

## “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN EMBARAZADAS TARDÍAS Y ADULTAS JÓVENES”

“SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND SUBJECTIVE WELL-BEING OF LATE AGE PREGNANT WOMEN AND YOUNG ADULTS PREGNANT WOMEN”

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM GESTANTES TARDIAS E ADULTAS JOVENS”

**Investigador Titular:** Welyton Paraíba da Silva Sousa<sup>1</sup>

**Investigador Auxiliares:** Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves Maia.

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>2</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 27 de Octubre de 2014

Aceptado: 30 de Abril de 2015

### Resumen

Investigación transversal descriptiva y analítica con 160 mujeres embarazadas que fueron divididas en dos grupos según la edad, un grupo con 35 o más (tardías) y otro de 20-34 años (adultas jóvenes). Los objetivos fueron: caracterizar de forma sociodemográfica las gestantes pesquisadas y evaluar los indicadores de bienestar subjetivo (BS). Los resultados son presentados en forma de estadísticas descriptivas e inferenciales, conforme el tipo de datos. En general, las informaciones sociodemográficas fueron semejantes en los grupos, la variable número de embarazos anteriores y el tipo de anticonceptivo fueron mayor en las tardías. Las medias del bienestar subjetivo tuvieron valores próximos y las análisis de comparación no indicaron diferencias entre los grupos. La relevancia de esta investigación consiste en mostrar que en mujeres embarazadas con edad avanzada los datos estudiados fueron similares al de las adultas jóvenes.

**Palabras Clave:** Bienestar Subjetivo, Embarazo, Perfil.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: [welytonpa@yahoo.com.br](mailto:welytonpa@yahoo.com.br) Welyton Paraíba da Silva Sousa. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com), [norma@tigo.com.py](http://norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Cross-sectional descriptive and analytic research with 160 pregnant women who were divided equally into two groups based on age, one group with 35 or more (late age pregnant women) and another 20-34 years (young adults). The objectives were: to characterize sociodemographic pregnant surveyed and assess the indicators of subjective well-being (SWB). The results are presented in the form of descriptive and inferential statistics, considering the type of data. Overall, the sociodemographic informations of the groups were similar, the variable number of previous pregnancies and type of birth control were higher in the older group. The averages of subjective well-being were close and the analysis comparing the results do not indicate significant differences between the groups. The relevance of this research consists in showing that the pregnant women at the advanced age surveyed data were similar to the group of young adults.

**Keywords:** Subjective Well-being, Pregnancy, Profile.

## Resumo

Pesquisa de corte transversal descritivo e analítico com 160 grávidas que foram divididas equitativamente em dois grupos com base a faixa etária, um grupo com 35 anos ou mais (tardias) e outro de 20-34 anos (adultas jovens). Os objetivos foram: caracterizar sociodemograficamente as gestantes pesquisadas e avaliar os indicadores do bem-estar subjetivo (BES). Os resultados são apresentados na forma de estatísticas descritivas e inferenciais, considerando a tipologia dos dados. De forma geral, as informações sociodemográficas nos grupos apresentaram semelhanças, a variável número de gestações anteriores e tipo de anticoncepcional foram maiores nas tardias. As médias do bem-estar subjetivo foram próximas e as análises de comparação dos resultados intergrupos não sinalizaram diferenças. A relevância dessa pesquisa reside em demonstrar que nas gestantes tardias pesquisadas os dados estudados foram semelhantes ao grupo das adultas jovens.

**Palavras-Chave:** Bem-estar Subjetivo, Gravidez; Perfil.

A gravidez, com base em uma perspectiva biológica, é um evento natural na vida da mulher, mas com valor especial, já que se desenvolve em um contexto social e cultural que influencia e prescreve a sua evolução e a sua ocorrência. Assim, a vivência da gravidez somada às razões e os motivos para cada experiência é permeada pelos valores e crenças adquiridos socialmente (Maldonado, 1997).

No entanto, a gestação é um evento complexo com mudanças físicas, fisiológicas e emocionais na vida da mulher e que interfere também no cotidiano de toda a família. Dessa maneira, é importante que na assistência prestada a esse público seja assegurado à atenção aos cuidados físicos e emocionais bem como a qualidade das informações oferecidas (Carvalho, Tonete, & Parada, 2010).

Atualmente as gestações a partir dos 35 anos são denominadas gestações tardias, segundo definição do Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia elaborada em 1958 (Andrade et al., 2004). O panorama atual evidencia que muitas mulheres estão protelando sua gestação para a quarta ou quinta década para priorizar sua carreira, objetivando estabilidade financeira e parceiro estável, além das influências das políticas ao efetivo controle de natalidade, ao casamento adiado e às taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões (Andrade et al., 2004; Santos, Martins, Sousa, & Batalha, 2009).

De fato, a idade materna é um dos fatores considerados como condição de risco sempre que a gestação ocorre fora da faixa etária considerada como ideal para a reprodução (fase de adultas jovens), ou seja, nos extremos da vida reprodutiva (gestações precoces e tardias). Assim as publicações tanto na área médica como da saúde ratificam que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas); fetais e do recém-nascido, como anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, baixo peso ao nascer, internação em UTI e óbito neonatal (Santos et al., 2009; Fernández, 2008; Yogev et al., 2010).

Com a proposta de não focar os aspectos adversos da gravidez tardia, neste estudo optou-se por avaliar o bem-estar subjetivo (BES), conhecido como uma avaliação subjetiva que inclui medidas positivas, ou seja, não se trata somente de ausência de fatores negativos, contempla uma avaliação globalizada dos vários aspectos da vida de uma pessoa (Diener, 1994).

Geralmente é estudado com base em duas dimensões, uma afetiva (afetos positivos e negativos) e outra cognitiva representada pela satisfação com a vida, caracterizadas adiante no intuito de compreender tal fenômeno.

A dimensão afetiva é representada pelos afetos positivos compreendem os estados de ânimo considerados positivos, tais como contentamento, alegria, prazer, otimismo, serenidade, esperança e encantamento. E também pelos afetos negativos que abarcam os sentimentos negativos, exemplificados por pessimismo, desinteresse, apatia, raiva, desesperança, medo, repulsa, tristeza e desgosto, ambos os tipos de afetos constituem sentimentos transitórios (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

A outra dimensão é a cognitiva, que corresponde à satisfação com a vida e domínios específicos. É caracterizada pelo que a pessoa pensa sobre sua própria vida (presente, passado e futuro), aspecto que considera o quanto o sujeito acredita já ter alcançado frente aos seus objetivos pessoais, logo pode ser compreendida como a avaliação global de uma pessoa sobre sua vida (Guedea et al., 2006). Ressalta-se que a avaliação das mães acerca de suas vidas (bem-estar subjetivo) é influenciada por elementos sócio-históricos, psicológicos, emocionais e estruturais (Lima, Saldanha & Oliveira, 2009).

Portanto, observa-se que o perfil social da mulher está mudando, e por vários motivos muitas mulheres têm escolhido ter filhos mais tarde, fora da faixa etária considerada como ideal para a gestação. Essa realidade em ascensão aumenta ainda mais a responsabilidade dos profissionais de saúde, como por exemplo, entender o significado deste fenômeno para a mulher e suas prováveis repercussões na gestação.

A partir dessas colocações, ressalta-se que o objetivo geral foi avaliar o bem-estar subjetivo em gestantes tardias e adultas jovens, sendo os objetivos específicos: caracterizar sociodemograficamente as gestantes pesquisadas e avaliar os indicadores (afetos positivos, negativos e satisfação com a vida) do bem-estar subjetivo.

### **Método**

Consistiu em um estudo de corte transversal descritivo e correlacional com gestantes de 20-45 anos. As participantes foram gestantes que estavam realizando pré-natal em Unidades ou Centros de Saúde da cidade de Natal (RN).

### ***Participantes***

Participaram 160 grávidas, sendo essa quantidade dividida em 2 grupos de 80 participantes: gestantes com idade de 35 anos ou mais (gestantes tardias) e de 20-34 anos (gestantes adultas jovens).

O número de participantes foi calculado tendo por base um estudo (Guedea et al., 2006) que utilizou a escala usada nesta pesquisa, ao ser estabelecida a quantidade total com o auxílio do software GraphPad Statmate versão 1.01i, calculou-se a porcentagem por distritos sanitários baseada no número de nascidos vivos por idade da mãe (com 35 anos ou mais) residentes em Natal no ano de 2007, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim participaram da pesquisa: 26 no distrito Norte, 23 no Oeste, 18 no Sul, e 13 no Leste, dados por grupos (tardias e adultas jovens). Os critérios de inclusão consistiram em ter idade de no mínimo 20 anos, realizar o pré-natal em unidades de saúde.

Como o critério de exclusão foi estabelecido a condição de gravidez de alto risco, por supor agravo nesse quadro com a participação no estudo. Também foram excluídas grávidas com histórico de doenças psiquiátricas por esta ser recomendação para a aplicação da escala utilizada.

### ***Instrumentos e Materiais***

No que concerne aos instrumentos utilizou-se um questionário sociodemográfico com dados sobre idade, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, renda pessoal, período gestacional, número de gestações anteriores, uso e tipo de anticoncepcional e existência de aborto. Ainda aplicou-se a Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES), validada para o contexto brasileiro com bons indícios de validade (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

A EBES é composta por 63 itens com respostas em escala Linkert, divididos em duas subescalas: 1ª contempla os afetos positivos e negativos são 47 itens; a 2ª os itens são distribuídos em 15 sentenças que se referem à satisfação com a vida.

### ***Procedimentos***

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com protocolo 105/10, CAAE 0120.0.051. 000-10 e parecer 235/2010.

Após aprovação da pesquisa, o pesquisador responsável visitou as unidades de saúde nas quais a listagem SIS-PRENATAL indicou maior incidência de gestantes tardias.

A par dessas informações o pesquisador e colaboradores da pesquisa se dirigiram às unidades no dia da realização da consulta pré-natal para contatar os sujeitos. Quanto à aplicação dos instrumentos, a maioria das participantes respondeu na forma de entrevista, na qual o pesquisador/colaborador(a) perguntava os itens e a gestante indicava a resposta. A média de tempo para responder aos instrumentos foi 10 minutos.

Os dados foram catalogados no software Statistical Package for the Social Science (SPSS 18.00), para realizar estatísticas descritivas e testes de associação. A correção da escala foi feita baseada nas recomendações dos autores.

Dessa forma foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar os aspectos sociodemográficos, gestacionais e o bem-estar subjetivo, bem como para verificar a normalidade da amostra. No mais, os dados não apresentaram uma distribuição normal, o que justifica a não utilização de testes paramétricos.

Para observar as diferenças entre grupos, utilizou-se o teste qui-quadrado com as variáveis sociodemográficas. O teste U-Mann-Whitney e o teste de Wilcoxon para comparar médias do BES entre os grupos. Com o intuito de investigar a relação entre os indicadores do BES (afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida) e as variáveis idade, escolaridade e renda utilizou-se o teste de correlação Pearson. Em todas essas análises adotou-se o intervalo de confiança de 95%, nível de 5% para o erro alfa, assim a hipótese nula foi rejeitada quando  $p < .05$ .

## Resultados

A média de idade das gestantes tardias foi de 36,99 anos (DP  $\pm 2,24$ ), enquanto das gestantes adultas jovens foi 26,78 (DP  $\pm 4,27$ ). Em relação à naturalidade, tanto para tardias como para as adultas jovens, a maior porcentagem respondeu ser oriundas do Rio Grande do Norte, sendo respectivamente 87,5% e 91,2%.

Predominou a religião católica em ambos os grupos, sendo 66,2% tardias, e 58,7% das adultas jovens. As informações recolhidas em relação ao estado civil demonstraram que 51,2% conviviam em união consensual e 35% eram casadas no grupo das tardias. Tais dados para o grupo das adultas jovens foram respectivamente 56,2% e 28,7%.

Os dados obtidos sobre a escolaridade para grupo das tardias 67,5% concluíram o ensino Médio e 24% estudaram até o Ensino Fundamental. Nas adultas jovens, 56,2% concluíram o Ensino Médio e 28,7% informaram estudar até o Ensino Fundamental. A profissão Do lar foi a mais citada em ambos os grupos. No grupo das tardias a porcentagem foi 31,2%, enquanto 11,2% eram empregadas domésticas, os mesmos dados em sequência para gestantes adultas jovens foram 42,5% e 5%. Das tardias 36,4% não possuíam nenhuma renda (adultas jovens 54,5%) e 25% afirmaram receber um salário mínimo (adultas jovens 11,2%). Ainda se realizou a análise com o teste qui-quadrado, com todas as variáveis anteriormente citadas, para comparar os valores obtidos entre os grupos pesquisados, estes porém não apresentaram valor de  $p$  significativo, o que indica não haver diferenças entre os grupos pesquisados nesses aspectos.

As médias de semanas gestacionais para tardias foram 23,23 semanas (DP ±9,01) e para as adultas jovens, 22,21 semanas (DP ±9,57).

Para saber se haveria relação entre os grupos se usou o teste *t* ( $t=.666$ ;  $p=.507$ ). Os dados acerca do número de gestações anteriores, 86,4% das tardias eram multíparas, destas, 34,1% tiveram duas gestações anteriores. Do grupo das adultas jovens, 68,2% eram multíparas, com 38,6% com uma gestação anterior.

Em relação à existência e tipo de aborto, das tardias 37,5% informaram ter abortado, deste percentual, em 36,5% das gestantes o tipo de aborto foi espontâneo; nas gestantes adultas jovens, em 21,2% houve a interrupção de gravidez, sendo 17,5% espontaneamente. Ainda com relação aos tipos de aborto, realizou-se o teste qui-quadrado ( $X^2=2.85$ ;  $p=.091$ ).

Com o teste U-Mann-Whitney executou-se análises com as variáveis número de gestações anteriores ( $U=1163$ ;  $p<.001$ ) e número de abortos ( $U=218.50$ ;  $p=.419$ ).

Os resultados sobre o uso de método contraceptivo, as tardias demonstraram que 63,7% utilizavam algum método contraceptivo e nas adultas jovens 73,7%. O tipo de anticoncepcional mais usado nas tardias foi o tipo oral (64,7%). Nas adultas jovens a maioria usava o tipo oral (56,7%). Os valores do teste qui-quadrado para o uso de anticoncepcional ( $X^2 =1.86 - p=.172$ ) e para o tipo ( $X^2 =10.26$ ;  $p=.016$ ). Sobre as informações do Bem-estar Subjetivo (BES) os valores são apresentados na forma de média na Tabela 1, sendo que de forma geral em ambos os grupos os valores dos indicadores apresentaram valores médios. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para comparar os valores obtidos entre os grupos (Tabela 1) que não indicaram associação estatística.

**Tabela 1.**

*Afetos positivos, negativos e satisfação com a vida em grávidas tardias e adultas jovens*

Grupo de Estudo	Bem-estar subjetivo			
	Média	Desvio Padrão	Wilcoxon <sup>(1)</sup>	<i>p</i>
<b>Grávidas tardias</b> (n=80)				
- Afetos positivos	68.98	13.50	1245	.07
- Afetos negativos	53.58	20.08	1346	.09
- Satisfação com a vida	47.54	4.54	1448	.48
<b>Grávidas adultas jovens</b> (n=80)				
- Afetos positivos	66.15	14.66		
- Afetos negativos	56.96	17.77		
- Satisfação com a vida	47.48	4.68		

(1) Valores da comparação entre os grupos tardias e adultas jovens

Na Tabela 2 constam os dados referentes às correlações entre os indicadores do bem-estar subjetivo (afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida) com as variáveis idade, escolaridade e renda nos grupos estudados. Apenas a relação entre satisfação com a

vida e escolaridade no grupo das tardias apresentou valor de  $p$  significativo, indicando uma correlação negativa fraca. As demais relações entre as variáveis não apresentaram valor estatisticamente significativo, conforme se observa no item que consta o valor de  $p$ .

### **Tabela 2.**

*Coeficiente de Correlação de Pearson entre os parâmetros idade, escolaridade e renda pessoal com os afetos positivos, negativos e satisfação com a vida entre gestantes tardias e adultas jovens*

<b>Parâmetro</b>	<b>n</b>	<b>R</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Afetos Positivos</b>	(n=160)			
-Idade		-.078	-.988	.325
-Escolaridade		.102	1.294	.197
- Renda Pessoal		.071	.899	.370
<b>Afetos Negativos</b>	(n=160)			
-Idade		-.094	-1.186	.237
-Escolaridade		-.104	-1.324	.187
- Renda Pessoal		.102	1.295	.197
<b>Satisfação com a Vida</b>	(n=160)			
-Idade		.042	.533	.594
-Escolaridade		-.230	-.970	.003**
- Renda Pessoal		-.015	-.200	.841

\*\*valor muito significativo de  $p < .01$ .

### **Discussão**

Sobre a média da idade das gestantes em ambos os grupos, observa-se que as informações estão condizentes com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do censo 2010, no qual no ano 2010 a fecundidade total dos grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade diminuiu e para os grupos de idade acima de 30 anos houve um incremento de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010, observa-se um aumento de participação.

Sobre a naturalidade das gestantes, mais de 80% de ambos os grupos eram originárias do próprio estado, este é um índice considerável em termos de recursos destinados à saúde, o que indica que os investimentos nesse setor estão sendo usufruídos pelo público local. O fato da maioria das gestantes nos dois grupos ser católica também está de acordo com os dados da população brasileira na qual a predominância é da religião católica, conforme dados do IBGE (2011).



Os índices maiores encontrados para o estado civil foram para união consensual em ambos os grupos de gestantes, o que está coerente com os dados do IBGE (2011), que asseguram que no Brasil houve um aumento expressivo das uniões consensuais (de 28,6% para 36,4% do total) e uma consequente redução dos casamentos, com destaque para a modalidade civil e religioso (de 49,4% em 2000 para 42,9% em 2010).

Embora a percentagem referente à conclusão do Ensino Médio das jovens tenha sido um pouco maior que das tardias, os índices ainda são considerados baixos e estes podem constituir um agravante à saúde desse público (Teixeira, Rocha, Moraes, Marques, & Villar, 2010). Pois a escolaridade está diretamente associada à saúde da mãe e do bebê (Ministério da Saúde, 2004), sendo a baixa escolaridade associada a um menor número de consultas pré-natais. Os informes sobre renda estão em harmonia com os dados do censo de 2010 no qual a média nacional de rendimento domiciliar *per capita* foi R\$668 em 2010, sendo que 25% da população recebiam até R\$ 188 e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375, valor inferior ao salário mínimo do respectivo ano (R\$ 510). Somado a tal fato, ainda há as diferenças de rendimento entre homens e mulheres, pois o valor recebido por eles, em média, fora 47% a mais que elas (R\$ 956 contra R\$ 650).

A porcentagem de mulheres economicamente ativas que estão sem nenhuma ocupação nos anos de 2010 e 2011 é de, respectivamente, 54,1 % e 53,7%. Nesta pesquisa, a profissão Do lar foi a mais citada em ambos os grupos e a de empregada doméstica a segunda. Ao analisar a renda e profissão das gestantes é necessário considerar que esses dados foram coletados em postos de saúde da rede pública.

Esses números contradizem os estudos que propõem o adiamento da gestação devido à busca de maior estabilidade financeira, investimento na carreira profissional e outros fatores que explicam o envelhecimento da gravidez (Andrade et al., 2004, Santos et al., 2009).

Sobre os resultados do teste qui-quadrado a respeito de todas as variáveis anteriormente citadas, no intuito de comparar a distribuição intergrupos, não apresentaram índices significativos, logo estatisticamente não houve diferenças quanto a esses aspectos nos grupos pesquisados.

As médias de semana gestacional nos grupos foram próximas, inclusive com desvio padrão parecido, essa homogeneidade conforme Dorla Filho (1999) pode se refletir na semelhança dos momentos vivenciados em ambos os grupos para o período gestacional. Com essas variáveis fez-se análises com o teste t que não apresentou valor estatisticamente significativo, logo não existiram diferenças nas médias gestacionais das participantes. Nesse sentido, o desenvolvimento fetal, assim como demais características biológicas e psicológicas da mãe podem estar sendo vivenciadas de forma semelhante nos grupos.

Na quantidade de gestações anteriores, para ambos os grupos, a maioria das gestantes eram multíparas com prevalência de 1 (uma) gestação anterior. Esses índices estão em conformidade com o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil que, no Brasil, foi de 1,86 filhos em 2010. Esse declínio dos níveis de fecundidade ocorreu em todas as grandes regiões brasileiras, conforme dados do IBGE (2011).



Observou-se uma diferença significativa entre os grupos pesquisados através do teste U-Mann-Whitney (com  $p < .05$ ), no qual o grupo das tardias apresentou maior número de gestações anteriores que o das adultas jovens. Fato corroborado pela literatura, sendo reflexo do perfil social, no qual gestantes com padrão socioeconômico mais baixo tendem a apresentar maior número de gestações e partos no Brasil conforme o aumento da idade materna (Gomes et al., 2011).

Sobre as porcentagens de aborto encontradas, os índices encontrados retratam uma realidade que precisa ser considerada, pois embora haja uma subnotificação de casos de aborto no Brasil, estudos em capitais brasileiras salientaram que o aborto representava a terceira causa de morte materna, além de constituir um problema de saúde pública (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2004; Correia, Monteiro, Cavalcante, & Maia, 2011).

O tipo mais citado foi o espontâneo com valores maiores nas gestantes tardias. Sobre o fato de no Brasil o aborto ser maior em mulheres com 35 anos ou mais, uma das possíveis explicações é que elas declaram mais a existência do fenômeno que adolescentes, e também a questão de ser um evento que ocorre ao longo da vida, logo o aumento da idade significa uma maior exposição seja ao aborto como à gravidez (Cecatti, Guerra, Sousa, & Menezes, 2010). O valor de  $p$  do teste qui-quadrado não foi significativo nesse tópico.

Consoante aos dados do IBGE (2011), o uso atual de anticoncepcionais entre mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que vivem em união estável, em 1996 no país foi de 76,7%. Assim o índice encontrado acerca do uso nas adultas jovens foi bem próximo do percentual brasileiro, já nas tardias foi um pouco menor.

Todavia, quanto ao tipo de anticoncepcional utilizado o resultado é similar ao de outras pesquisas que afirmam que o mais utilizado é oral, tipo mais citado nos dois grupos estudados (Dourado & Peloso, 2007, Teixeira et al., 2010).

O tipo de método contraceptivo apresentou valor de  $p$  significativo o que pode indicar maior uso pelo grupo das tardias. Nesse tópico se enquadra explicações quanto ao desenvolvimento dessas mulheres que tendem a ser mais maduras, experientes e com uma postura facilitadora (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008). A prevalência do anticoncepcional oral está relacionada à distribuição nos postos de saúde, caso também observado neste estudo, cujo propósito é a contracepção e não de outras variantes, como tensão pré-menstrual (TPM), bem comum no setor privado (Gomes et al., 2011).

Acerca das informações sobre o bem-estar subjetivo, as médias dos afetos positivos nas jovens foi 0,45 maior que nas tardias, enquanto a média dos afetos negativos nas adultas jovens foi maior 4,8 que as tardias e a satisfação com a vida fora 1,61 na média maior nas gestantes tardias. Com os resultados de análise inferenciais com o Wilcoxon se pôde perceber que não houve diferenças nos valores intergrupos. Acerca dos dados das correlações realizadas, a variável satisfação com a vida- nas tardias- com a variável escolaridade obteve valor de  $p$  muito significativo ( $p < .01$ ), na qual a correlação foi negativa fraca, isto é, a satisfação com a vida tende a aumentar à medida que os valores referentes à escolaridade diminuem. Tais dados não estão de acordo com os achados da literatura que salientam que índices altos de escolaridade são associados com altos índices de satisfação com a vida (Koo, Rie, & Park, 2004; Rodrigues & Silva, 2010).

Pressupõe-se que esses resultados tenham um aspecto positivo, pois geralmente as gestantes tardias tendem a ser assistidas como gestantes de alto risco, especialmente na rede pública, o que pode não está acontecendo na rede de atenção básica de saúde pesquisada, mesmo sendo mulheres com 35 anos ou mais que tem outros filhos, o bem-estar subjetivo encontra-se similar ao de gestantes adultas jovens com condições econômicas parecidas.

Destarte a idade geralmente é considerada um preditor significativo para mudanças tanto nos afetos positivos e negativos como no bem-estar subjetivo de forma geral, já que o afeto negativo tende a aumentar com a idade, porém no caso deste estudo o valor foi maior no grupo das jovens. Como os afetos positivos e o bem-estar subjetivo também diminuem com a idade, outras variáveis (nível de escolaridade, estado civil, estado de saúde e nível de atividade social) precisam ser consideradas, pois constituem, outrossim, causas do declínio no BES (Koo, Rie, & Park, 2004).

Outra variável que pode ter influenciado os valores do BES é o parto, que afeta a satisfação com o relacionamento e, conseqüentemente, tem efeitos negativos na satisfação com a vida. Talvez por essa razão, embora as tardias fossem mais velhas, era esperado que apresentassem os indicadores menores (Koo, Rie, & Park, 2004), contudo elas praticamente tiveram o mesmo número de partos (dados gestações anteriores) que as adultas jovens, esta pode ser uma possível explicação para os valores do BES não terem apresentado diferenças nos grupos (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2012).

## Conclusão

Os objetivos da pesquisa foram atingidos e devidamente respondidos com a concretização desse estudo. Aparentemente o efeito da idade parece ainda não ter um teor estigmatizado para essas gestantes tardias, em decorrência das variáveis pesquisadas serem semelhantes ao das gestantes jovens, isto sinaliza que aspectos considerados como positivos também compõem o repertório emocional e comportamental desse grupo.

A maioria das informações sociodemográficas e do bem-estar subjetivo relativos à comparação entre os grupos não apresentaram valor de  $p$  significativo, o que indica que não houve diferenças nas variáveis pesquisadas, sendo que somente os dados referentes ao número de gestações anteriores e uso de anticoncepcional é que os dados foram maiores nas tardias. Nas correlações entre o BES e as variáveis idade, escolaridade e renda, apenas a relação entre satisfação com a vida e escolaridade nas tardias é que o valor foi  $p < .05$  com correlação negativa fraca, dados estes contrários ao observado na literatura.

Tais informações são úteis para subsidiar a atenção à saúde em políticas direcionadas às gestantes tardias, que proponham assistência à saúde que desmitifiquem preconceitos ligados à idade. Bem como podem contribuir para a capacitação dos profissionais que trabalham com esse público, para auxiliá-los com conhecimentos e práticas sobre esse fenômeno, decorrente de um contexto sociocultural no qual a mulher trabalha para auxiliar na renda e no custeio das despesas do lar.

## Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- 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), 697-701.
- Carvalho, A. P. P., Tonete, V. L. P., Parada, C. M. G. L. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1187-94.
- Cecatti, J. G., Guerra, G. V. Q. L., Sousa, M. H., & Menezes, G. M. S. (2010). Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(3), 105-111.
- Correia, D. S., Monteiro, V. G. N., Cavalcante, J. C., & Maia, E. M. C. (2011). Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 465-71.
- Diener E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8):67-113.
- Dorla Filho. U. (1999). *Introdução à bioestatística: para simples mortais*. São Paulo: Elsevier, 17-37.
- Dourado, V. G., & Peloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 69-74.
- Fernández, M. A. L. (2008). Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada. *Gaceta Sanitaria*, 22(5):396-403.
- 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.
- Gomes, P.D., & Zimmermann, J. B., Oliveira, L. M. B., Leal, K. A., Gomes, N. D., Goulart, S. M. (2011). Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2453-2460.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR) (2006). Síntese de indicadores sociais. 2006. Recuperado em 2 abril, 2010, de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=774](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774)

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2011). Censo demográfico 2010: resultados preliminares. [acesso 16 nov 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2018&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1)
- Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics & Gerontology International*, 4(S1), 268-270.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M., & Gotlieb, S. L. D. (2004). A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(4), 449-60.
- Lima, F. L. A. Saldanha, A. A. W., & Oliveira, J. S. C. (2009). Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. *Psicologia em Revista*, 15(1), 141-157.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 15-139.
- Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde no Brasil. [Internet]. Recuperado 02 de novembro, 2011, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude\\_brasil2004\\_capitulo2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo2.pdf)
- Rodrigues, A., Silva, J. A. (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico USF*, 15(1), 113-123.
- 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), 326-34.
- Teixeira, S. V. B., Rocha, C. R., Moraes, D. S. D., Marques, D. M., & Villar, A. S. E. (2010). Educação em saúde: a influência do perfil sócio-econômico-cultural das gestantes. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 4(1), 133-41.
- Yogev, Y., Melamed, N., Bardin, R., Tenenbaum-Gavish, K., Ben-Shitrit, G., Ben-Haroush, A. (2010). Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203(558), 1-7.