Por que a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil deixa de usar o termo "idade materna avançada"

Há expressões que circulam na literatura médica com a aparência de fato neutro e que, de tanto repetidas, dispensaram o exame de suas credenciais. "Idade materna avançada" (IMA) é uma delas. Aparece em títulos, resumos e tabelas como se designasse uma categoria biológica estável, demarcada aos 35 anos, tão objetiva quanto um valor de hemoglobina, creatinina ou os mais diversos marcadores laboratoriais. Não é. É um rótulo de origem datada, fundamento frágil e carga valorativa inequívoca. É essa combinação que fundamenta a decisão desta Revista de deixar de empregá-lo.

Convém lembrar de onde veio o número. O corte dos 35 anos não nasceu de qualquer inflexão biológica do risco, mas da aritmética da amniocentese nos anos 1970, quando o procedimento se tornou razoavelmente seguro e a análise cromossômica, confiável. Escolheu-se uma idade em que a probabilidade de trissomia 21 se aproximava da probabilidade de perda fetal associada ao próprio exame — o chamado ponto de cruzamento — em torno de um caso em duzentos a trezentos.[1] A análise histórica é ainda menos lisonjeira: o limiar dos 35 anos foi fixado sobretudo por cálculo de custo-benefício, e não por avaliação médica objetiva.[2] Um número administrativo, portanto, travestido de fronteira fisiológica.

O que talvez explicasse a sobrevivência do rótulo seria sua utilidade prática como critério de acesso ao diagnóstico pré-natal de aneuploidias. Essa justificativa perdeu força com a ampliação das estratégias de rastreamento, entre elas a análise do DNA livre circulante de origem placentária no sangue materno. As diretrizes recomendam que as opções de rastreamento e de diagnóstico sejam discutidas e oferecidas a todas as gestantes, independentemente da idade.[3] O corte de 35 anos deixou, portanto, de ser requisito para essa oferta. A idade continua relevante para estimar probabilidades e individualizar o aconselhamento, mas isso não exige conservar o rótulo. Ele sobreviveu à justificativa histórica que ajudou a consolidá-lo.

Resta finalmente o argumento do risco, porém aqui é preciso rigor, não *slogan* e tampouco preconceito. O risco de desfechos adversos não obedece a um degrau universal aos 35 anos: a associação com a idade varia conforme o desfecho, com aumentos mais expressivos para várias complicações a partir dos 40 e, sobretudo, dos 45 anos. Em coorte de base populacional, a morbidade materna grave já se mostrou aumentada entre 35 e 39 anos, com elevação mais acentuada nas faixas seguintes.[4] A revisão sistemática com metanálise de dezenas de estudos e milhões de nascimentos encontrou associação entre idade materna de 35 anos ou mais e natimortalidade (OR=1,75; IC95%=1,62–1,89), com heterogeneidade elevada.[5] Reconhecer essa associação não equivale a demonstrar uma fronteira biológica aos 35 anos, nem dispensa a apresentação dos riscos absolutos.

O próprio consenso norte-americano sobre o tema reconhece a arbitrariedade do corte de 35 anos e a necessidade de distinguir faixas etárias, pois alguns riscos se tornam mais relevantes a partir dos 40 anos.[6] Quando o objetivo for discutir a intensificação de determinados riscos obstétricos, "40 anos ou mais" pode ser uma referência clinicamente útil. Não se trata, porém, de substituir um corte universal por outro: o desfecho, a população e a finalidade da análise devem orientar a escolha, sob a ressalva permanente de que a idade é uma variável contínua e o cuidado se individualiza.

Há, por fim, o que o termo carrega de juízo. "Avançada", "idosa", "geriátrica" não são adjetivos assépticos: qualificam como desvio a maternidade depois de certa idade e supõem um padrão etário normativo do qual a mulher de 36 ou de 42 anos seria a transgressora, considerada até pecadora ou pelo menos criticada como "corajosa" (rótulos dos quais até mesmo as autoras foram vítimas). A mesma cautela deve orientar a descrição do extremo inferior da distribuição etária: "gestação na adolescência", acompanhada da faixa etária analisada, informa mais do que "idade muito precoce", sem pressupor um ponto ideal a partir do qual todas as mulheres devam ser julgadas. O duplo padrão é, ademais, generificado: a sociedade cronometra com zelo o relógio reprodutivo das mulheres e poupa o dos homens. O título do consenso norte-americano, "gravidez aos

Este é um artigo publicado em acesso aberto *(Open Access)* sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

https://doi.org/10.1590/1806-9304202600000461

35 anos ou mais", ilustra a possibilidade de uma descrição cronológica explícita.[6] Essa escolha de título não significa, contudo, que as sociedades tenham abandonado a expressão, que permanece no documento.

Enquanto as mulheres caminham para o despertar de um gerenciamento próprio sob o momento ideal da maternidade, condená-las ao termo idade materna avançada descarrega peso e culpa pela busca de suas escolhas. Reconhecer o claro movimento de transição do momento cronológico em que mulheres tem optado de forma livre e consciente pela maternidade, evitando termos taxativos que carregam apenas marcos científicos do passado, é respeitar o futuro que estão construindo para elas e seus filhos.

O custo dessa imprecisão não é apenas simbólico. Nas próprias páginas que editamos, vemos estudos que reúnem mulheres de 35 a 44 anos sob a etiqueta "IMA" e, no mesmo texto, invocam riscos "acima dos 38", "acima dos 45" e discutem as faixas de 30 a 39 e de 40 a 49 anos, provando assim que o conceito não tem referente estável. A dicotomização em torno de um corte arbitrário degrada a própria ciência: induz limiares ilusórios e dilapida poder estatístico ao tratar como categoria o que é variável contínua. Some-se a isso a confusão, frequente, entre gravidez e nascimento: dados restritos a nascidos vivos não representam todas as gestações. A denominação dos indicadores, incluindo os de fecundidade, deve corresponder ao numerador e ao denominador efetivamente utilizados.

Não se ignore, aliás, que o próprio vocabulário controlado registrou o termo tardiamente. O *Medical Subject Headings* (MeSH), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, só incorporou "Advanced Maternal Age" como descritor em 2025 (identificador D000099087), e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), vinculado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o espelham como "Idade Materna Avançada". Ambos o definem como a gravidez em mulheres com pelo menos 35 anos ao parto e anotam, na própria nota de escopo, que "antigamente era conhecida como gravidez geriátrica".[7,8] A genealogia fica assim assumida pelas maiores autoridades de indexação biomédica: "geriátrica" tornou-se "avançada", rebatismo cosmético de um mesmo conceito ancorado no arbitrário corte dos 35 anos.

Sintomaticamente, os termos alternativos oficiais que o descritor recebe são expressões cronológicas neutras, inclusive em português: "Pregnancy After 35", "Pregnancy at Age 35 Years or Older", "Gravidez Após os 35", "Gravidez aos 35 Anos ou Mais", "Gestação aos 35 Anos ou Mais". Que um vocabulário descritivo do uso corrente tenha consagrado o rótulo não lhe confere validade biológica; registra seu uso para fins de organização e recuperação da informação. A Revista adota, em coerência, as expressões cronológicas neutras que o próprio MeSH e o próprio DeCS reconhecem como termos alternativos, e recusa tanto o termo carregado quanto a fixação no limiar dos 35. Esses termos alternativos não devem ser confundidos com o descritor preferido dos sistemas de indexação; a escolha da linguagem editorial não altera, por si só, a estrutura desses vocabulários.

Por tudo isso, a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil estabelece, a partir deste editorial, a seguinte orientação para autoras, autores, editores e editoras associado(a)s e pareceristas: não serão aceitas as expressões "idade materna avançada", "IMA", "gestante idosa" ou "gravidez geriátrica". A orientação se aplica à linguagem adotada pelos manuscritos, preservando títulos de referências, citações literais e a discussão crítica dos próprios termos. Em seu lugar, exige-se a descrição cronológica explícita: a faixa etária analisada, dita por extenso. Para a discussão dos riscos obstétricos que se intensificam nessa faixa, adota-se "40 anos ou mais" como referência, sem impor esse corte a todos os desfechos ou desenhos de estudo. Outros recortes devem ser explicitados e justificados, preservando o reconhecimento de que a idade é contínua e o manejo, individualizado. Pela mesma lógica de simetria e respeito, o extremo inferior não será qualificado como "precoce" ou "muito precoce": fala-se em gestação na adolescência ou na faixa etária explícita, distinguindo-se, quando possível, o grupo de 10 a 14 anos, para o qual a violência sexual exige atenção específica.

Não se trata de purismo nem de cosmética vocabular. A linguagem com que nomeamos as mulheres molda a pesquisa que produzimos, a assistência que prestamos e o modo como cada paciente vive o próprio corpo. As autoras e o autor defendem e defenderão sempre o direito à maternidade livre, voluntária e prazerosa. Engravidar voluntariamente depois dos 35 anos, dos 40 ou dos 45 anos deve ser um direito, e não algo visto com preconceito e ageísmo. Substituir um rótulo herdado de uma conta de amniocentese dos anos 1970 por uma descrição etária precisa e sem desabono é, antes de tudo, exigência de rigor científico e, de quebra, de decência. É o que esta Revista passa a praticar e a requerer de quem nela publica.

Referências

1. Haddow JE, Palomaki GE, Knight GJ, Cunningham GC, Lusting LS, Boyd PA. Reducing the need for amniocentesis in women 35 years of age or older with serum markers for screening. N Engl J Med. 1994; 330 (16): 1114-8. doi: 10.1056/NEJM199404213301603

2. Resta RG. Historical aspects of genetic counseling: why was maternal age 35 chosen as the cut-off for offering amniocentesis? Med Secoli. 2002; 14 (3): 793-811.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics; Committee on Genetics; Society for Maternal-Fetal Medicine. Screening for fetal chromosomal abnormalities: ACOG Practice Bulletin Nº. 226. Obstet Gynecol. 2020; 136 (4): e48-e69. doi: 10.1097/AOG.0000000000004084

4. Lisonkova S, Potts J, Muraca GM, Razaz N, Sabr Y, Chan WS, *et al*. Maternal age and severe maternal morbidity: a population-based retrospective cohort study. PLoS Med. 2017; 14 (5): e1002307. doi: 10.1371/journal.pmed.1002307

5. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017; 12 (10): e0186287. doi: 10.1371/journal.pone.0186287

6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus—Obstetrics; Society for Maternal-Fetal Medicine. Pregnancy at age 35 years or older: ACOG Obstetric Care Consensus Nº. 11. Obstet Gynecol. 2022; 140 (2): 348-66. doi: 10.1097/AOG.0000000000004873

7. National Library of Medicine. Advanced Maternal Age [descritor]. Medical Subject Headings (MeSH). Unique ID: D000099087; ano de introdução: 2025. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2025. [acesso em 2026 Ago 31]. Disponível em: https://meshb-prev.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000099087

8. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS). Idade Materna Avançada [descritor]. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Identificador 60970. São Paulo: BIREME; 2025. [acesso em 2026 Ago 31]. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=60970&filter=ths_termall&q=Idade%20Materna%20Avan%C3%A7ada

Editora Chefe: Melania Amorim

Recebido em 17 de Setembro de 2026
Aprovado em 20 de Setembro de 2026

Melania Maria Ramos Amorim [1,2]
https://orcid.org/0000-0003-1047-2514

Leila Katz [2,3]
https://orcid.org/0000-0001-9854-7917

Alex Sandro Rolland Souza [2,3,4]
https://orcid.org/0000-0001-7039-2052

[1] Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: profmelania.amorim@gmail.com
[2] Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.
[3] Escola de Saúde e Ciências da Vida. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, Brasil
[4] Área acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.