
GRAVIDEZ TARDIA: RELAÇÕES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, GESTACIONAIS E APOIO SOCIAL

WELYTON PARÁIBA DA SILVA SOUZA, EULÁLIA MARIA CHAVES MAIA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - RN - Brasil

MARIA AURELINA MACHADO OLIVEIRA

Universidade Federal do Piauí e UFRN – PI e RN - Brasil

THAISLLA INGRID SOUZA MORAIS

Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN) - RN - Brasil

PAULO SERGIO CARDOSO E ELANIA CRISTINA SILVA DE LIRA

Centro Universitário UNIFACEX - RN - Brasil

HELBA MIDIAM DOS ANJOS MELO

Universidade Potiguar - RN - Brasil

RESUMO

Gravidez tardia é a gestação que ocorre na faixa etária de 35 anos ou mais. O apoio social é um processo dinâmico e complexo que envolve transações entre indivíduos e suas redes sociais. O objetivo geral foi averiguar possíveis relações entre o apoio social e variáveis sociodemográficas e gestacionais em gestantes tardias. A pesquisa é considerada descritiva e correlacional e de corte transversal, foi realizada com 150 gestantes tardias em Unidades Básicas de Saúde. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Estruturado (dados sociodemográficos e gestacionais) e a Escala de Apoio Social. A maioria das gestantes apresentou baixa renda e escolaridade, tinha em média 37,5 anos de idade (DP = 2,6), além de não ter planejado a gravidez (60,7%). Prevaleceram indicadores elevados de apoio social global, material, emocional, afetivo, de informação e de interação social positiva. E nenhuma das variáveis sociodemográficas e gestacionais apresentaram correlações estatisticamente significativas com o apoio social global.

Palavras-chave: Gravidez tardia; apoio social; estudo correlacional; unidades de saúde.

ABSTRACT

LATE PREGNANCY: CORRELATIONS BETWEEN SOCIO-DEMOGRAPHIC, GESTATIONAL AND SOCIAL SUPPORT

Late-age pregnancy is gestation that occurs around age 35 or older. A social support is a dynamic and complex process involving interactions between individuals and their social networks. The general aim of this research was to investigate possible relationships between social support and socio-demographic and gestational variables in late-age pregnant women. Cross-sectional co-relational and descriptive research was conducted with 150 late-age pregnant women in Basic Health Units. The instruments used were: Structured Questionnaire (demographic and gestational data) and the Scale of Social Support. Most of the interviewed women had low income and education, were in average 37,5 ($\pm 2,6$) years, had not planned the pregnancy (60.7%). High indicators of global social support, material, emotional, affective, information and positive social interaction prevailed. And none of the socio-demographic and gestational variables showed statistically significant correlations with the global social support.

Key words: Late-age pregnancy; social support; co-relational study; health unit care.

Endereço para correspondência: Welyton – Rua das Orquídeas 782, Condomínio José Vilibaldo, apto. 303. Capim Macio. Natal - RN. CEP: 59078-170. E-mail: welytonpa@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A gestação, de forma geral, é um evento importante na vida de uma mulher e provoca mudanças físicas, fisiológicas e emocionais, constituindo uma experiência repleta de sentimentos intensos (Maldonado, 2002). Entende-se por gravidez tardia as gestações que ocorrem na faixa etária de 35 anos ou mais (Andrade et al., 2004). A ocorrência desse tipo de gravidez vem aumentando no mundo, principalmente em países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento (Gonçalves & Monteiro, 2012).

No Brasil, por exemplo, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC, 2013), de 100% dos nascidos vivos 11% são de gestantes com 35 anos ou mais. É importante salientar que na cidade de Natal (RN), tal índice representado é de 11,46% do total de nascidos vivos, esse valor supera os índices do Estado do Rio Grande Norte (9,91%), da região Nordeste (9,19%) e até mesmo o do Brasil que é de 10,89%. Fatores como maior acesso aos recursos de controle da natalidade, maior acesso aos tratamentos de infertilidade, a priorização da carreira profissional, busca da estabilidade financeira, entre outros motivos, têm explicado o adiamento da gestação para a faixa etária dos 35 anos ou mais (Santos, Martins, Sousa & Batalha, 2009).

Boa parte dos estudos sobre gravidez tardia têm focado as consequências adversas desse tipo de gestação (Nabukera et al., 2009). É comum a literatura apontar que esse adiamento gestacional deixa tais mulheres mais suscetíveis a apresentar maiores riscos pré e perinatais adversos, incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade materna e/ou fetal (Glasser et al., 2011; Ludford, Scheil, Tucker & Grivell, 2012). Porém, sabe-se que existem outros fatores capazes de amenizar possíveis riscos presentes durante a gravidez (Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008).

Na perspectiva de considerar aspectos positivos como as influências dos fatores de proteção é que se propõe abordar o impacto de processos psicossociais numa melhor adaptação ao período gravídico. Baseando-se nas peculiaridades e nuances que envolvem a gestação após os 35 anos, supõe-se que seja de suma importância verificar as influências de processos como o apoio social, no enfrentamento das possíveis dificuldades que perpassam o período gestacional.

O apoio social é um processo dinâmico e complexo que envolve transações entre indivíduos e as suas redes sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem para enfrentarem novas exigências, podendo ser definido como um sistema de relações interpessoais com ênfase na disponibilidade de ajuda em situações de necessidade (Gonçalves, Pawlowiski, Bandeira, & Piccinini, 2011; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005; Guimarães & Melo, 2011).

Dessa forma os resultados dessa pesquisa possibilitaram catalogar informações importantes sobre a realidade desse público, mais especificamente sobre os fatores de proteção à saúde materna. Tendo como alicerce a perspectiva da Psicologia da saúde e do desenvolvimento, para qual a compreensão da gravidez tardia é de uma visão integral, em que fatores orgânicos, psicológicos e sociais estão imbricados, foi proposto averiguar as possíveis relações entre a variável apoio social e as variáveis sociodemográficas e gestacionais, em gestantes tardias do município de Natal (RN).

MÉTODO

Participantes

As participantes desta pesquisa foram grávidas na faixa etária de 35 anos ou mais (grávidas tardias). A idade variou de 35 a 49 anos. O método de amostragem foi não probabilístico, por conveniência e a amostra foi constituída por 150 gestantes, que recorreram às Unidades ou Centros de Saúde, da cidade de Natal no período de novembro de 2013 a janeiro de 2015.

A fim de que este estudo obedecesse aos critérios éticos de pesquisa da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12, este foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio da Plataforma Brasil, tendo obtido parecer favorável (Parecer 356.436/2013). A participação dos sujeitos foi voluntária, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, formalizada pela assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

A coleta de dados consistiu na aplicação de dois instrumentos: um questionário estruturado abrangendo dados sociodemográficos e informações sobre a gravidez e a Escala de Apoio Social. O questionário estruturado foi baseado em Oliveira (2012) o qual constou de dados como: idade, escolaridade, renda, estado civil, religião, profissão, número de pessoas na casa, período gestacional, número de consultas pré-natais, número de gestações anteriores, planejamento da gravidez e histórico de aborto.

A Escala de Apoio Social (EAS) foi desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991), sendo adaptada para o Brasil por Griep et al. (2005) e para gestantes de baixa renda por Silva e Coutinho (2005). Esta escala afere a frequência com que o indivíduo compreende que pode contar com pessoas que o apoiem em várias situações da vida, além de ser um dos instrumentos de aferição do apoio social percebido mais indicado para o uso com populações que vivem em contextos de vulnerabilidade (Brito, 2011).

As duas versões brasileiras adaptadas obtiveram qualidades psicométricas consideradas satisfatórias como, por exemplo, no estudo de Griep et al. (2005) o coeficiente alpha de Cronbach foi igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões da Escala de Apoio Social. Já no de Silva e Coutinho (2005) o valor obtido foi 0,91 para o escore geral. Acerca da validade de construto a versão de Griep et al., (2005) apresentou 3 dimensões semelhantes à versão original (composta por 4 dimensões). Enquanto na versão de Silva e Coutinho (2005) a maioria dos itens (10 itens) apresentou envolvimento isolado ou associado seja ao modelo de concordância diagonal ou ao modelo de associação diagonal.

Este instrumento é composto por 19 itens, relacionados a cinco dimensões de apoio social que são: material (4), afetivo (3), emocional (4), interação social positiva (4) e informação (4). Cada

item possui cinco alternativas de resposta que variam em uma escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre). Assim, quanto mais próximo de 100, melhor o apoio social percebido (Griep et al., 2005). Foram usados os seguintes parâmetros para o apoio social: de 0 a 33 pontos (baixo), 33 a 67 pontos (moderado) e 67 a 100 pontos (alto) (Góis et al., 2009).

Procedimento

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 21.0 (IBM, 2012). O SPSS foi utilizado para fazer as análises estatísticas, buscando sempre oferecer uma melhor visualização dos resultados. Foram calculadas estatísticas descritivas (frequência relativa, média e desvio padrão) e inferenciais (correlação de Pearson) respeitando as categorias das variáveis e os objetivos do estudo, detalhadas adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para os aspectos sociodemográficos e gestacionais são apresentadas as médias, os desvios padrão e as porcentagens.

Das 150 gestantes tardias que responderam ao questionário, 52,67% eram católicas e 40% evangélicas. Esta prevalência está de acordo com os dados da população brasileira, relativos ao último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, no qual a taxa de católicos foi de 64,6% e a de evangélicos 22,2%. Este resultado ainda sinaliza que o exercício da espiritualidade é de suma importância em relação a muitos desfechos relacionados à saúde dos indivíduos (Cucchiari & Dalgalarrodo, 2007; Panzini et al., 2011).

A média de idade das gestantes entrevistadas foi 37,5 (DP = 2,6), que é semelhante ao do estudo Oliveira et al. (2014) com gestantes tardias realizado em Natal, no qual a idade média foi 37,0 (DP = 2,2). A idade materna após os 35 anos tem sido apontada pela literatura como um fator de risco para a saúde da mãe e do bebê (Gravena, Sass, Marcon, & Peloso, 2012). Contudo, há de se considerar que a idade, por si só, não deve ser um condicionante para o desenvolvimento de complicadores gestacionais (Oliveira, 2012).

A média da escolaridade foi de 10,8 anos (DP = 3,4), sendo que 38,7% das participantes afirmaram terem concluído o Ensino Médio. Esse nível de escolaridade para os padrões de exigências econômicas e técnico-científico atuais é considerado, senão baixa, ao menos insuficiente para se conseguir bons índices de inserção no mercado de trabalho. O nível de instrução escolar também é considerado um fator importante e que pode ter significativa influência nos cuidados aspectos obstétricos e gestacionais (Xavier, Jannotti, Silva & Martins, 2013).

Em relação à renda, a média apresentada foi de R\$ 511,00 (DP = 475,43), valor considerado menor que um salário mínimo, cujo valor de referência para o ano de realização da pesquisa era de R\$ 788,00. Tal resultado caracterizou as participantes como gestantes de baixa renda. Deve-se levar em conta o fato de alguns indicadores de saúde gestacional e maternas são sensíveis às variáveis sociodemográficas e, também, a outras formas de desigualdade social, podendo desta maneira, refletir

condições de vida diferenciadas como, por exemplo, o acesso a recursos sociais como saúde, educação, trabalho, segurança entre outros (Xavier et al., 2013).

As duas profissões que obtiveram maior frequência foram “Do lar” (23,3%) e empregada doméstica (21,7%), sendo que os fatores que podem estar contribuindo com tais ocorrências sejam, exatamente, a baixa escolaridade e renda. Segundo dados da Política Nacional por Amostra de Domicílio do IBGE (2010) quanto ao número de empregadas domésticas com vínculo empregatício e que possuíam nível superior incompleto, houve um aumento de 11,3% para 19,8%, o que equivale a um crescimento de 75%.

A maioria das gestantes (44%) se encontrava em uma união estável, seguida pelo estado civil casada com 36,7%, ou seja, mais de 80% delas tinham um companheiro. Esse resultado se assemelha ao de outro estudo, realizado com gestantes tardias em uma cidade do Nordeste brasileiro, no qual 80% viviam com o companheiro (Rocha, Oliveira, Teixeira, Moreira & Dias, 2014).

A média de meses que as participantes estavam mantendo uma relação com seus companheiros foi de 110,6 meses, o que corresponde a quase 9 anos e meio. Destaca-se que a presença de um parceiro conjugal pode constituir um atributo que proteja as gestantes contra possíveis efeitos adversos na gravidez, podendo servir como uma possível fonte de suporte emocional e afetivo (Bezerra, Oliveira & Latorre, 2006; Oliveira-Monteiro et al., 2011).

Embora o censo do IBGE (2010) tenha apontado um crescimento do número de mulheres morando sozinhas, que passou de 2,8% em 1980 para 6,2% em 2010, este índice não se expressa no que diz respeito às mulheres grávidas que participaram da pesquisa, visto que a média do número de pessoas que residiam com as gestantes foi 3,7 (DP = 1,4). Esse é um dado que pode ser de extrema valia no que diz respeito às possibilidades de suporte social e de cuidados maternos, que serão oferecidos a essas mulheres no decurso da gravidez.

A maioria das gestantes (46%) estava no terceiro trimestre gestacional, com uma média de 23,8 (DP = 9) semanas. Uma das implicações dos trimestres gestacionais é, por um lado, possibilitar que a gestante venha gradativamente a se adaptar às várias transformações corporais e psíquicas, que ocorrem ao longo de todo o período gestacional. E por outro, o passar dos meses também implica na proximidade do parto, o que pode levar a um aumento dos níveis de ansiedade, expectativas e preocupações maternas em relação ao nascimento do bebê que se aproxima (Maldonado, 2002).

A média de consultas de pré-natal foi 4,2 (DP = 2,5), o que é considerada um valor baixo, visto que o Ministério da Saúde (2002) preconiza que esse número seja de no mínimo seis. O pré-natal é relevante, pois é útil na prevenção e manutenção da saúde tanto da mãe como do bebê, bem como constitui um espaço, no qual as gestantes podem esclarecer suas dúvidas com a equipe de profissionais de saúde (Oliveira, 2012).

Quanto ao número de gestações anteriores, 84,7% eram multigestas. Sabe-se que gestantes que já possuem outros filhos, podem mostrar maior adaptabilidade em relação a muitas preocupações comuns entre grávidas, pois o fato de terem vivenciado outras gestações pode fazer com que elas tenham menores inquietações com a segurança do bebê e/ou gestação (Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008).

A maior parte das gestantes (60,67%), afirmou não ter planejado a gravidez, o que, segundo Borges, Cavalhieri, Hoga, Fujimori e Barbosa (2011), faz com que mulheres mais velhas, com um relacionamento estável com seu parceiro e histórico de gravidez e aborto anterior, planejem mais a gravidez. Essa afirmação, em parte, não corrobora os achados desta pesquisa, já que as participantes eram gestantes tardias, não planejaram a gravidez, possuíam parceiro estável e tinham histórico de aborto e gravidez anterior.

Embora um maior número de participantes (59,3%) não tivesse histórico de aborto, este é um problema de saúde pública, além de ser responsável por 11,4% do total das mortes maternas, sendo que a maioria foi do tipo provocado (Ministério da Saúde, 2004). Este índice se assemelha ao encontrado no estudo de Oliveira et al. (2014), no qual 62,5% das gestantes tardias do Município de Natal não tinham em seus históricos obstétricos nenhuma ocorrência de aborto.

A Tabela 1 apresenta as médias e desvios padrão das pontuações obtidas na Escala de Apoio Social no total da escala e nas cinco dimensões da escala. A Escala de Apoio Social obteve um Alfa de Cronbach acima de 0,9 ($\alpha = 0,939$), sugerindo uma consistência interna muito boa. Tal resultado indica que o instrumento manteve um índice adequado de consistência interna na amostra investigada, mostrando que a confiabilidade dos resultados é considerada excelente para o apoio social.

Tabela 1. Médias e desvios padrão da Escala de Apoio Social

Apoio	Média	Desvio padrão
Global	82,80	17,28
Material	79,97	21,09
Emocional	80,50	21,43
De Informação	80,97	19,82
Afetivo	91,16	16,62
Interação Social Positiva	83,50	20,45

Ao verificar o apoio social global e as cinco dimensões de apoio social nas gestantes tardias, observa-se que os escores apresentados foram considerados altos, visto que todos foram superiores a 67 pontos. Em relação ao escore do apoio social global, a média foi próxima ao de um estudo com gestantes em Natal, realizado por Dantas et al. (2012), cuja média de apoio social global foi 83,2. Sendo assim, nos dois estudos, os escores de apoio social estão situados dentro dos níveis de apoio social considerados altos.

O apoio social tem sido amplamente discutido nos países desenvolvidos, sendo apresentado como um importante fator que contribui na redução do estresse e no desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, ajustamento e adaptação nas diferentes situações vivenciadas pelos indivíduos (Guimarães & Melo, 2011). A gravidez, por ser um período de transição e de mudanças, algumas de natureza estressora e de mal-estar, pode contribuir para que a gestante apresente maiores necessidades de apoio e cuidados de outras pessoas (Geller, 2004; Maldonado, 2002).

Em relação aos escores elevados das dimensões do apoio social, os valores apresentados indicam a importância desempenhada pelos fatores de proteção. Uma possível hipótese para tais resultados é que a existência de outras características dessas gestantes, tal como exercer a espiritualidade, não serem mães primigestas, não residirem sozinhas, terem uma relação estável com seus cônjuges e de não terem histórico de aborto e estarem no terceiro trimestre de gestação, pode ter ajudado a suplantarem alguns aspectos negativos como, por exemplo, os socioeconômicos (baixa escolaridade e renda) e, ainda, ter influenciado de alguma maneira nos escores elevados das dimensões do apoio social.

Fatores de proteção, como o apoio social, mostram-se bastante sensíveis aos aspectos socioeconômicos, como também a muitos desfechos e características de ordem gestacional (Guimarães & Melo, 2011). Ademais o perfil socioeconômico de uma dada população de gestante pode ser um fator importante na determinação de alguns desenlaces negativos ou positivos na gravidez (Xavier, et al., 2013). Por exemplo, no estudo de Lam et al. (2008), verificou-se que os escores de apoio social foram maiores em gestantes que apresentavam o seguinte perfil: viviam com companheiro, não possuíam histórico de aborto, eram múltíparas, encontravam-se no terceiro trimestre da gravidez e tinham emprego.

Os escores elevados das gestantes na escala de apoio social podem estar contribuindo para torná-las mais preparadas para se adaptarem às possíveis adversidades que possam vir a enfrentar. Uma vez que o apoio social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de eventos estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos em que se observam possíveis modificações psicossociais e fisiológicas, como é o caso da gestação (Geller, 2004).

O apoio social é considerado um fator de proteção contra possíveis prejuízos à saúde dos indivíduos (Gois et al., 2009). Ele atua como um fator de proteção em relação aos efeitos físicos e psicológicos vivenciados em determinadas situações da vida (Canesqui & Barsaglini, 2012), auxiliando em momentos de mudanças e períodos de transição relacionados ao desenvolvimento humano como é o caso da gestação.

Ademais é sabido que as propriedades benéficas da vida social podem ser refletidas em fatores da vida relacionados à saúde subjetiva das pessoas (Leal, Pereira, Lamarca, & Vettore, 2011). Pois, conforme Germano e Colaço (2012), o apoio social em diversos contextos é acompanhado por esforços de teorização que requerem reflexão acerca dos processos interacionais ao longo da vida e sua relação com o desenvolvimento saudável mesmo em condições desfavoráveis.

Sabendo da importância do apoio social para os desfechos gestacionais positivos, é importante que os profissionais da rede básica de saúde, que lidam direto ou indiretamente com o público de gestantes, invistam em atividades que estimulem o desenvolvimento de vínculos sociais como, por exemplo, a formação de grupos que mantenham um maior contato entre as próprias grávidas e dessas com os profissionais da rede assistencial de saúde. Pois, conforme Schwartz, Vieira e Geib (2011), atividades grupais que proporcionam maiores trocas de vínculos e de apoio sociais são provedoras de cuidados informais, que influenciam no desenvolvimento saudável da gestação.

Salienta-se que as variáveis apresentaram distribuição normal, constatação observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, cujos valores de p para cada uma das variáveis foram maiores que 0,05. Assim pode-se dizer, então, que os dados desta pesquisa, apresentaram uma distribuição do tipo Gaussiana. Pelo fato da distribuição ter sido normal, para averiguar a existência de relações entre as variáveis, usou-se a correlação de Pearson. O modelo estatístico de correlação de Pearson é usado

quando se tem uma distribuição normal dos dados e quando se pretende predizer o valor de uma *variável contínua ou discreta* a partir de uma outra *variável*, também, quantitativa (contínua ou discreta) e quando isto ocorre, diz-se, então, que as duas variáveis se correlacionam, ou seja, elas covariam (Dancey & Reidy, 2006; Doria Filho, 1999).

Na Tabela 2 são apresentadas as correlações de Pearson entre a variável apoio social global com as cinco dimensões do apoio social e com as variáveis sociodemográficas, gestacionais.

Tabela 2. Correlações de Pearson entre Apoio Social Global e as suas dimensões, e com dados sociodemográficos e gestacionais

	Variável	r	p
Dimensões	Material	0,803	<0,01*
	Emocional	0,908	<0,01*
	Informação	0,878	<0,01*
	Afetiva	0,803	<0,01*
	Interação Social Positiva	0,883	<0,01*
Sociodemográficos	Idade	0,114	0,164
	Escolaridade	0,077	0,349
	Renda	-0,012	0,880
	Estado civil	-0,034	0,682
	Nº de Pessoas na casa	0,060	0,464
Gestacionais	Período gestacional	0,044	0,591
	Nº de Consultas pré-natal	-0,025	0,764
	Gestações anteriores	0,022	0,792

* p ≤ 0,05.

Na Tabela 2 observa-se que as correlações do Apoio Social Global não foram estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis sociodemográficas e gestacionais. Estes resultados podem indicar que, independentemente de fatores sociodemográficos e gestacionais, essas gestantes obtiveram um escore elevado de apoio social percebido, embora alguns deles possam ser considerados negativos como a baixa renda e escolaridade. Esta informação pode ser corroborada pela afirmativa de Guimarães e Melo (2011), de que mulheres com nível socioeconômico desfavorável, no qual provavelmente o apoio social disponível seria mais baixo, apresentam, no entanto, escores altos.

No que diz respeito à relação mantida entre o apoio social global e as respectivas dimensões de apoio social (material, emocional, de informação, afetiva, interação social positiva), observou-se uma relação forte e direta (p < 0,01) com todas elas. Neste aspecto houve uma semelhança e uma diferença dos resultados desta pesquisa com os do estudo *Medical Outcomes Study* (MOS) de Sherbourne e Stewart (1991), que deu origem à escala de apoio social e, também, com o estudo de Griep et al. (2005), que adaptou e validou essa escala para o Brasil.

A semelhança com esses trabalhos foi relativa às cinco dimensões, que também se relacionaram com o apoio social global. E a diferença ocorreu em relação às variáveis sociodemográficas e gestacionais, que não foram investigadas. Contudo, há de se considerar que tanto nesta pesquisa quanto nas dos dois estudos referidos, as amostras pesquisadas eram diferentes.

As correlações altas e significativas entre o apoio social global e as cinco dimensões de apoio social podem indicar que a provisão de suporte de recursos materiais (apoio material), demonstrações físicas de amor e afeto (apoio afetivo), de compreensão e escuta (apoio emocional), da presença de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações (apoio de informação) e com quem se divertir e relaxar (apoio de interação social) são elementos que se integram e ajudam a mediar e compor as percepções positivas de apoio social. De acordo com Griep et al. (2005) esse tipo de dependência entre as dimensões é esperada, pois de maneira geral para pessoas que recebem algum tipo de apoio existe a probabilidade de receberem outros tipos de ajuda. Além de que representam as dimensões de um mesmo construto (apoio social) e estão relacionadas.

Sobre as costumeiras correlações estatisticamente significativas apresentadas entre o apoio social global e suas respectivas dimensões, Vieira, Luis Vieira e Prado (2011) explanam que a conexão entre as dimensões da escala de apoio social, apesar de diferenciadas, elas estão conectadas e, assim, o apoio social acaba sendo um fenômeno único e percebido, também, dessa forma. Apesar de características distintas entre o que é fornecido em cada dimensão e a relação com a subjetividade da percepção do apoio, é comum que a rede que fornece um dos tipos de apoio social também forneça os outros tipos.

Em eventos de vida importantes como a gravidez, em que ocorre em maior ou menor grau transformações físicas e emocionais, o apoio social pode representar um recurso inestimável no desenvolvimento de uma gestação saudável (Guimarães & Melo, 2011). Portanto, as propriedades benéficas do apoio social global e de suas dimensões podem ser refletidas em fatores da vida e relacionadas à saúde subjetiva das pessoas (Leal, Pereira, Lamarca & Vettore, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de as participantes terem características socioeconomicamente desfavoráveis, ainda assim obtiveram escores elevados na escala de apoio social, mostrando, desta maneira, que esse construto perpassa tanto pelas dimensões materiais e objetivas da vida quanto pelas subjetivas. Afinal, sabe-se que o apoio social é um recurso psicossocial importante em fases de transição e de possíveis vulnerabilidades como é o período gestacional, sendo então, um minimizador dos riscos que costumeiramente a literatura tem associado à gravidez tardia.

Tais colocações sinalizam a relevância de futuras pesquisas que busquem verificar a influência de outros aspectos sociodemográficos e psicossociais que ajudem a compreender a gravidez nessa fase do desenvolvimento. Sendo assim, é de muita valia que os profissionais da área de saúde sejam capazes de compreender todo o contexto social que permeia a gestação nessa fase do desenvolvimento, prestando maior cuidado na qualidade da assistência oferecida a essas grávidas.

As limitações deste trabalho são: a natureza transversal do delineamento da pesquisa que não permitiu reavaliar as mesmas participantes em outros momentos e, também, a falta de uma diversidade de contextos geopolíticos e socioeconômicos das participantes. A fim de que essas dificuldades sejam superadas, espera-se que sejam viabilizadas pesquisas multicêntricas, para que tais resultados sejam comparados com outras realidades. E também com gestantes tardias da rede particular para que tais resultados sejam comparados com gestantes de outros perfis socioeconômicos.

Com o propósito de mapear as condições que influenciam tais fenômenos, como o apoio social com suas respectivas dimensões nas gestantes tardias de Natal (RN), este estudo cumpriu seus objetivos. Também se espera que os resultados elencados neste trabalho venham incrementar melhorias nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde que lidam no cuidado com a saúde materna.

REFERÊNCIAS

- Andrade, P. C., Linhares, J. J., Martinelli S., Antonini, M., Lippi, U. G., & Baracat, F. F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: Estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(9), 697-702.
- Bezerra, L. C., Oliveira, S. M. J. V., & Latorre, M. R. D. O. (2006). Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(2), 223-229.
- Borges, A. L. V., Cavallieri, F. B., Hoga, L. K. K., Fujimori, E., & Barbosa, L. R. (2011). Planejamento da gravidez: Prevalência e aspectos associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (n.spe2), 1679-1684.
- Brito, T. R. P. (2011). *Idosos com alterações cognitivas: Estudando o apoio social em diferentes contextos de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: Pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.
- Cucchiari, G., & Dalgalarrodo, P. (2007). Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: A school based study in two contrasting urban areas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 213-221.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, M. M. C., Araújo, P. C. B., Paulino, D. S., & Maia, E. M. C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106.
- Geller, P. A. (2004). Pregnancy as a stressful life event. *CNS Spectrums*, 9(3), 188-197.
- Doria Filho, U. (1999). *Introdução à Bioestatística: Para simples mortais*. São Paulo: Negócio Editora.
-

- Germano, I. M. P., & Colaço, V. F. R. (2012). Abrindo caminho para o futuro: Redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 381-387.
- Glasser, S., Segev-Zahav, A., Fortinsky, P., Gedal-Beer, D., Schiff, E., & Lerner-Geva, L. (2011). Primiparity at very advanced maternal age (≥ 45 years). *Fertility and Sterility*, 95(8), 2548–2551.
- Góis, L. C. M., Gomes, T. G., Santos, L. M. O., Araújo, P. C. B., Ferreira, C. L., & Maia, E. M. C. (2009). *Resiliência e apoio social: Potenciais mecanismos de proteção e de adaptação na velhice*. XVII Semana de Humanidades, UFRN. Recuperado em 6 de Outubro de 2015, de <http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.3.pdf>.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), 99-106.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
- Gonçalves, Z. R., & Monteiro, D. L. M. (2012). Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Revista Femina*, 40(5), 275-279.
- Gravena, A. A. F., Sass, A., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (2012). Resultados perinatais em gestações tardias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 15-21.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Guimarães, E. C., & Melo, E. C. P. (2011). Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Escola Anna Nery*, 15(1), 55-61.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: Resultados preliminares. [Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 19]. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 6 de Outubro, 2015 de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1
- IBM SPSS Statistics 21. IBM. (2012). Software. Disponível em: <http://www.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/>
- Lam, N., Contreras, H., Cuesta, F., Mori, E., Cordori, J., & Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 1-8.
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Lamarca, G. A., & Vettore, M. V. (2011). The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 237-253.
- Ludford, I., Scheil, W., Tucker, G., & Grivell, R. (2012). Pregnancy outcomes for nulliparous women of advanced maternal age in South Australia, 1998–2008. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 235–241.

- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Ministério da Saúde (2002). *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: Informações para gestores e técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Pacto nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal* (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde.
- Nabukera, S. K., Wingate, M. S., Owen, J., Salihu, H. M., Swaminathan, S., Alexander, G. R., & Kirby, R. S. (2009). Racial disparities in perinatal outcomes and pregnancy spacing among women delaying initiation of childbearing. *Maternal and Child Health Journal*, 13, 81–89.
- Oliveira, A. M., Sousa, W. P., Pimentel, J. D. D. O., Santos, K. S. D., Azevedo, J. D., & Maia, E. M. C. (2014). Gestantes tardias de baixa renda: Dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 68-82.
- Oliveira, M. A. M. (2012). *Gravidez tardia: Bem-estar subjetivo e percepção da gestação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal - RN.
- Oliveira-Monteiro, N. R., Negri, M., Fernandes, A. O., Nascimento, J. O. G., & Montesano, F. T. (2011). Gravidez e maternidade de adolescentes: Fatores de risco e de proteção. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 198-209.
- Panzini, R. G., Marganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165.
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2012. (2013, setembro). Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica, Brasil. Recuperado em 10 de Outubro, 2015 de http://www1.fazenda.gov.br/spe/publicacoes/conjuntura/informativo_economico/2013/2013_09/emprego_renda/IE%202013%2009%2027%20-%20PNAD%202012.pdf
- Rocha, L. F. A., Oliveira, Z. M., Teixeira, J. R. B., Moreira, R. M., & Dias, R. B. (2014). Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(1), 30-36.
- Santos, G. H. N., Martins, M. G., Sousa, M. S., & Batalha, S. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(7), 326-334.
- Schwartz, T., Vieira, R., & Geib, L. T. C. (2011). Apoio social a gestantes adolescentes: Desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2575-2585.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, K. S., & Coutinho, E. S. F. (2005). Escala de Apoio Social aplicada a uma população de gestantes: Confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 979-983.
-

Sistema Nacional de Nascidos Vivos [SINASC]. (2013). *Nascidos Vivos de 2013 - Rio Grande do Norte*. Recuperado em 4 Dezembro, 2014, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrn.def>

Vieira, V., Luis Vieira, M., & Prado, A. B. Apoio Social: Percepção materna em contextos com diferentes graus de urbanização. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 16(3), 209-217.

Xavier, R. B., Jannotti, C. B., Silva, K. S., & Martins, A. C. (2013). Risco reprodutivo e renda familiar: Análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1161-1171.

Recebido em 22/02/16

Revisto em 6/08/16

Aceito em 10/08/16

