'Connor, A.; Doris, F. e Skirton, H. (2014) *Midwifery Care in the UK for Older Mothers*. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 568-577. DOI:10.12968/bjom.2014.22.8.568

Ordem dos Enfermeiros (2003) *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações de Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pearson, A. e Vaughan, B. (1992) *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea d) do artigo 30.º, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. 8648-8653.

Regulamento n.127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Nos termos alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. 8662-8666.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2011) Reproductive Ageing

Stern, J. Larsson, M. Kristiansson, P. e Tydén, T. (2013) Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. Human Reproduction 0 n.º0. 1-12. DOI: 10.093/humrep/det279.

Suplee, P. D.; Dawley, K. e Bloch, J.R. (2007) Tailoring Peripartum Nursing Care for Women of Advanced Maternal Age. Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing Vol. 36, 616-623. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00197.x

The Joanna Briggs Institute (2011) Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 Edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>

Tough, S.; Benzies, K.; Newburn-Cook, C.; Tofflemire, K.; Fraser-Lee, N.; Faber, A. e Sauve, R. (2006) What Do Women Know About the Risks of Delayed Childbearing? Canadian Journal of Public Health 97 (4) 330-334. Disponível em: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/742/742>

Netgrafia – sítios na internet consultados

www.acog.org

www.ine.pt

www.apecobstetras.org/

www.rcog.org.uk

www.apf.pt

www.spommf.pt

www.figo.org

www.who.com

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo dos Artigos da Revisão da Literatura

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Almeida, NK; Almeida, RM e Pedreira, CE (2015) Adverse Perinatal outcomes for advanced maternal age: a cross-sectional study of Brazilian births. <i>Jornal de Pediatria.</i> 91:493-8 DOI:10.1016/j.jped.2014.12.002</p>	<p>Investigar a ocorrência de desfechos perinatais adversos em mulheres com idade ≥ 41 anos, em comparação com os obtidos em mulheres com idade compreendida entre 21-34.</p>	<p>Estudo Transversal; Metodologia Quantitativa; Analisada as características da gravidez e neonatais no grupo alvo (≥ 41anos) e no de controlo (20-34 anos).</p>	<p>Grupo Alvo (≥ 41 anos): 180.203 participantes; Grupo de controlo (20-34 anos): 8.207.745 participantes.</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
		<p>O estudo desenvolvido demonstrou que as mulheres com idade ≥ 41 anos apresentam maior risco de desfechos perinatais adversos, como: parto prematuro, baixo peso ao nascer, pior adapção à vida extra uterina (índice de Apgar inferior ao 1' e 5'), mas também macrossomia e maior risco de asfixia neonatal.</p> <p>O estudo demonstrou ainda que estes resultados podem ser mitigados ou mesmo eliminados em função da idade gestacional, da paridade da mulher e especialmente do seu nível de educação, deixando de parte a influência dos cuidados de saúde na obtenção de melhores desfechos materno-fetais e neonatais.</p>	

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p data-bbox="233 909 515 987">Al-Turki, H.; Abu-Heija, A.; Al-Sibai, M.</p> <p data-bbox="225 1037 523 1317">The outcome of pregnancy in elderly primigravidas.(2003). Saudi Med J 2003; Vol. 24 (11)</p>	<p data-bbox="547 322 805 958">Investigar o(s) efeito(s) da idade materna avançada (35 anos ou mais) no desfecho da gravidez em mulheres nulíparas e comparar as complicações identificadas com o grupo de mulheres grávidas entre os 20 e 34 anos.</p>	<p data-bbox="828 322 1086 857">Análise retrospectiva, através da consulta dos processos clínicos de 2517 primíparas assistidas no Hospital King Fahd, Arábia Saudita</p>	<p data-bbox="1109 322 1367 607">Grupo A: 1950 mulheres com idade compreendida entre 20 e 34 anos.</p> <p data-bbox="1109 645 1367 835">Grupo B: 205 mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p data-bbox="828 1090 1367 1223">O grupo B apresentou menor incidência de parto normal e foram mais frequentemente submetidas a cesariana do que as mulheres pertencentes ao grupo A.</p> <p data-bbox="828 1261 1367 1393">Os RN filhos de mães pertencentes ao grupo B têm peso mais baixo ao nascer do que os filhos de mães pertencentes ao grupo A.</p> <p data-bbox="828 1440 1367 1675">O estudo parece demonstrar que as mulheres grávidas com 35 anos ou mais têm maior risco de complicações ao longo da gravidez e parto, relacionado com patologias prévias ou da própria gravidez, mais sujeitas a parto por cesariana, parto prematuro e RN com baixo peso ao nascer.</p> <p data-bbox="828 1722 1367 1912">Assim, sugere que este grupo (grávidas com mais de 35 anos) em particular deve ser adequadamente dos riscos e complicações expectáveis no decurso da gravidez e desfecho desta.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Bayrampour, H.; Heaman, M.; Duncan, K. A.; Tough, S. (2012) Comparison of Perception of Pregnancy Risk of Nulliparous Women of Advanced Maternal Age and Younger Age. Journal of Midwifery & Women's Health Vol. 57, n.º 5, 445-453. DOI: 10.1111/j1542-2011.2012.00188.</p> <p style="text-align: center;">x</p>	<p>Comparar a percepção de risco associado à gravidez entre as mulheres grávidas de idade avançada e as mais jovens e compreender a relação entre a percepção dos riscos e variáveis pré-determinadas.</p>	<p>Estudo comparativo. Questionário distribuído entre Dezembro de 2009 e Janeiro de 2011</p>	<p>Amostra constituída por 159 mulheres grávidas, nulíparas; Grupo-alvo: 54 mulheres com 35 anos ou mais; Grupo de controlo: 105 mulheres entre os 20-29 anos.</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>As mulheres grávidas de idade avançada têm mais frequentemente educação superior e é mais provável que trabalhem durante a gravidez e têm scores de risco gravídico mais elevados do que as mulheres mais jovens (idade inferior a 35 anos); As grávidas de idade avançada reconhecem que estão em maior risco de parto pré-termo, ser submetida a cesariana, malformações congénitas, maior risco gravídico ou mais complicações médicas e obstétricas, necessidade de internamento do seu RN numa unidade de cuidados intensivos neonatais, do que as mulheres mais jovens</p> <p>Não se observaram diferenças significativas nos níveis de ansiedade percebida pelas mulheres dos dois grupos.</p> <p>Conclusão: A inclusão do risco associado à gravidez em idade avançada nas consultas pré-natais apoia estas mulheres na tomada de decisão mais consciente, diminui a ansiedade e evita intervenções desnecessárias.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Benzies, K. M. (2008) Advanced Maternal Age: Are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks? Canadian Medical Association Journal 178(2) 183-184. DOI: 10.1503/cmaj.071577</p>	<p>Discutir o adiamento da maternidade e o aumento das complicações associadas, bem como refletir sobre a compreensão entre os casais acerca das implicações deste adiamento.</p>	<p>Artigo de Opinião</p>	<p>Não tem</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>A autora analisa o padrão de adiamento da maternidade observado nas últimas décadas, em particular da primeira experiência, conducente ao aumento das taxas de mortalidade materna e peri-natal, aumento das mortes fetais e abortos espontâneos e ainda o aumento das taxas de cesariana.</p> <p>O artigo explora, igualmente, a necessidade de melhorar a compreensão acerca da maternidade tardia e desenvolver estratégias que visem reduzir os desfechos negativos da maternidade em idade avançada.</p> <p>A discussão abrange, ainda, a necessidade de comprovar que a decisão de adiar a maternidade é consciente e bem informada, ou se a maioria das mulheres não estão corretamente informadas acerca dos riscos e complicações associadas à maternidade tardia. Também os fatores que levam ao adiamento da maternidade são aludidos neste artigo, como o sentimento de “estar preparado para serem pais” do casal, estabilidade económica, conclusão de educação superior, ausência de políticas de proteção à parentalidade, entre outros.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Byrom, A. (2004) Advanced Maternal Age: A Literature Review. British Journal of Midwifery 12, n.º12 779-783. DOI: 10.12968/bjom.2004.12.12.17181</p>	<p>Analisar o impacto da gravidez em idade materna avançada na saúde das mulheres, bem como o modo de incluir esta temática na educação para a saúde do grupo-alvo mais abrangente.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p>Não tem</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>O artigo apresenta resumidamente as características físicas, psicológicas e sociais associadas às mulheres que vivem uma maternidade tardia e discute a pertinência dos cuidados de enfermagem especializados a esta população em particular. Alerta ainda para a importância de sedimentar estes cuidados em evidência científica e para a necessidade de se conduzirem mais estudos que permitam aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de cuidados específicas a este grupo.</p>			

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Carolan, M. (2013)</p> <p>Maternal Age ≥ 45years and maternal and perinatal outcomes: A Review of Evidence.</p> <p>Midwifery, n.º 29 479-489. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.001.</p>	<p>Analisar a evidência científica relacionada com a muito avançada idade materna (≥45anos) e os resultados maternos e perinatais em países industrializados/desenvolvidos.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p>Não tem</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>A gravidez em idade materna muito avançada aumenta o risco de morte fetal e perinatal, parto pré-termo e RN com baixo peso ao nascer. Esta população apresenta taxas mais elevadas de complicações médicas prévias à gravidez, como hipertensão e maior risco de desenvolver complicações médicas na gravidez, como diabetes gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia entre outras. Estão igualmente mais sujeitas a intervenções invasivas como amniocentese ou parto por cesariana.</p> <p>Apesar dos riscos conhecidos e confirmados pela literatura há uma tendência comprovada para desfechos positivos da gravidez, mesmo em idades maternas muito avançadas, em mulheres previamente saudáveis e com adequados cuidados de saúde.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Dudenhausem, J. e Chervenak, F. (2010) Late Motherhood and Cesarean Delivery. Journal of Perinatal Medicine. 8(6). 569-570. DOI: 10.1515/JPM.2010.111.</p>	<p>Discutir o impacto do aumento da idade materna no aumento da taxa de cesarianas</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>Não tem</p>
	Resultados/Conclusões		
	<p>O aumento da idade materna acarreta o aumento da incidência de patologias médicas e cirúrgicas que associadas ao maior risco gravídico conduzem ao aumento da taxa de cesarianas nas mulheres que experienciam uma maternidade tardia.</p> <p>A taxa de mortalidade materna e fetal associada à cesariana electiva é equivalente à de um parto vaginal, porém os resultados associados a cesariana de emergência são menos positivos.</p> <p>O parto por cesariana implica potenciais complicações acrescidas em futuras gravidezes, como rutura uterina, necessidade de indução de trabalho de parto e maior probabilidade de distócias dinâmicas.</p> <p>Os fatores associados à indicação para cesariana na maternidade tardia são: maior incidência de gestação múltipla, maior incidência de placenta prévia, maior probabilidade de pré-eclâmpsia, macrossomia fetal ou RCF, parto pré-termo, entre outros.</p> <p>Os riscos comprovados de complicações maternas e fetais, bem como o aumento das taxas de cesarianas em associação, devem, segundo os autores, justificar a implementação de medidas políticas de proteção à maternidade e educação para a saúde que permita aos casais tomadas de decisão face à parentalidade desejada mais conscientes e informadas.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Guedes, M. e Canavarro, M. C. (2014)</p> <p>Characteristics of Primiparous Women of Advanced Maternal Age and their Partners: A homogeneous or Heterogeneous Group? Birth 41, 1 46-55. DOI: 10.1111/birt.12089</p>	<p>Descrever as características sociodemográficas e tipos de conjugalidade dos casais portugueses, cuja mulher grávida tinha idade ≥ 35 anos e que experienciavam a chegada do primeiro filho;</p> <p>Comparar as características de reprodução dos casais com idade materna avançada e o grupo de controlo;</p> <p>Identificar eventuais subgrupos dentro do grupo com idade materna avançada;</p>	<p>Estudo de investigação longitudinal, associada metodologia qualitativa e quantitativa.</p> <p>Resultados obtidos entre Abril de 2011 e Setembro de 2012.</p>	<p>Grupo com Idade Materna Avançada: 128 casais;</p> <p>Grupo de Controlo (idade 20-34anos) 122 casais</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>Os casais com idade materna avançada que experienciam a chegada do primeiro filho constituem um grupo heterogéneo, incluindo distintos subgrupos com necessidades psicossociais distintas no apoio ao processo de transição para a parentalidade;</p> <p>Com vista à abolição de estereótipos deverão ser melhoradas as políticas sociais de apoio à parentalidade, bem como a adoção por parte dos profissionais de saúde de atitudes inclusivas e não condenatórias e promotoras de tomadas de decisão no que concerne à reprodução mais conscientes e informadas.</p> <p>O aumento da incidência e prevalência da maternidade em idade avançada justifica que os profissionais que se propõe cuidar estas mulheres/casais/fetos-RN aperfeiçoem os seus conhecimentos e competências.</p> <p>As autoras alertam ainda para a importância de se conduzirem mais estudos com vista ao conhecimentos aprofundado do fenómeno da maternidade tardia, nos casais, na sociedade e a exigência que demandam dos cuidados de saúde.</p>			

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Heffner, L. (2004) Advanced Maternal Age – How old is too old? The New England Journal of Medicine. 4, 351. 1927-1929. DOI: 10.1056/NEJMp048087.</p>	<p>Análise do fenômeno da maternidade tardia</p>	<p>Artigo de Opinião</p>	<p>Não tem</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>A autora descreve as complicações maternas e fetais/neonatais associadas ao adiamento da maternidade, tais como: perturbações da fertilidade, anomalias cromossômicas, perturbações hipertensivas, morte fetal e aumento da mortalidade materna.</p> <p>A taxa de aborto espontâneo numa mulher com 20 anos de situa-se em cerca de 10%, enquanto aos 45 anos sobe significativamente para cerca de 90%.</p> <p>A autora esclarece que entre as mulheres submetidas a procriação medicamente assistida com recurso à doação de ovócitos experiência taxas de sucesso/complicações similares à associadas à idade da dadora e não da recetora.</p> <p>Heffner discute a eventual dificuldade de enfrentar a menopausa/climatério e a reforma ao mesmo tempo da adolescência dos filhos. Acrescentará dificuldades ou a haverá maior disponibilidade por haver menos responsabilidades profissionais.</p> <p>O artigo alerta ainda para a necessidade de profissionais e decisores políticos melhorarem o seu conhecimento acerca do fenómeno da maternidade tardia e desenvolverem esforços conjuntos na definição de estratégias de prevenção, proteção à parentalidade, bem como melhorar a capacitação das mulheres/casais para a tomada de decisão consciente sobre como e quando ter filhos.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
Huang, L.; Sauve, R.; Birkett, N.; Fergusson, D. e van Walraven, C. (2008) Maternal Age and Risk of Stillbirth: A Systematic Review . Canadian Medical Association Journal 178(2). 165-172. DOI: 10.1503/cmaj.070150.	Explorar a associação entre a idade materna avançada e o aumento do risco de morte fetal.	Revisão Sistemática da Literatura	Não tem
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>As grávidas de idade avançada estão, comprovadamente, em maior risco de perda/morte fetal, embora a extensão e os mecanismos associados a este risco aumentado não sejam suficientemente claros.</p> <p>É sugerida a realização de mais estudos de investigação que permitam clarificar estes mecanismos.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Lampic, C., Svanberg, A.S., Karlstörn, P. e Tydén, T. (2006)</p> <p>Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. 21, n.º2. 558-564. DOI: 10.1093/humrep/dei367.</p>	<p>Investigar as intenções e atitudes dos jovens universitários face à parentalidade futura e aceder ao conhecimento que têm sobre fertilidade feminina.</p>	<p>Estudo randomizado, com recurso a metodologia qualitativa e quantitativa.</p>	<p>De todos os participantes elegíveis a amostra selecionada conta com 222 mulheres e 179 homens cuja média de idade, de ambos, se situa nos 24 anos.</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>Os resultados obtidos dividem-se em 5 categorias: intenção de ter filhos, condições essenciais para a tomada de decisão de tornar-se pai/mãe, alterações presumidas ou experienciadas na dinâmica individual/familiar relacionadas com a parentalidade, conhecimento acerca de questões relacionadas com a fertilidade e comparação entre o conhecimento sobre fertilidade das mulheres que planeiam ter filhos antes ou depois do 30 anos.</p> <p>O estudo demonstrou que tanto as mulheres como os homens têm atitudes positivas face à parentalidade, embora as mulheres se mostrem significativamente mais preocupadas com os eventuais problemas em conjugar uma carreira profissional com as exigências do papel maternal. Tanto mulheres como homens mostram-se excessivamente otimistas face à capacidade de engravidar espontaneamente, especialmente porque cerca de metade das inquiridas planeiam ter filhos apenas após os 35 anos sem terem perceção dos riscos e complicações potencialmente associadas a esse adiamento.</p> <p>São claros os riscos de infertilidade involuntária, especialmente pelo reconhecimento da preponderância atribuída pelos inquiridos ao papel parental como meio de realização pessoal e familiar.</p> <p>Assim, justifica-se a pertinência da inclusão de informação acerca de fecundidade e fertilidade nas consultas de planeamento familiar</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Laopaiboon, M.; Lumbiganon, P., Intarut, N.; mori, R.; Ganchimeg, T.; Vogel, JP.; Souza, JP e Gülmezoglu, AM, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014)</p> <p>Advanced Maternal Age and Pregnancy Outcomes: A multicountry assessment.</p> <p>British journal of Obstetricians and Gynecologists, 121 (1), 49-56. DOI:10.1111/1471-0528.12659</p>	<p>Determinar a relação entre a idade materna avançada e os desfechos negativos da gravidez nestas idades</p>	<p>Relatório Internacional da Organização Mundial de Saúde sobre a Saúde da Mulher e da Criança</p>	<p>Foram consultados os dados pertinentes para a pesquisa realizada em 359 instituições de saúde de 29 países da África, Asia, América Latina e Médio Oriente, englobando 308 149 mulheres grávidas admitidas nas instituições de saúde visadas.</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>A prevalência mulheres grávidas de idade avançada é de 12,3%, ficando comprovado que o aumento da idade materna aumenta os riscos de desfechos negativos da gravidez tanto para a mãe, como para o feto/RN.</p> <p>Estes desfechos negativos incluem experiência de quase morte ou morte da mãe, durante a gravidez, parto ou pós-parto; parto pré-termo, RN com baixo peso ao nascer, morte fetal, morte perinatal ou neonatal precoce, necessidade de internamento do RN em unidade de cuidados intensivos, entre outros.</p> <p>A idade materna avançada expõe as mulheres a maiores riscos e potenciais desfechos negativos o que justifica o aperfeiçoamento técnico e profissional na prestação de cuidados e aconselhamento pré-natal específico às mulheres deste grupo etário.</p>			

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
Mills, M., Rindfuss, R.R., Mcdonald, P. e Velde, E. (2011) Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Human Reproduction Update. 17,n.º6. 848-860. DOI: 10.1093/humupd/dmr026.	Analisar as razões que levam ao adiamento da parentalidade e o impacto das políticas sociais nesse adiamento.	Revisão da Literatura	Não tem.
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>A revisão da literatura realizada evidência claramente a tendência para o adiamento do primeiro filho. As razões principais relacionam-se com a maior disponibilidade e eficácia dos métodos contraceptivos, entrada da mulher no mercado de trabalho e o crescente papel e protagonismo assumido, mudança de valores sociais, maritais e familiares, equidade de género, condições habitacionais, instabilidade económica e a ausência de políticas sociais de incentivo à natalidade e apoio à parentalidade.</p> <p>O adiamento da parentalidade tem impacto direto na capacidade das mulheres conceberem espontaneamente e reduz a probabilidade de aumento da prol.</p> <p>A revisão da literatura suporta que a permanência da mulher no mercado de trabalho e o desempenho do papel maternal é passível de coexistir se for reduzindo o conflito emprego-família através da intervenção política.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>O'Connor, A.; Doris, F. e Skirton, H. (2014) Midwifery Care in the UK for Older Mothers. British Journal of Midwifery, 22(8), 568-577. DOI:10.12968/bjom.2014.22.8.568</p>	<p>Explorar as experiências das mães com 35 anos ou mais durante a gravidez e pós parto e perceber se as necessidades que sentem estão incluídas no plano de cuidados das enfermeiras especialistas.</p>	<p>Estudo transversal com recurso a metodologia qualitativa e quantitativa.</p>	<p>397 mães com mais de 35 anos e que pariram no reino Unido em 2012, das 529 com as mesmas características que voluntariamente responderam a um questionário on-line.</p>
	Principais Resultados/Conclusões		
	<p>Na generalidade as participantes referiram terem recebido bons cuidados de enfermagem especializados, contudo muitas referiram igualmente que as suas expectativas foram defraudadas ou que as suas necessidades específicas não foram tidas em conta pela enfermeira especialista que as acompanhava.</p> <p>As participantes do estudo relataram igualmente a perpetuação de rótulos e comentários negativos face à maternidade tardia, bem como o fornecimento de informações contraditórias pelos diferentes membros da equipa multidisciplinar. De facto, algumas participantes demonstraram aumento da ansiedade face à inconsistência da informação fornecida.</p> <p>Conclusão: Face às diferentes experiências das mulheres que vivem uma maternidade tardia face aos cuidados que lhe são prestados, demonstra-se a pertinência de formar as enfermeiras especialistas neste âmbito de atuação e melhorar os conhecimentos acerca das reais necessidades da população que se cuida, bem como o desenvolvimento de mais e melhores competências de cuidado especializado.</p>		

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Stern, J. Larsson, M. Kristiansson, P. e Tydén, T. (2013)</p> <p>Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. Human Reproduction 0 n.º. 1-12. DOI: 10.093/humrep/d et279.</p>	<p>Determinar se o fornecimento de informação baseada no plano reprodutivo individual durante as consultas de planeamento familiar melhora o conhecimento das mulheres acerca de reprodução e a importância da toma antecipada de ácido fólico, em particular.</p>	<p>Ensaio clínico aleatório e randomizado.</p> <p>Duração: 3 meses em 2012</p>	<p>299 Mulheres em idade fértil (média de idade: 23 anos) divididas em três grupos:</p> <p>G1 – Grupo de intervenção (recebeu informação baseada no plano reprodutivo individual)</p> <p>G2 e G3 – Grupos de controlo (Receberam informação <i>standard</i>)</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>O grupo 1 recebeu para além da informação <i>standard</i> (aconselhamento contraceutivo, rastreio do cancro cervical e da infeção por <i>Chlamydia trachomatis</i>) informação oral e escrita baseada no seu plano reprodutivo, nomeadamente comportamentos e estilos de vida saudáveis, planeamento da gravidez, informação sobre preservação da fecundidade, período fértil e prevenção dos defeitos do tubo neural (toma antecipada de ácido fólico).</p> <p>O estudo realizado demonstrou que a técnica aplicada é fiável na promoção da saúde sexual e reprodutiva, especialmente quando a tendência nacional (Suécia) e internacional é o adiamento da maternidade para o fim da idade reprodutiva quando há já um declínio franco da fecundidade.</p> <p>A implementação deste plano de informação baseada no plano reprodutivo individual parece promover a tomada de decisão mais consciente e informada ao permitir evitar gravidezes indesejadas, mas igualmente o planeamento atempado e saudável de gravidezes desejadas.</p>			

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Suplee, P. D.; Dawley, K. e Bloch, J.R. (2007) Tailoring Peripartum Nursing Care for Women of Advanced Maternal Age. Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing Vol. 36, 616-623. DOI: 10.1111/j.15 52- 6909.2007.00197 .x</p>	<p>Identificar e descrever os riscos e desfechos da gravidez em mulheres de 35 anos ou mais;</p> <p>Discutir as diferenças entre as primigestas com 35 anos ou mais e as primigestas com menos de 35 anos face à ansiedade, tomada de decisão e sistemas de suporte;</p> <p>Explorar as estratégias de adequação e personalização do cuidado de enfermagem no período per-parto às mulheres de idade avançada.</p>	<p>Estudo de Caso</p>	<p>Não aplicável: caso hipotético</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>Um dos desafios impostos aos enfermeiros especialistas é a capacidade de adequar e personalizar os cuidados de modo a responder às necessidades bio-físicas e psicológicas das mulheres de idade avançada ao longo do trabalho de parto, parto e pós-parto. (<i>Tailoring Care</i>)</p> <p>São apresentados dados provenientes de revisão da literatura sobre os índices de fecundidade e desfechos da gravidez em idade materna avançada, fertilidade e procriação medicamente assistida, diagnóstico pré-natal, complicações e morbi-mortalidade materno-infantil, características psicossociais da população em estudo e adequação dos cuidados de enfermagem através do recurso a dois estudos de caso.</p> <p>O cuidado às mães de idade avançada exige dos enfermeiros a capacidade de providenciarem cuidados holísticos que abranjam todas as dimensões da maternidade experienciada pela população em análise.</p>			

Identificação do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo	Participantes
<p>Tough, S.; Benzies, K.; Newburn-Cook, C.; Tofflemire, K.; Fraser-Lee, N.; Faber, A. e Sauve, R. (2006) What Do Women Know About the Risks of Delayed Chilbearing? Canadian Journal of Public Health 97 (4) 330-334. Disponível em: http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/742/742</p>	<p>Determinar o que sabem as mulheres sobre os riscos associados ao adiamento da maternidade e conhecer as características das mulheres eu possuem menor conhecimentos destes riscos.</p>	<p>Estudo de investigação quantitativo, com recurso a questionário telefónico</p>	<p>A amostra selecionada aleatoriamente conta com 1044 mulheres primíparas, que pariram entre Julho de 2002 e Setembro de 2003.</p>
Principais Resultados/Conclusões			
<p>Muitas mulheres estão pouco conscientes dos riscos associados ao adiamento da maternidade, de entre estas as que procuram apoio da medicina de reprodução demonstram mais conhecimentos acerca dos riscos da maternidade após os 35 anos.</p> <p>Este estudo encontrou relação entre o adiamento da maternidade e a imagem vendida pelos media de que é possível conceber e levar a cabo com sucesso uma gravidez em qualquer idade.</p> <p>As conclusões deste estudo reforçam a importância de melhorar o conhecimento do público em geral acerca dos riscos do adiamento da maternidade, bem como apostar em campanhas de planeamento efetivo da família potenciando as tomadas de decisão esclarecidas face à decisão de como e quando ter filhos.</p>			

Apêndice II – Diapositivos da Formação em Serviço:

“Ser Mãe Num Corpo Vivido”

Todos os dados que possibilitavam a identificação de clientes, professores ou instituições de saúde foram ocultados ou substituídos por nomes fictícios, com o intuito de proteger a sua privacidade e anonimato.