



Gravidez na mulher mais velha: até quando é seguro?

Autor: Dr. Lucas Yamakami

Já comentamos em nossos artigos as mudanças que ocorreram na vida das mulheres nas últimas décadas. O mercado de trabalho torna o crescimento profissional uma tarefa de dedicação integral. A mulher precisa ser a profissional ideal, a amiga ideal, a companheira ideal. E, se por um lado ela é o suporte da família, por outro se vê obrigada a postergar a gravidez. Além disso, durante esta jornada, nem sempre encontra seu parceiro ideal ou não se sente preparada para ter filhos naquele momento.

Assim, pairam sobre a mulher preocupações constantes sobre a gravidez. As dúvidas são válidas. Sabemos que os óvulos não se multiplicam após o nascimento. Seu número só reduz com os anos, até se esgotarem. Portanto, quanto **maior a idade, menor a quantidade e pior a qualidade dos óvulos**. As perguntas que surgem são: **qual o risco de eu não conseguir engravidar? Qual o risco desta gravidez ter problemas?**

Vamos às perguntas!

Apesar de todo avanço na medicina reprodutiva, ainda é difícil responder com total certeza qual o limite seguro para engravidar. Falamos que o ideal é que **a mulher engravide antes dos 35 anos de idade**, mas isso pode ser cedo para algumas ou tarde para outras. A avaliação específica para cada mulher é realizada através de dois parâmetros: a qualidade e a quantidade dos óvulos.

Atualmente, a qualidade dos óvulos é deduzida indiretamente pela **idade da mulher**. Sabemos que quanto maior a idade, pior a qualidade dos óvulos e, portanto, maior o risco de abortamento e de doenças genéticas. Citamos o exemplo da Síndrome de Down: enquanto mulheres com 30 anos de idade têm risco aproximado de 1/800, mulheres com 40 têm risco de 1/100, ou seja, cerca de 8 vezes mais. No entanto, apesar do aumento considerável do risco, devemos lembrar que este é de 1%, ou seja, a chance desta mulher ter um filho sem a Síndrome é de 99%.

O segundo parâmetro que consideramos é a reserva ovariana, ou seja, a quantidade dos óvulos nos ovários da mulher. A avaliação precisa deste número é possível somente através da contagem de todos os óvulos presentes nos ovários. No entanto, este procedimento é inviável, pois teríamos que os retirar e os estudar com microscópio, o que por si só resultaria em perda dos mesmos.

Assim, dentre os exames que temos usado, citamos o hormônio folículo-estimulante (FSH), a avaliação dos ovários por ultrassonografia e o hormônio anti-mülleriano.

O FSH é feito através de coleta de sangue e é o exame mais usado pelos ginecologistas. Ele é produzido por uma pequena glândula próxima ao cérebro e tem a função de estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos, estruturas que contém os óvulos. Desta maneira, quando os ovários passam a ter menos óvulos, a secreção do FSH aumenta. Valores acima de 12 UI/L estão associados a ovários com menor reserva.

A avaliação dos ovários por ultrassom é feita através da contagem dos folículos que iniciaram o seu desenvolvimento. Como cada folículo ovariano contém um óvulo, podemos raciocinar que mulheres que têm mais folículos nos ovários, têm maior reserva de óvulos armazenados.

O último exame, o hormônio anti-mülleriano, é um método novo, ainda pouco utilizado pelos ginecologistas. É realizado através da coleta simples do sangue, em qualquer dia do ciclo menstrual. Como é secretado pelos folículos em desenvolvimento, o raciocínio é semelhante ao do ultrassom. Quanto maior a dosagem do hormônio anti-mülleriano, maior a reserva de óvulos. Como se trata de exame recente, o valor ideal não está completamente definido, mas mulheres com hormônio anti-mülleriano menor do que 1,0 ng/mL apresentam menor chance de engravidar.

Por fim, vale ressaltar que todos estes exames são indiretos, ou seja, nenhum deles avalia diretamente a quantidade de óvulos dentro dos ovários.

O que fazer?

Infelizmente, hoje não conseguimos aumentar a quantidade ou melhorar a qualidade dos óvulos. Assim, os pontos importantes são:

1. Procurar seu ginecologista para **avaliar periodicamente a reserva de óvulos**, através dos exames citados acima;
2. Tentar se programar para **engravidar o mais cedo que a vida permitir** (o que às vezes não é fácil!);
3. Considerar métodos de **preservação da fertilidade**, como o **congelamento de óvulos ou embriões**.

O AUTOR

Dr. Lucas Yamakami é médico formado pela Universidade de São Paulo (USP) com residência em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas de São Paulo. Atualmente é médico da Clínica de Reprodução Humana Vida Bem Vinda e Médico Assistente do Hospital das Clínicas, atuando neste serviço junto ao Centro de Reprodução Humana Mário Covas. Possui Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e é membro da American Society of Reproductive Medicine (ASRM) e da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (SOGESP).



vidabemvinda
clínica de reprodução humana