

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

RESILIÊNCIA E APOIO SOCIAL EM GESTANTES TARDIAS

Welyton Paraíba da Silva Sousa

Natal

Abril – 2015

Welyton Paraíba da Silva Sousa

RESILIÊNCIA E APOIO SOCIAL EM GESTANTES TARDIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação da Dra. Eulália Maria Chaves Maia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal

Abril – 2015

UFRN. Biblioteca Central Zila Mamede.
Catalogação da Publicação na Fonte

Sousa, Welyton Paraíba da Silva.

Resiliência e apoio social em gestantes tardias / Welyton Paraíba da Silva Sousa. – Natal, RN, 2015.
80 p.

Orientadora: Profª Drª. Eulália Maria Chaves Maia.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Resiliência – Dissertação. 2. Gravidez tardia – Dissertação. 3. Apoio social – Dissertação.
4. Estudo correlacional – Dissertação. 5. Unidades de saúde – Dissertação. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 159.9.019.4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias” elaborada por Welyton Paraíba da Silva Sousa, foi considerada APROVADA por todos os membros da Banca Examinadora e pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal, 27 de Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Eulália Maria Chaves Maia

Assinatura

Divanise Suruaguy Correia

Assinatura

Maria da Apresentação Barreto

Assinatura

A Estrada
(Cidade Negra)

*Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei*

*A vida ensina e o tempo traz o tom
Pra nascer uma canção
Com a fé do dia a dia encontro a solução
Encontro a solução*

A Pai Afonso In memorian

“Que o tempo, generoso, permita-me
dar-vos quanto tenho e quanto posso, que quanto mais vos pago, mais vos devo.”

Luís Vaz de Camões

AGRADECIMENTOS

Meu Muito Obrigado:

A DEUS pelas bênçãos e por me fazer estar nesse momento da vida compartilhando essa conquista junto a meus pais, esposa, irmãos, parentes e amigos.

AOS MEUS PAIS Isabel Paraíba e José Martinho por me dar as condições materiais, afetivas e ter me fornecido o principal que foi seus exemplos de luta, honestidade e fé. A minha mãe Isabel Paraíba pelo seu exemplo de dedicação e amor ao ensino e a educação de tantos alunos, mãe você sempre será o meu maior exemplo nessa aventura que é compartilhar saberes.

A minha eterna e amada ESPOSA Maria Aurelina por compartilhar comigo seu exemplo de amor, companheirismo e dedicação, e sem a qual não teria chegado até aqui. Obrigado por ter me incentivado a cada dia e ter me emprestado o seu exemplo de bravura e coragem, afinal você é minha grande fonte de inspiração, para não dizer meu espelho. A minha *üumber-woman* a quem dedico os melhores frutos desse trabalho.

A MINHA ORIENTADORA Professora Dra. Eulália Maria Chaves Maia por me ofertar essa oportunidade de realizar esse sonho pessoal e me deixar participar do GEPS. Ofertando-me, assim, a oportunidade de crescimento profissional e humano. Além de me deixar compartilhar e aprender um pouquinho da sua larga experiência acadêmica. A você, Eulália, minha Eterna Gratidão.

A meus pais Afonso Oliveira e Ursulina Batista, bem como à família Oliveira por ter ajudado a me criar e educar, pelo exemplo de vida que me passaram desde minha infância e pela sabedoria na superação de todas as dificuldades.

A Conceição Paraíba por ter me acolhido em sua casa na capital (Teresina-PI) e ter feito parte da minha história educacional e moral, além de continuar cuidando da minha família.

Aos meus irmãos Weidson, Joãozinho, Francisca “Chela”, Wênio, bem como às minhas cunhadas.

Sem citar nomes para não correr o risco de cometer injustiça e, também, por serem muitas pessoas, agradeço a todos os meus tios e tias, primos e primas.

Ao professor e amigo Luciano Alemonte pelas as ajudas inestimáveis.

A Família Machado de Oliveira pelo auxílio e acolhimento.

As Gestantes tardias por me emprestar um pouquinho de suas histórias de vida.

As Coordenadoras do curso de psicologia da UNIFACEX Ana Regina, da UNI-RN Jordana Campos e da UNP Cintia Gallo por permitirem que os alunos dessas IES participassem da minha jornada de pesquisa do mestrado.

Aos colaboradores Elânia Lira, Paulo Cardoso, Diogo David, Thaíslla Ingrid, Fernanda Pimentel, Helba Melo, Lucas Dantas, Amanda de Paula, Vanessa Martins e Paula Luz que colaboraram voluntariamente com a coleta de dados dessa pesquisa, obrigado pelo esforço de todos vocês.

Aos discentes Denise, Rômulo, Rodrigo, Ana Paula, Lucas, Nathália e todos os outros alunos e professores do GEPS por me acolherem e compartilharem comigo suas valiosas experiências acadêmicas e profissionais.

Ao casal Fernanda e André pelos auxílios na configuração das planilhas e por todo apoio e amizade, e por tantas vezes compreenderem minhas lamentações de forasteiro.

Ao João Carlos Alencar, a Ana Cecília e ao Professor Bernardino Calvo pelo apoio e consultoria na parte de estatística.

Aos Agentes Comunitários de Saúde por tantas vezes terem me levado até a casa das gestantes.

As professoras Iolete e Aparecida por terem me ensinado a ler.

Aos Amigos e mestres Prof^o Antônio José Mambenga, Wanderson Lima Torres e Alfredo Werney por terem me lançado no universo mágico das letras.

Aos Docentes e Educadores: Isabel Paraíba, João Batista Vale Júnior e Denis Barros de Carvalho por terem me feito seguir a carreira da docência.

Ao George, Synara Rocha, aos colegas da minha turma de mestrado e, ao Matheus e todos os membros dos Major pelo Apoio Social que me ofertaram.

Aos meus professores do mestrado pelos conhecimentos compartilhados;

Aos meus sobrinhos e a minha esposa por tantas vezes me fazer esquecer e descansar da fatídica fuligem da realidade.

E por fim, a todos que participaram direta ou indiretamente deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| RESUMO | ix |
| ABSTRACT | x |
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Gravidez Tardia | 11 |
| 1.2 Resiliência | 14 |
| 1.3 Apoio social | 19 |
| 2 OBJETIVOS | 23 |
| 2.1 Geral | 23 |
| 2.2 Específicos | 23 |
| 3 MÉTODO | 24 |
| 3.1 Participantes e Locais de Coleta | 24 |
| 3.2 Critérios de inclusão e de exclusão | 25 |
| 3.3 Procedimentos éticos | 26 |
| 3.4 Procedimentos de coleta de dados | 26 |
| 3.4.1 Questionário da pesquisa | 27 |
| 3.4.2 Escala de Resiliência (ER) | 27 |
| 3.4.3 Escala de Apoio Social (EAS) | 28 |
| 3.5 Estudo piloto | 29 |
| 3.6 Procedimentos de análise dos dados | 29 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 32 |
| 4.1 Dados sociodemográficos e gestacionais | 32 |
| 4.2 Escores de resiliência e de apoio social | 42 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Correlações entre resiliência, apoio social, variáveis sociodemográficas e gestacionais ----- | 46 |
| 4.4 Relações entre apoio social e suas dimensões, dados sociodemográficos e gestacionais ----- | 54 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- | 58 |
| REFERÊNCIAS ----- | 62 |
| APÊNDICES ----- | 71 |
| Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ----- | 71 |
| Apêndice B – Questionário de Pesquisa ----- | 73 |
| Apêndice C – Dispersão dos resíduos do modelo. ----- | 74 |
| ANEXOS ----- | 75 |
| Anexo 1 - Escala de Resiliência ----- | 75 |
| Anexo 2 - Escala de Apoio Social ----- | 76 |
| Anexo 3 - Parecer CEP ----- | 77 |
| Anexo 4 - Anuência Secretaria Municipal de Saúde de Natal (RN) ----- | 80 |

RESUMO

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. Por gravidez tardia, entende-se aquelas gestações que ocorrem na faixa etária de 35 anos ou mais. A ocorrência desse tipo de gravidez vem aumentando no Brasil e no mundo, fatores como maior acesso aos recursos de controle da natalidade e a busca da estabilidade financeira tem explicado o adiamento da gestação. Processos importantes como a resiliência e o apoio social podem auxiliar, as gestantes tardias, de forma benéfica na adaptação ao processo gestacional. A resiliência caracteriza-se pela capacidade de um determinado sujeito ou grupo passar por uma situação adversa, conseguir superá-la e sair fortalecido, transformando-a em estímulos para o seu desenvolvimento biopsicossocial. O apoio social é um processo dinâmico e complexo que envolve transações entre indivíduos e as suas redes sociais, satisfazendo as necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem para enfrentarem novas exigências. No intuito de levantar informações sobre esses construtos em gestantes tardias do município de Natal-RN, que se justifica a importância dessa pesquisa, cujo objetivo geral foi avaliar os indicadores de resiliência e o apoio social em gestantes tardias do município de Natal (RN). Pesquisa descritiva e correlacional de corte transversal que foi realizada com 150 gestantes tardias. Os instrumentos utilizados foram: um Questionário estruturado com informações sociodemográficas e gestacionais, a Escala de Resiliência e a Escala de Apoio Social. Para analisar os dados foi utilizado um software de planilhamento eletrônico (Excel e SPSS 21.0) que auxiliou na realização de estatísticas descritivas e inferenciais conforme a tipologia das variáveis e os objetivos do estudo. Para as variáveis nominais utilizou-se frequências relativas e para as contínuas correlações de Pearson e coeficiente de determinação, visto que a amostra teve uma distribuição normal. O projeto cumpriu os aspectos éticos prescritos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo obtido parecer favorável (356.436/ 2013) do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN. A maioria das gestantes apresentaram baixa renda e escolaridade, natural do Rio Grande do Norte, tinham em média 37,49 ($\pm 2,577$) anos de idade, eram católicas, viviam em união estável, trabalhadoras do lar (“donas de casa”), multigestas e estavam no terceiro trimestre gestacional; além de baixo histórico de aborto, de não planejarem a gravidez, com média de 4,22 ($\pm 2,506$) consultas pré-natais, de residirem em média com 3,673 ($\pm 1,397$) pessoas, terem feito uso de algum tipo anticoncepcional e de possuírem indicadores elevados de resiliência e apoio social. As correlações mantidas entre a resiliência, o apoio social e algumas das variáveis sociodemográficas e gestacionais foram consideradas baixas. Tais dados sinalizam que o fato da maior parte dessas grávidas se encontrarem num relacionamento estável, não terem tido histórico de aborto, fazerem parte de alguma religião, não serem mães primigestas, possuírem uma média de idade suficiente para serem consideradas mães experientes e ainda terem apresentado escores elevados na escala de apoio social, possivelmente, sejam os fatores que mais tenham contribuído no desenvolvimento e na construção da resiliência nessas gestantes de 35 anos ou mais. Espera-se que as informações oriundas dessa pesquisa possam incrementar conhecimentos, ações e melhorias na qualidade da assistência à saúde das gestantes tardias e para uma maior compreensão do fenômeno da gravidez em geral.

Palavras-chave: gravidez tardia, resiliência, apoio social, estudo correlacional, unidades de saúde.

ABSTRACT

The gestation process, in general, is a very important event on a woman's life and it brings physical, physiological and emotional changes, which by itself is an experience full of intense feelings. By late-aged pregnancy we mean those which occurs at the age of 35 or further. The occurrence of this type of pregnancy is rising in Brasil and throughout the world, factors such as, better access to birth control resources and the search for financial stability explains the pregnancy delay. Important processes like resilience and social support can help late-aged pregnant women, in a beneficial way, to adapt to the gestation process. Resilience is the capacity that a certain individual or group of individuals have to go through an adverse situation, be able to overcome it and become strengthened, transforming it in motivation for its biopsichosocial development. Social support is a complex and dynamic process that involves transactions between individuals and their social networks, meeting the social needs, promoting and complementing the personal resources that they have to face new demands. This research has the intention of raising information about the issues of late-aged pregnant women in the County of Natal- RN, the main objective was to evaluate the resilience indicators and the social support on late-aged pregnant women in the Natal-RN County. A transversal cut, correlational and descriptive research that was done with 150 late-aged pregnant women. The tools that were used were: A form with sociodemographic and gestation info, the scale of resilience and social support. An electronic spreadsheet software (Excel e SPSS 21.0) was used to analyze data which helped on the statistics according to its variables and the objective of this work. For the nominal variables, relative frequencies were used and for continuous the Pearson correlation and determination coefficient were used, regarding that; the sample had a normal distribution. The project fulfilled the ethnic aspects prescribed by Resolution 466/12 of the National Health Council, with a favorable decision (356.436/ 2013) of the UFRN Ethics on Research Committee. Most of the pregnant women had a low money income and education level, born in the state of Rio Grande do Norte they had an average age of 37,49 ($\pm 2,577$), catholic, married, house wives, they had more than one child and were on their third trimester of pregnancy; they also had a low past abortion rate, not having planned their pregnancy, with an average of 4,22 ($\pm 2,506$) pre-natal appointments, residing with an average of 3,673 ($\pm 1,397$) people, having used any sort of birth control device and having high indicators of resilience and social support. The correlations kept between resilience, social support and some of the social demographics and gestation variables were considered low. Such data points out the fact that most of these women were in a stable relationship; they hadn't had a past of abortion, they were involved with some kind of religion, they were not first pregnancy mothers, had an age on which they are not considered inexperienced mothers and even had scored high on the social support scale, these may all possibly be the most contributing factors on development and resilience building on these 35 years or more mothers. We expect that the data and information from this research may add up knowledge, actions and improvements regarding late-aged pregnant women and the pregnancy phenomena in general.

Key-Words: late-aged pregnancy, resilience, social support, correlational study, health units

1 INTRODUÇÃO

1.1 Gravidez tardia

A gravidez, de forma geral, é um importante evento na vida de uma mulher e provoca mudanças físicas, fisiológicas e emocionais, constituindo uma experiência repleta de sentimentos intensos (Benute, Nomura, Pereira, Lucia, & Zugaib, 2009; Maldonado, 2002). As perspectivas teóricas da Psicologia do Desenvolvimento, compreende a gravidez como uma etapa do ciclo vital feminino (Papalia, Olds, & Feldman, 2009) e da Psicologia da Saúde que busca uma visão integral do sujeito, na qual os fatores orgânicos, psicológicos e sociais estão interligados (Sebastiani, 2007).

Por gravidez tardia entende-se aquela gestação que ocorre aos 35 anos de idade ou mais (Laopaiboon *et al.*, 2014), e costuma ser acompanhada de mudanças a nível biológico, psicológico e social (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012), além de poder se constituir numa experiência preenchida por mudanças corporais e psicológicas e de vir acompanhada de situações novas e estressoras, mas pode vir, também, acompanhada de sentimentos de bem-estar e de realização pessoal e/ou familiar.

Na atualidade existe um aumento mundial na ocorrência de casos de gravidez tardia, assim como de estudos sobre o dado fenômeno (Chamy, Cardemil, Betancour,

Ríos, & Leighton, 2009; Caetano, Netto, & Manduca, 2012). Há um crescimento significativo de publicações nas áreas da saúde, principalmente na medicina, mas também em outras áreas como na enfermagem, na psicologia entre outras (Andrade *et al.*, 2004).

No Brasil, os índices de mulheres que engravidam após os 35 anos, corresponde a quase 10% dos nascidos vivos, valores esses que são referentes ao ano de 2012 do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC, 2013). É importante salientar que na cidade de Natal (RN), tal índice representa 11,46% dos totais de nascidos vivos, sendo que esse valor supera os índices do estado do Rio Grande Norte (9,91%), do Nordeste (9,19%) e até mesmo do Brasil que é de 10,89% (SINASC, 2013).

Atualmente são vários os fatores que têm contribuído para o incremento significativo de casos de gravidez tardia: a busca de um parceiro estável, a priorização da carreira profissional e da estabilidade financeira, o efetivo controle de natalidade, os avanços na tecnologia de reprodução assistida, os casamentos adiados, o aumento nas taxas de divórcios seguidas de novas uniões conjugais e a ampliação dos níveis educacionais da população (Carolan, Davey, Biro, & Kealy, 2011). Apesar desses fatores supracitados justificarem o adiamento da gravidez para a faixa etária dos 35 anos ou mais, ainda assim, é um tipo de gestação muito associada a eventos obstétricos negativos (Gravena, Sass, Marcon, & Pelloso, 2012).

É comum a literatura apontar que o adiamento gestacional para depois dos 35 anos aumenta a suscetibilidade dessas mulheres de apresentarem maiores riscos pré e perinatais adversos, incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade maternal e/ou fetal (Ludford, Scheil, Tucker, & Grivell, 2012). Porém, sabe-se que existem outros fatores capazes de amenizar os riscos de uma gestação a partir dessa

idade como, por exemplo, os próprios recursos médicos, tecnológicos e informativos, na qual, alguns países dispõe (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008).

Enquanto uma parte dos estudos ainda direciona seu foco para os complicadores gestacionais (principalmente os biológicos), que de fato podem ser comuns a esse tipo de gestação, há outros que preferem abordar outros aspectos como os fatores psicossociais positivos (Oliveira *et al.*, 2014). Porquanto estudos tem demonstrado que a gestação tardia não é permeada somente por riscos, também podem predominar aspectos salutareos como: maior experiência de vida e identidade mais consolidada, maior preparação psicológica e quiçá financeira para vivenciar a experiência materna, entre outras atitudes facilitadoras para uma melhor adaptação à maternidade (Gomes *et al.*, 2008; Parada & Tonete, 2009).

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 a resiliência e o apoio social no enfrentamento às possíveis dificuldades que perpassam o período gestacional ou como suporte às gestantes contra possíveis prejuízos maternos e fetais.

Logo, a resiliência e apoio social são reconhecidos na literatura como fatores de proteção durante a gravidez, porém são poucos os estudos que se concentram em avaliar esses fatores (Lan, Contreras, Cuesta, Mori, & Carrilo, 2008). É com a proposta de levantar informações sobre esses aspectos de proteção contra possíveis riscos à saúde de gestantes tardias do município de Natal-RN que este estudo busca verificar as possíveis relações existentes entre gravidez tardia, resiliência e apoio social.

1.2 Resiliência

A palavra resiliência é originária do latim *resilo* e se refere à capacidade de retornar ao estado anterior. Esse conceito foi aplicado primeiramente às ciências exatas (Canêo, & Júnior, 2011; Oliveira, Neme, & Reis, 2008; Ribeiro, Mattos, Antonelli, 2011). A resiliência é um conceito oriundo da Física e da Engenharia e é utilizado, desde o início do século XIX, para descrever o potencial de elasticidade e de plasticidade de cada material (Poletto & Koller, 2008). O interesse nesse fenômeno no campo das ciências da saúde surgiu apenas na década 1970, sendo que uma das primeiras pesquisas que cita o termo foi de Gayton, Friedman, Tavormina, e Tucker (1977), que abordou o impacto emocional em pessoas da família de crianças portadoras de fibrose cística.

Nas ciências humanas esse conceito costuma ser aplicado para caracterizar e explicar a capacidade de um determinado sujeito ou grupo em passar por uma situação adversa, conseguir superá-la e sair fortalecido, transformando-a em estímulos para o seu desenvolvimento biopsicossocial (Angst, 2009; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012). Já “no campo da psicologia a palavra resiliência apareceu pela primeira vez em 1966 para descrever as forças biológicas e psicológicas promotoras de superação frente aos reveses da vida – trauma, estresse e outras formas de risco.” (Benetti & Crepaldi, 2012, p.10).

Segundo Benetti e Crepaldi (2012) houve basicamente três gerações de pesquisadores, da psicologia como de outras áreas, que trouxeram enormes contribuições no estudo da resiliência. Nos anos 60, a psicóloga Emmy Werner começou um estudo com crianças que viviam em situações de extrema pobreza, no Havaí. Nos anos 70, o médico Norman Garmezy focou seus estudos na competência de

crianças em situação de risco e que eram filhos de pais com transtornos mentais, que mesmo crescendo em ambiente adverso não desenvolviam qualquer tipo de transtorno psicológico. Nos anos 80 Michael Rutter, psiquiatra inglês, e sua equipe destacam a importância da combinação de fatores individuais e do contexto que permitem o enfrentamento de situações adversas.

E os pesquisadores dos anos 90 se dedicaram a investigar questões concernentes à identificação de fatores que facilitavam o desenvolvimento da resiliência, as quais levavam a manifestações de competências e habilidades na realização de tarefas típicas do desenvolvimento humano. Nesse cenário da década de 90, mais especificamente em 1998, surgiram os primeiros estudos envolvendo crianças em situação de risco e fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, associando o assunto às redes de apoio social de crianças durante o enfrentamento de situações de risco com, por exemplo, o estudo de Hutz e Koller (1996).

No Brasil os primeiros trabalhos sobre resiliência surgiram na década de 1990 e os temas mais investigados eram sobre crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial e os perfis de executivos (Souza & Cerveny, 2006). Resiliência é um processo dinâmico, onde as influências individuais e ambientais se interconectam de maneira recíproca e onde o conjunto de processos intrapsíquicos e sociais possibilitam o desenvolvimento de uma maior adaptabilidade e superação das possíveis dificuldades da vida (Assis, Pesce & Avanci, 2006; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Nos estudos de resiliência é comum haver investigações que envolvem outros elementos como os de *coping* e dos fatores de risco e proteção, embora a resiliência não deva ficar restrita a esses (Pesce *et al.*, 2004). Os fatores de risco são variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação do sujeito diante de uma situação de perigo.

Já os fatores de proteção são as influências que modificam ou melhoram a resposta de um indivíduo aos processos de riscos, servindo, por exemplo, como mediadores (*buffers*) de situações estressoras. O conceito de *coping*, por sua vez, caracteriza-se como o conjunto de estratégias utilizadas pelos sujeitos para se adaptarem às circunstâncias adversas (Angst, 2009; Pesce *et al.*, 2004; Sapienza & Pedromônico, 2005).

Sendo a resiliência um construto que se relaciona, também, a outros processos individuais e coletivos como por exemplo auto-estima, otimismo, bem-estar psicológico entre outros. E sem dúvida os fenômenos que mais podem contribuir, ou até mesmo compor a resiliência, são aqueles elementos de ordem psicossocial compreendidos pelos fatores de proteção, como é o caso, dentre outros, do apoio social. E algo que precisa ser considerado, no que diz respeito aos fatores de proteção, é a dificuldade em quantificar processos relacionados a eles. Como coloca Angst (2009): “Por esse motivo, a construção de instrumentos de medição da resiliência é vista tanto com reserva quanto como necessidade” (p.257).

É importante ressaltar que no campo da psicologia a mensuração de fenômenos psicossociais é um tanto quanto delicada, porém comunga com a seguinte prerrogativa: dizer que não é possível compreender - em hipótese alguma - os fenômenos psicológicos pelo método da quantificação é tão radical como dizer que eles são compreendidos somente pela mensuração de seus resultados (Japiassú, 1975; Castañon, 2009). Afinal, questionamentos de ordem filosófica a fenômenos investigados por alguma ciência sempre haverá; contudo, uma dada ciência não pode parar suas investigações por conta de tais questionamentos.

O que se constata é que está havendo, no campo da saúde mental, interesse pelo conceito de resiliência e com isso tornou-se necessária a criação de instrumentos que

avaliem esse construto. A partir dessa perspectiva surgiram instrumentos de autoinformes submetidos à análise fatorial, como, por exemplo, a escala de resiliência “resilience scale” desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e traduzida e validada para o Brasil por Pesce *et al.*(2005), sendo que este instrumento tem como função mensurar níveis de adaptação psicossocial positiva.

De acordo com Angst (2009) a mensuração da resiliência pode auxiliar pesquisadores e profissionais de áreas da saúde na verificação de riscos psicossociais existentes nos diversos tipos de população e no levantamento de informações úteis que permitam estabelecer planos de intervenção. O grau de resiliência de um indivíduo envolve fatores protetores - competências comportamentais, recursos psicológicos e sociais como educação, família, amigos e o apoio de instituições sociais - que mudam as respostas desse indivíduo aos fatores adversos que podem vir a ocorrer em algum momento de sua vida (Lopes, 2005).

Do ponto de vista psicológico, a resiliência tem sido associada a diferentes recursos pessoais, que levam a comportamentos adaptativos, atuando como protetores diante de estressores e de adversidades da vida, além de atuar como um processo promotor de saúde (Rutter, 1987; Wagnild, 2003). Pouco se sabe sobre resiliência entre gestantes; apesar de haver algumas publicações científicas sobre influências "psicossociais" nos desfechos da gravidez, não há muitos estudos sobre os processos de resiliência específicos durante a gestação, e os poucos que existem dirigem seus esforços em combinar diferentes recursos psicossociais (Calhoun & Tedeschi, 2006; Scheter, 2011).

Segundo Ribeiro e Gualda (2011) o processo saúde-resiliência possui correlações a partir do entrelaçamento com outros fatores como, por exemplo, o suporte social. Portanto, fenômenos como o apoio social e a resiliência se mostram importantes

ao longo de toda a vida do indivíduo, especialmente em períodos de mudanças e de adaptabilidade como é o caso do período gestacional. A resiliência fornece uma indicação da capacidade de gestantes em lidarem com situações estressoras, causadas muitas vezes pelas alterações hormonais e fisiológicas oriundas da gravidez, que por ventura podem, também, elevar os níveis de preocupações e ansiedades maternas (Richardson, 2002). O estudo correlacional de Roos, Faure, Lochner, Vythilingum e Stein (2013) demonstrou, através de mensuração de fenômenos psicossociais em 105 gestantes, que aquelas que apresentaram baixa resiliência, tiveram maiores preditores de angústia e ansiedade.

As investigações sobre resiliência em gestantes já demonstram, mesmo que timidamente, uma mudança de paradigma que inclui a passagem de um modelo biomédico tradicional, centrado nas condições meramente fisiológicas do fenômeno gestacional, para outra perspectiva que inclui a capacidade de enfrentamento e desenvolvimento de competências e de estímulo às potencialidades como elementos indispensáveis no desenvolvimento pessoal (Ribeiro & Gualda, 2011). E quando se trata da gravidez tardia é muito comum focarem apenas os aspectos fisiológicos adversos ligados a esse tipo de gestação. É com a pretensão de levantar algumas informações sobre possíveis aspectos psicossociais que envolvam a gravidez tardia que este estudo configura-se de grande valia.

Quando se trata da resiliência como um fenômeno processual é importante salientar que as relações sociais são vistas como fatores que integram e facilitam o processo de resiliência, mantendo uma influência direta sobre a temática (Fontes, 2010), visto que o apoio social pode se configurar como um dos mais importantes construtos, que influencia de maneira positiva o processo de resiliência, sendo um dos elementos

que podem corroborar com os recursos psicológicos envolvidos no processo de resiliência em gestantes tardias (Lam *et al.*, 2008).

1. 3 Apoio social

Os desdobramentos históricos do conceito de apoio social podem ser considerados recentes, a partir dos estudos em sociologia, dentre os quais se destaca uma obra lançada, em 1897, por Émile Durkheim “O suicídio”. Nesse livro, Durkheim pôde demonstrar que níveis baixos de integração social entre os indivíduos poderiam resultar num aumento das taxas de suicídio. Mas somente a partir da década de 1960 houve um maior interesse da sociologia em investigar o enfraquecimento dos laços sociais gerados pelas consequências sociais do processo de industrialização, crescimento e modernização das grandes cidades e centros urbanos (Barrón, 1996).

Conforme Barrón (1996) desde os finais dos anos 60 tem-se observado um aumento de investigações que buscam verificar a influência dos sistemas sociais na conduta humana e também nos processos de saúde-doença. Ainda segundo esta autora a influência do apoio social nos aspectos ligados à saúde geral do indivíduo e principalmente à saúde mental, tem sido bastante estudado.

Segundo Seidl e Tróccoli (2006), “o construto apoio social surgiu de forma proeminente na literatura em psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 1970” (p.317). De forma que nessa década surgiram três trabalhos pioneiros no estudo do apoio social: os de John Cassel (1974/1976), Gerald Caplan (1974) e Sidney Cobb (1976). Esses trabalhos tiveram enorme importância para o entendimento e

desenvolvimento dessa temática, visto que apontaram para a questão da importância das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde dos indivíduos.

Tais estudos chamaram atenção para o fato de que a precariedade de apoio social poderia tornar as pessoas mais vulneráveis ou desprotegidas de danos à saúde física e psicológica. Nas décadas de 70 e 80, ainda surgiram diversos estudos que apontaram de maneira contundente para o aumento do risco da mortalidade entre os indivíduos socialmente isolados (Berkman & Syme, 1979; Blazer, 1982; House, Robbins, & Metzner, 1982; Kaplan *et al.*, 1988).

O apoio social propicia ao indivíduo acreditar que é amado, cuidado, estimado e valorizado, bem como participa de uma rede de comunicação e obrigações recíprocas (Cobb, 1976), 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 (Gonçalves, Pawlowiski, Bandeira, & Piccinini, 2011). Segundo Moreira e Sarriera (2008) o conceito de apoio social se sustenta em quatro fatores: no número de pessoas com as quais o sujeito se relaciona, na estrutura e qualidade dessas relações, nas ações concretas executadas e na percepção que a pessoa mantém sobre todos esses aspectos.

Os estudos sobre apoio social se desdobraram por duas perspectivas que foram: aqueles que investigaram os aspectos estruturais (ênfase nos estudos das relações das pessoas com sua rede social) e funcionais (ênfase na importância da percepção dos sujeitos quanto ao apoio social recebido). E é nessa segunda perspectiva que a escala de apoio social desenvolvida por Sherbourne e Steward (1991) e validada para o Brasil por Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) estão alicerçadas, sendo também o ponto de vista desta pesquisa.

Esse construto, conforme Reis, Fernandes e Gomes (2010), opera como um fator de proteção aos efeitos físicos e psicológicos decorrentes de situações de estresse sendo, portanto, de suma importância quando se trata de mudanças e períodos de transição relacionados ao desenvolvimento humano como é o caso da gravidez tardia. Segundo Silva e Coutinho (2005), “a investigação da relação existente entre apoio social e desfechos relacionados à saúde materna e perinatal tem despertado a atenção de pesquisadores nos últimos vinte anos” (p. 979).

Considerando que os primeiros trabalhos sistemáticos e empíricos sobre o apoio social têm menos de seis décadas, não soa nada estranho que estudos que investigam o apoio social em gestantes tardias sejam da década de 1990, como por exemplo, os de Reece (1993) que investigou, longitudinalmente, entre outros fatores, o apoio social e primeira experiência de maternidade em 91 primíparas com mais de 35 anos. Esse estudo se destaca pela ênfase em variáveis sociais e emocionais, em detrimento de aspectos médicos explorados por outros estudos.

Estudo um pouco mais recente que o de Reece (1993), foi o de Langer *et al.* (1996) que investigou em quatro instituições na América Latina os efeitos do apoio social durante a gravidez. Nessa perspectiva se podem citar, também, os estudos de Levitt, Weber e Clark (1986) e de Dessen e Braz (2000), que demonstraram a influência que o apoio social desempenhava no provimento de sentimentos de bem-estar psicológico e de satisfação com a vida durante a gestação. Outros estudos puderam verificar, também, o impacto que o apoio social desempenhava no desenvolvimento salutar da gestação (Edmonds, Paul, & Sibley, 2011; Rapoport & Piccinini, 2006; Silva, 2005).

Em eventos importantes de vida como a gravidez, em que ocorrem transformações físicas e emocionais na mulher, o apoio social pode servir como ferramenta considerável. Estudos como o de Feldman, Dunkel-Schetter, Sandman e

Wadhwa (2000) vêm demonstrando que as interações sociais têm um impacto positivo sobre a saúde física e o bem-estar psicológico de gestantes.

No Brasil, mais recentemente, foram realizados estudos que aferiram níveis de apoio social percebido pelos indivíduos, como exemplo se pode citar a escala de apoio social desenvolvida originalmente por Sherbourne e Steward (1991), adaptada para o Brasil por Griep *et al.* (2005) e validada para uma população de gestantes por Silva e Coutinho (2005).

Segundo Moreira e Sarriera (2008) o sentimento de satisfação com o apoio social talvez justifique sua relevância, quando se considera que a gravidez, o nascimento e os primeiros cuidados com o bebê são eventos estressantes, tenha a gestação sido desejada ou não. O apoio social funciona como moderador dos sentimentos que possam perpassar o processo gestacional.

A partir disto, verifica-se a importância das mais variadas formas de apoio social durante a gravidez, já que o mesmo é um provável preditor de saúde tanto antes como após o parto (Sarason, 1999). A seguir, será apresentado informações acerca dos procedimentos da pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a resiliência e o apoio social em gestantes tardias do município de Natal (RN).

2.2 Específicos

- Averiguar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e gestacionais e a resiliência nas gestantes tardias;
- Investigar a existência de possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas e gestacionais e o apoio social nas participantes;
- Relacionar os escores de resiliência com os escores de apoio social.

3 MÉTODO

Esta pesquisa é de caráter descritivo, correlacional e de corte transversal. É descritiva, pois a proposta é descrever ou sintetizar os dados através de suas medidas mais comuns, no caso deste estudo descreverá características presentes em gestantes tardias (Barbetta, 2010; Gil, 2010).

Também é correlacional, pois investigará as correlações existentes entre um fator e outro, permitindo estudar muitas variáveis simultaneamente (sociodemográficas, gestacionais, resiliência e apoio social). Consiste na obtenção de medidas de duas ou mais variáveis e na verificação, por meio de método estatístico apropriado, das relações existentes entre elas (Dancey & Reidy, 2006).

Ainda é transversal, pois todas as medições foram feitas num único momento, não havendo período de seguimento dos indivíduos. Este tipo de estudo também pode ser usado com a proposta de descrever associações entre variáveis, nesse caso, entre as variáveis sociodemográficas, gestacionais, o apoio social e a resiliência (Barbetta, 2010).

3.1 Participantes e locais de coleta

Participaram da pesquisa, gestantes que se encontravam na faixa etária dos 35 anos ou mais (grávidas tardias). O método de amostragem foi não probabilístico, por conveniência (Ribeiro, 2007) e a amostra foi constituída por 150 gestantes, que

recorreram aos serviços de algumas Unidades ou Centros de Saúde, no período de setembro de 2013 a novembro de 2014.

A pesquisa foi realizada em algumas Unidades Básicas de Saúde do município de Natal (RN). A seleção das unidades foi feita tendo por base o maior número de gestantes tardias elencadas na Listagem SISPRENATAL do ano de 2012 fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Desta forma, as unidades de saúde que constituíram locais de coleta de dados desta pesquisa foram:

- ✓ Distrito Sanitário Norte I - USF Parque dos Coqueiros, UBS Nova Natal, USF Nova Natal II;
- ✓ Distrito Norte II – UBS Pajuçara, USF Potengi e USF Soledade II;
- ✓ Distrito Sul – UBS Ponta Negra, UBS Cidade Satélite, UBS Mirassol, UBS Pirangi e UBS Neópolis;
- ✓ Distrito Oeste - UMS Felipe Camarão I, UMS Quintas e UBS Felipe Camarão II;
- ✓ Distrito Leste – UBS Lagoa Seca, UBS São João.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser gestante na faixa etária de 35 anos ou mais e estar realizando acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município de Natal (RN). Já o critério de exclusão foi ser gestante de alto risco, pois provavelmente nesses casos essas grávidas terão um acompanhamento pré-

natal diferenciado em decorrência da natureza do quadro, e tal estado pode influenciar nos fenômenos pesquisados.

3.3 Procedimentos éticos

A fim de que este projeto de pesquisa fosse apreciado para averiguar os critérios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através 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 através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 Procedimentos de coleta dos dados

A coleta de dados consistiu na aplicação de 3 (três) instrumentos auto aplicáveis: um questionário estruturado abrangendo dados sociodemográficos e informações sobre a gravidez, a Escala de Resiliência (ER) e a Escala de Apoio Social (EAS), descritos adiante. Frisa-se que a aplicação desses três instrumentos às participantes foi realizada pelo autor da pesquisa e por alunos de psicologia que se dispuseram a ser colaboradores (voluntários). Essa etapa foi efetuada junto às participantes nas unidades básicas de saúde citadas (item Participantes e locais de coleta) em um só encontro, onde na maioria das vezes na forma de entrevista e numa minoria de forma autoaplicável.

3.4.1 *Questionário estruturado*

Foi baseado no questionário de Oliveira (2012) o qual constou de dados sociodemográficos (idade, naturalidade, religião, escolaridade, renda, profissão, estado civil, número de pessoas na casa) e gestacionais (período gestacional, número de gestações anteriores, número de consultas pré-natais, planejamento da gravidez, uso de anticoncepcional, tipo de aborto).

3.4.2 *Escala de Resiliência (ER)*

A Escala de Resiliência (ER) foi elaborada por Wagnild & Young em 1988 e revisada pelos mesmos em 1993. É um dos poucos instrumentos usados para mensurar níveis de adaptação psicossocial positiva em face de importantes eventos de vida. Esta escala foi validada para o contexto brasileiro por Pesce *et al.* (2005). É composta de 25 itens, sendo que cada um possui 7 alternativas que variam desde 1 (nada característico) a 7 (totalmente característico).

A soma dos valores das respostas obtidas pode ser agrupada da seguinte forma: 25-75 - resiliência baixa, 75-125 - resiliência moderada, e 125-175 - resiliência alta. A escala possibilita analisar três fatores psicológicos indicadores de resiliência: a capacidade de resolução de ações e valores (a amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida); a autonomia e a determinação na concretização de objetivos; e um terceiro fator - a autoconfiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas (Pesce *et al.*, 2005).

Estudos apontam bons indicadores de confiabilidade e validade desse instrumento sendo que a consistência interna que é medida pelo coeficiente α -Cronbach para a versão brasileira de Pesce *et al.* (2005) é de 0,80, assemelhando-se ao estudo de Wagnild & Young (1993) que é de 0,90, indicando boa consistência interna do

instrumento. Além disso, no estudo brasileiro a escala de resiliência correlacionou-se direta e significativamente com alguns constructos teoricamente relevantes na literatura sobre o tema como apoio social, autoestima e satisfação de vida (Paula-Couto, 2005; Pesce *et al.*, 2005).

3.4.3 Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social (EAS) foi desenvolvida por Sherbourne & Stewart (1991), sendo adaptada para o Brasil por Griep *et al.* (2005) e para gestantes de baixa renda por Silva & 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). Há bons indicativos de confiabilidade e validade desse instrumento, sendo que a consistência interna medida pelo coeficiente α -Cronbach é de 0,91 no trabalho de Griep *et al.* (2005) e de 0,91 no de Silva & Coutinho (2005).

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

Acerca das 5 dimensões da escala, destaca-se que o apoio emocional está ligado à percepção de pessoas em quem confiar ou para falar de seus problemas. O apoio afetivo, por sua vez, a demonstrações de afeto, como pessoas que o amem e o façam se sentir querido. A interação social positiva contempla itens referentes a ter com quem se

distrair e fazer coisas agradáveis, por exemplo, atividades de lazer. O apoio de informação, a presença de informações que podem auxiliar o indivíduo a lidar com problemas. E, por fim, o apoio material contempla a disponibilidade de apoio em serviços práticos, tópicos como pessoas para preparar suas refeições, e que o leve ao médico (Griep *et al.*, 2005; Sherbourne & Stewart, 1991).

3.5 Estudo piloto

No intuito de verificar se os instrumentos de coleta de dados conseguiriam responder aos objetivos da pesquisa, assim como constatar a existência de qualquer tipo de dificuldade das usuárias com algum tipo de questão relacionada a esses instrumentos, realizou-se um estudo piloto numa amostra de 30 mulheres grávidas de 35 anos ou mais.

3.6 Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados e armazenados no programa Microsoft Excel versão 2010. O banco de dados foi exportado para outro *software* de análise de dados, Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 21.0, o qual foi utilizado neste trabalho como principal ferramenta para fazer análises estatísticas, em que a maioria dos testes estatísticos, cálculos matemáticos entre outras ações, foi implementada por esta ferramenta de processamento eletrônico, buscando sempre dar uma melhor visualização dos resultados.

As variáveis apresentaram distribuição normal, constatação observada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e dos histogramas das variáveis em estudo, utilizando-se para as análises testes paramétricos. Então, com o auxílio do SPSS 21.0 foram realizadas estatísticas descritivas (frequência relativa, média e desvio padrão) e inferenciais (correlação de Pearson e coeficiente de Determinação), respeitando a tipologia das variáveis e os objetivos do estudo.

Estatísticas descritivas foram utilizadas com o intuito de aplicar algumas técnicas que possibilitassem resumir a informação daquele particular conjunto de valores, através de medidas como a frequência relativa, a média amostral, o desvio padrão, ou ainda através de tabelas; destaca-se que essas análises foram feitas para todas as variáveis em estudo. Em outras palavras, a estatística descritiva pode ser definida como um conjunto de técnicas destinadas a descrever e resumir os dados, a fim de que possamos tirar conclusões a respeito das características de interesse (Magalhães & Lima, 2010).

A correção das escalas teve por base as orientações da literatura especializada para cada um desses instrumentos. Dessa maneira, foram desenvolvidas estatísticas descritivas para identificar e caracterizar o conjunto de informações oriundas da resiliência, do apoio social percebido e de suas cinco dimensões.

Com o intuito de tentar verificar quais variáveis influenciaram na resiliência e nos escores de apoio social, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre essas variáveis, e as variáveis socioeconômicas e gestacionais. Já com a finalidade de tentar encontrar quais variáveis sociodemográficas, gestacionais e de apoio social que mais influenciaram na resiliência, foi ajustado um modelo de regressão múltipla, tendo com variável resposta a resiliência e com variáveis explicativas as sociodemográficas,

gestacionais e os escores de apoio social, para mais detalhes sobre regressão múltipla, ver em Azevedo (2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dos dados desta pesquisa estão expostos e organizados da seguinte maneira: primeiramente são apresentadas as análises e discussões dos aspectos sociodemográficos e gestacionais, em um segundo momento são tratados os dados referentes às escalas de resiliência e de apoio social.

4.1 Dados sociodemográficos e gestacionais

Nesta seção são analisados e discutidos os dados do questionário estruturado referentes às variáveis sociodemográficas e gestacionais, sendo que algumas dessas informações estão apresentadas na Tabela 1 e outras apenas descritas na forma de porcentagens.

Tabela 1

Dados sociodemográficos e gestacionais

| Variáveis | Média | Desvio padrão |
|----------------------------------|--------------|----------------------|
| Idade | 37,49 | 2,577 |
| Escolaridade (em anos) | 10,77 | 3,447 |
| Renda | 511,0 | 475,426 |
| Estado civil (em meses) | 110,6 | 106,217 |
| Número de pessoas na casa | 3,673 | 1,397 |
| Período gestacional (em semanas) | 23,81 | 9,338 |
| Número de consultas pré-natais | 4,22 | 2,506 |
| Número de gestações anteriores | 2,39 | 2,047 |

Em relação à naturalidade, das 150 gestantes tardias que responderam ao questionário, 82,7% eram do estado do Rio Grande do Norte e 17,3% eram de outro estado. Isso demonstra que a maior parte dos recursos públicos destinados à assistência à saúde dessas gestantes foram aproveitados pelo público local.

A percentagem de gestantes tardias que realizaram pré-natal nas unidades de saúde dos cinco distritos foram as seguintes: 46% no Oeste, 31% no Sul, 8,7% no Norte I, 7,3% no Norte II e 6,7% no distrito Leste. No que tange à religião predominaram gestantes católicas (52,67%) e evangélicas (40%). Esta prevalência condiz com os dados da própria população brasileira em que se constatou, no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, que a taxa de católicos foi de 64,6% e a de evangélicos 22,2%, o que corrobora com os dados nacionais, visto que no estado do Rio Grande do Norte, a maioria também foi de católicos com um índice de 76% (IBGE, 2010).

A média de idade das gestantes entrevistadas foi 37,49 (DP±2,577), valor esse que é semelhante a de um estudo com gestantes tardias realizado em Natal (RN) por Oliveira *et al.* (2014), no qual a idade média foi 36,99 (DP±2,24). Pois o adiamento gestacional é citado na literatura como uma tendência mundial, sendo que a gravidez tardia vem aumentando sua incidência no Brasil e em outros países (Gonçalves & Monteiro, 2012).

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, pois uma parte dos estudos, principalmente os da área médica, volta-se para o fato de que o número de mulheres que engravidam numa faixa etária mais avançada vem aumentando a cada ano, principalmente entre os países desenvolvidos ou em desenvolvimento, e com a postergação da gravidez para

depois dos 35 anos, têm-se maiores chances de se desenvolverem resultados perinatais adversos (Gravena *et al.*, 2012).

Mulheres de 35 a 39 anos, por exemplo, correm duas a três vezes maiores riscos de mortalidade materna que as mulheres com idade na casa dos 20 anos (Bem, Sampaio, Monteiro, & Barmpas, 2014). Contudo, há de se considerar que a idade, por si só, não deve ser um condicionante para o desenvolvimento de complicadores gestacionais (Bianco, Stone, Lynch, Lapinski, & Berkowitz, 1996), pois um bom acompanhamento obstétrico durante o período pré-natal e uma adequada assistência à saúde das gestantes, podem levar a prognósticos maternos e perinatais positivos (Parada & Tonete, 2009).

Embora quando se trata de estudos que abordam aspectos psicossociais da gravidez, o fator idade não tem um aspecto puramente negativo. A avaliação de riscos associados à idade materna quando examinados isoladamente pode incorrer em conclusões simplistas e precipitadas (Chan & Lao, 2008; Lisonkova, Paré, & Joseph, 2013). Pois, apesar de a gravidez após os 35 anos ainda ser considerada pelos órgãos oficiais de saúde como tardia, ela pode representar uma experiência permeada de percepções e sentimentos de realização pessoal e familiar (Parada & Tonete, 2009).

A média da escolaridade em anos de estudo foi 10,77 (DP±3,447), média esta considerada menor que os anos necessários para completar o ensino básico que são de 12 anos de estudo, embora 38,67% das partícipes dessa pesquisa tenham respondido que possuíam o Ensino Médio completo. Esse resultado é semelhante ao encontrado no estudo sobre gravidez tardia de Gravena *et al.*(2012), onde a média de anos de escolaridade é menor em gestantes tardias quando comparada a grávidas de outras faixas etárias.

Acerca da renda a média apresentada foi de R\$ 511,0 (DP±475,426), valor este que é considerado menor que um salário mínimo, cujo valor, no período da realização

da coleta de dados, foi de 724 reais, caracterizando, então, as participantes desta pesquisa como sendo gestantes tardias de baixa renda. E muitas questões como a gravidez nos extremos da vida reprodutiva, riscos na gravidez, o não planejamento da gravidez, o uso inadequado ou não uso de anticoncepcionais, gestações anteriores, abortos provocados, profissão e número de consultas pré-natais, costumam estar associados à baixa renda e baixa escolaridade, pois esses fatores em conjunto podem gerar um menor acesso aos serviços de planejamento familiar e assistência pré-natal. De forma que essas incertezas nos aspectos financeiros poderão influenciar negativamente as perspectivas de mulheres sobre suas experiências gestacionais (Jeneral & Hoga, 2004).

Ademais que, a baixa renda pode levar essas mulheres a trabalharem em outros horários para completar a renda, a dependerem do auxílio financeiro de seus pais, e até mesmo- no extremo das situações- doarem seus filhos para famílias de melhores condições socioeconômicas. Segundo Xavier, Jannotti, Silva e Martins (2013), “os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais - saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação.” (p.1162).

As duas profissões que obtiveram maior porcentagem foram “Do lar” (23,33%) e empregada doméstica (21,67%), sendo que o fator que pode estar contribuindo com tais valores seja, exatamente, a baixa escolaridade, pois o nível baixo de instrução escolar dificulta essas mulheres de possuírem empregos com maiores remunerações, de ingressarem em cursos superiores, de serem bem-sucedidas em concursos públicos e até mesmo de conseguirem empregos (Carvalho, Morais & Freitas, 2009). Tais afirmativas podem ser corroboradas pelo percentual de participantes dessa pesquisa com nível superior que foi de 10,2% índice ainda considerado inexpressivo.

Em relação ao fato de 21,67% serem empregadas domésticas, a informação está de acordo com dados de 2011 da PENAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que afirma existirem 6,6 milhões de pessoas trabalhando em serviços domésticos no Brasil e destas, 92,6% são mulheres, sendo que o trabalho doméstico corresponde a 16,8% da ocupação feminina no Brasil conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2013). Verifica-se também que os serviços domésticos remunerados ainda são considerados uma das formas de inserção de mulheres com baixa escolaridade no mercado de trabalho.

Embora a maioria das participantes tenha concluído o Ensino Médio, esse nível de escolaridade para os padrões de exigências do mercado de trabalho brasileiro, nos dias atuais, é considerado uma escolaridade senão baixa, ao menos insuficiente para se conseguir bons índices de inserção no mercado. Segundo dados da PENAD (2013) houve um aumento de 11,3% para 19,8% do número de empregadas domésticas com nível médio completo ou nível superior incompleto, o que equivale a um crescimento de 75%.

O aumento do salário mínimo, a diminuição do tamanho das famílias e a incorporação de novos hábitos, entre outros fatores, podem ajudar a explicar o aumento dessa atividade profissional entre mulheres com baixa escolaridade (DIEESE, 2013). Contudo, no ano de 2013 foi sancionada a Emenda Constitucional nº 72/2013 (PEC 66/2012), que obrigou aos empregadores domésticos o cumprimento das garantias trabalhistas para com esse público. E diante desse fato, será preciso esperar os próximos anos para notificar possíveis mudanças no panorama dos índices de empregadas domésticas no Brasil, bem como observar se isto irá ter ou não, em futuros estudos com gestantes, reflexo na distribuição das profissões.

A maioria das gestantes (44%) se encontrava em uma união estável, seguida pelo estado civil casada com 36,67%, ou seja, mais de 80% delas tinham um companheiro. Esse resultado assemelha-se 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 mesma tendência (85%) foi encontrada em outro estudo realizado – dois anos anteriores ao de Rocha *et al.* (2014) – no município de Sousa na Paraíba por Oliveira (2011).

É importante atentar para o fato de que a presença de um parceiro conjugal pode se constituir como um atributo que proteja as gestantes contra possíveis efeitos adversos na gravidez, podendo servir como uma possível fonte de suporte emocional e afetivo que pode propiciar a essas mulheres ter uma maior frequência nas consultas pré-natais e a não desenvolverem um parto prematuro (Bezerra, Oliveira & Latorre, 2006; Oliveira-Monteiro *et al.*, 2011). Tal dado também pode aumentar as chances de planejarem a gravidez – quesito este que não foi encontrado nesta pesquisa – haja vista que a média de meses que as participantes estavam mantendo uma relação com seus companheiros foi de 110,6 meses ($DP \pm 106,217$), o que corresponde a quase 9 anos e meio. E mesmo na condição de terem uma relação estável e uma média de 9 anos e meio vivendo com seus companheiros, ainda assim, 60,67% das participantes não tiveram a gravidez planejada, sendo que apenas 34% dessas gestações foram planejadas pelos dois cônjuges

Ressalta-se que os níveis baixos de escolaridade e renda têm sido apontados na literatura como uma das razões principais que influenciam fatores como o planejamento da gravidez, o número de consultas pré-natais, a existência de abortos, o número de gestações anteriores e o uso de contraceptivos.

Embora não se tenha observado, através do ajuste da variável escolaridade e renda a um modelo estatístico que verificasse a magnitude dos seus efeitos para com as variáveis supracitadas, foi possível elencar nesta pesquisa algumas características: o número médio de consultas do pré-natal entre as gestantes foi 4,22 (DP±2,506), 59,33% das gestantes não tiveram histórico de aborto, ao ponto que 40,67% tiveram. A média de gestações anteriores foi 3,39 (DP±2,047), sendo que 84,67% das gestantes eram multigestas e 15,33% primigestas, e quanto ao uso de anticoncepcional 66% das gestantes afirmaram utilizar algum tipo.

Resultados semelhantes para as variáveis supracitadas foram encontrados em dois estudos sobre gravidez, realizados no município de Natal (RN) respectivamente por Lima e Silva *et al.* (2011) e Oliveira *et al.* (2014). No primeiro estudo, 58,3% das gestantes não haviam planejado a gravidez e 69,4% delas eram multíparas. Já no segundo a média de gestações anteriores foi 2,52 (DP±1,51), sendo que 91,2% das mulheres eram multigestas e 8,8% primigestas, além do que 67,50% delas não planejaram a gravidez. Em relação ao uso de anticoncepcional, 73,75% fizeram uso de algum tipo.

Com relação ao número de consultas pré-natais, essa variável não foi elencada em nenhum dos estudos citados anteriormente, mas sabe-se que pode ser influenciada, também, por questões de ordem socioeconômica, além do que um pré-natal completo e qualificado contribui na prevenção de eventos mórbidos e graves durante o ciclo grávido-puerperal (Moraes *et al.*, 2013).

A média de consultas pré-natal 4,22 (DP±2,506) é considerada baixa, visto que o Ministério da Saúde (2002) considera que o número mínimo para gestantes que se encontram no terceiro trimestre de gestação seja de seis consultas. Uma possível explicação para tal achado pode estar de acordo com o que pontua Coimbra *et al.* (2003)

acerca de que mães múltiplas e que têm maior experiência sentem-se mais seguras durante a gravidez e dão menor importância ao pré-natal. Da mesma forma, mulheres mais jovens e primíparas podem buscar o pré-natal com maior frequência, devido a sua menor experiência e inseguranças.

Parte da literatura aponta como principais fatores para a inadequação ao pré-natal o próprio perfil socioeconômico desfavorável dessas gestantes com baixa renda e escolaridade. A assistência inadequada ao pré-natal pode estar associada a vários fatores indicativos da persistente desigualdade social que ocorre no Brasil (Coimbra *et al.*, 2003).

Pois, sabe-se que um bom serviço prestado por um pré-natal de qualidade pode ser uma ferramenta útil no fortalecimento da assistência à saúde das gestantes, pois o espaço do pré-natal pode ser utilizado para a realização de ações promotoras de saúde como, por exemplo, com a formação de grupo de gestantes, onde esse dado espaço de agregação serviria como suprimento de informações para muitas questões relacionadas à gravidez, assim como poderia fornecer auxílios de saúde como, por exemplo, apoio psicossocial.

Nesses âmbitos seria de extrema valia a participação ativa, no pré-natal, do profissional de psicologia junto à equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), o que poderia contribuir no alargamento de uma compreensão do fenômeno da gravidez tardia que fosse além dos riscos e das adversidades. Isso ajudaria a retirá-la das amarras reducionistas de paradigmas da genética, da biologia, da epidemiologia, da medicina entre outras áreas, que por décadas foram divulgando e muitas vezes guiaram (e guiam) o olhar dos profissionais da assistência pré-natal em direção às ideias fixas que vinculam a gravidez tardia aos aspectos puramente biológicos e negativos.

O fato de a maioria das gestantes serem multigestas (84,67%) está de acordo com achados que afirmam que em países em desenvolvimento gestações tardias com nível socioeconômico mais baixo, é mais comum em multíparas que engravidam depois de um longo período desde sua última gravidez ou parto (Senesi *et al.*, 2004). Contudo, gestantes que já possuem outros filhos, podem demonstrar maior adaptabilidade em relação a muitas preocupações comuns entre grávidas, pois o fato de terem vivenciado gestações anteriores pode fazer com que elas tenham menores inquietações com a segurança do bebê e/ou gestação (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008).

A maioria das gestantes (46%) estava no terceiro trimestre gestacional, sendo que cada trimestre é permeado por mudanças físicas e psicológicas, além de aumentar os níveis de ansiedade, expectativas e preocupações maternas em relação à chegada do parto que se aproxima (Maldonado, 2002). Uma das implicações dos trimestres gestacionais é proporcionar, às gestantes, uma gradação adaptativa às várias transformações corporais e psíquicas que ocorrem ao longo de todo o período gestacional.

Embora o censo do IBGE (2010) tenha apontado para 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 3,673 (DP±1,397). 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 do decurso da gravidez.

Embora a maioria das participantes (59,33%) não tenha tido histórico de abortos, sabe-se que o abortamento é um problema de saúde pública, além de ser responsável por 11,4% do total das mortes maternas, sendo que a maioria são do tipo “provocado”

(Ministério da Saúde, 2004). Este índice de 59,33% assemelha-se ao encontrado por Oliveira *et al.* (2014) onde 62,5% das gestantes tardias do município de Natal-RN não haviam tido- em seus históricos obstétricos- nenhuma ocorrência de aborto. Vale lembrar que a legislação brasileira só permite a realização do aborto em algumas circunstâncias: quando o aborto é terapêutico (para salvar a vida da mãe), ou então no caso da gravidez ter acontecido por razões de estupro.

Contudo, neste último caso, pode haver demora na autorização judicial, e por esse e outros fatores as mulheres partem para o aborto intencional (Teixeira, Rocha, Moraes, Marques e Villar, 2010). O aborto provocado pode acabar gerando, nas mulheres, prejuízos tanto a nível emocional como físico. Mesmo acarretando tais danos e ainda sendo considerado ato ilegal no Brasil o abortamento provocado está sendo realizado e aumentando seus índices (Correia, Monteiro, Cavalcante, & Maia, 2011).

Sobre o uso de anticoncepcionais 66% das gestantes afirmaram ter feito uso de algum tipo; isso pode ter contribuído com o fato de 59,33% das gestantes não terem tido história de aborto. Deve-se atentar para o que coloca Silva e Vieira (2009) sobre o fato de que o uso incorreto de métodos contraceptivos está ligado a fatores como (des)informações sobre como funcionam e como devem ser usados, além de eventuais e inadequadas ações de programas de saúde e, também, de efeitos colaterais.

Apesar de boa parte das gestantes ter feito uso de anticoncepcionais e ainda assim a maioria delas (60,67%) não ter planejado a gravidez, põe-se em relevo a garantia da intervenção eficaz de métodos contraceptivos para reduzir o número de gestações não planejadas. Este aspecto precisa ser considerado ao se avaliarem programas de planejamento familiar em funcionamento no município, sendo igualmente importante levar em conta as informações e conhecimentos quanto à utilização de

métodos contraceptivos pela população feminina sexualmente ativa (Prietsch, González-Chica, Cesar, & Mendoza-Sassi, 2011).

Segundo Borges, Cavallieri, Hoga, Fujimori e Barbosa (2011) mulheres mais velhas, que tinham um relacionamento estável com seu parceiro e histórico de gravidez e aborto anterior, foram as que mais planejaram a gravidez. A afirmação, em parte, não corrobora com os achados desta pesquisa, haja vista que a maior parte das participantes não planejou a gravidez, embora a maioria tenha tido uma considerada média de idade, parceiro estável, história de aborto e gravidez anterior, além de terem feito uso de anticoncepcionais.

4.2 Escores de resiliência e apoio social

Na Tabela 2 são apresentados os resultados dos escores oriundos da aplicação das escalas de resiliência e de apoio social nas participantes desta pesquisa. Destaca-se que através da verificação do Coeficiente Alfa de Cronbach, observou-se que a Escala de Resiliência apresentou $\alpha = 0,823$, já na Escala de Apoio Social foi $\alpha = 0,939$. Tais coeficientes indicam que a confiabilidade dos resultados obtidos é considerada boa para a Resiliência, e excelente para o Apoio Social.

Ao averiguar a resiliência, o apoio social e as cinco dimensões de apoio social nas gestantes tardias, observa-se que os escores apresentados para esses constructos foram considerados altos, visto que estão próximos de 100 (isso para os escores do apoio social global e das cinco dimensões do apoio social) e de 175 (para o escore de resiliência).

Tabela 2

Resultados dos escores advindos das escalas de Resiliência e de Apoio Social.

| Variáveis | Média | Desvio padrão |
|---------------------------------|--------------|----------------------|
| Resiliência | 139,06 | 17,77 |
| Apoio Social | 82,80 | 17,28 |
| Apoio Material | 79,967 | 21,09 |
| Apoio Emocional | 80,500 | 21,43 |
| Apoio de Informação | 80,967 | 19,82 |
| Apoio Afetivo | 91,156 | 16,62 |
| Apoio Interação social positiva | 83,500 | 20,45 |

A percepção do apoio social envolve duas dimensões: da disponibilidade e da satisfação com o apoio social (Simioni & Geib, 2008), ou seja, a percepção de que existe um número de pessoas disponíveis a quem se pode recorrer em caso de necessidade e o grau de satisfação em relação a esse suporte disponível (Seco, Pereira, Dias, Casimiro, & Custódio, 2005).

Uma suposição para os escores elevados em ambas escalas é que a existência de outras características das gestantes pesquisadas como não serem mães primigestas, fazerem parte de alguma religião e terem uma relação estável com seus cônjuges e de a maioria não terem tido histórico de aborto, e estarem no terceiro trimestre de gestação, podem ter as ajudado a suplantar alguns aspectos negativos como, por exemplo, os socioeconômicos (baixa escolaridade e renda), e ainda ter influenciado de alguma maneira nos escores elevados de resiliência e apoio social.

Uma vez que 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, Jannotti, Silva, & Martins, 2013). Acredita-se que variáveis de ordem social e econômica têm influência marcante no acesso dessas mulheres aos serviços de

atendimento à gravidez e ao nascimento. Adicionalmente, tais fatores podem afetar de forma indireta a vida dessas mulheres, levando ao comprometimento ou diminuição dos cuidados com a saúde durante a gestação (Guimarães & Melo, 2011).

Fatores de proteção como a resiliência e o apoio social, mostram-se bastante atrelados aos aspectos de cunho socioeconômicos (Poletto & Koller, 2008) como, também, a muitos desfechos e características de ordem gestacional. Por exemplo, no estudo de Lam *et al* (2008), verificou-se que os escores de resiliência e de apoio social foram maiores em gestantes que apresentavam o seguinte perfil: viviam com companheiro, não possuíam histórico aborto, possuíam curso superior, eram multíparas, encontravam-se no terceiro trimestre da gravidez, e que tinham emprego.

Os escores elevados das gestantes na escala de apoio social podem estar contribuindo para tornar essas mulheres mais preparadas para se adaptarem às possíveis adversidades que possam estar enfrentando. Dado 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).

As propriedades benéficas da vida social podem ser refletidas em fatores da vida relacionados à saúde subjetiva das pessoas (Leal, Pereira, Lamarca, & Vettore, 2011), contribuindo, dessa forma, para tornar as participantes desta pesquisa mais resilientes. Sabe-se que grávidas mais resilientes possuem maiores capacidades para defender seus direitos e exigir melhores condições de tratamento médico e de saúde (Schetter, 2011).

O grau de resiliência foi alto para 79% das gestantes e moderado para 21% delas. Esses valores podem ser justificados pela existência, nas participantes, de algumas variáveis sociodemográficas e gestacionais positivas, bem como pelos escores altos de apoio social que, por conseguinte, podem ter mediado os valores oriundos da

escala de resiliência. Afinal, interagir com pessoas e perceber-se como socialmente apoiado é um recurso que se configura entre adultos resilientes (Schetter, 2011). Ademais é sabido que tanto o apoio social como a resiliência são considerados como fatores de proteção contra possíveis prejuízos à saúde dos indivíduos (Paula-Couto & Koller, 2003; Gois et al., 2009).

É importante frisar que nesta pesquisa, os escores oriundos das escalas de resiliência e de apoio social foram mais elevados do que aqueles encontrados nos estudos de Lam *et al* (2008) onde para resiliência a média foi 40,1 e para apoio social foi 72,3. Porém, ressalta-se que essas diferenças são esperadas devido às peculiaridades de cada estudo.

Já em relação ao escore de apoio social a média apresentada, nessa pesquisa, foi maior que a do estudo de Silva & Coutinho (2005) estudo este que validou a escala de apoio social para população de gestantes, onde no estudo dos dados autores o escore de apoio social foi 78,0.

Sendo que o apoio social atua como um fator de proteção aos efeitos físicos e psicológicos vivenciados em determinadas situações da vida, auxiliando em momentos de mudanças e períodos de transições relacionadas ao desenvolvimento humano como é o caso da gestação (Canesqui, 2010).

Alguns estudos sugerem que o apoio social tem um efeito protetor para os resultados da gestação, já outros asseguram que seu efeito é direto, pois influencia as percepções sobre a saúde durante a gravidez, tanto da gestante, do companheiro como da família (Curry, Campbell & Christian, 1994). Além de que o apoio da família e dos amigos constitui um recurso salutar ao bem-estar psicológico, exercendo a função de fator moderador ou protetor dos efeitos do estresse na saúde física e mental (Thoits, 1995).

Logo 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).

4.3 Correlações entre resiliência, apoio social, variáveis sociodemográficas e gestacionais

Os dados apresentados nesta sessão dizem respeito às correlações e regressões múltiplas mantidas entre a variável resiliência com as variáveis sociodemográficas, gestacionais e de apoio social. Os dados referentes às correlações estão apresentados na Tabela 3, e aqueles referentes às regressões na Tabela 4.

Tabela 3

Valores das correlações de Pearson entre resiliência, apoio social, dimensões do apoio social, variáveis sociodemográficas e gestacionais.

| | Variável | r | Valor p |
|--------------------------|----------------------------|---------|---------|
| Apoio Social | Apoio Social | 0,2039 | 0,012* |
| | Apoio Material | 0,1277 | 0,119 |
| | Apoio Emocional | 0,1817 | 0,026* |
| | Apoio de Informação | 0,1586 | 0,056 |
| | Apoio Afetivo | 0,2196 | 0,007* |
| | Apoio Interação Social | 0,2065 | 0,011* |
| Sociodemográficas | Idade | -0,0135 | 0,87 |
| | Escolaridade (anos) | -0,0798 | 0,332 |
| | Renda pessoal | -0,0163 | 0,843 |
| | Estado civil | -0,201 | 0,014* |
| | Nº de pessoas na casa | 0,0354 | 0,667 |
| | Período gestacional | 0,0245 | 0,766 |
| Gestacionais | Nº de consultas pré-natal | -0,0159 | 0,847 |
| | Nº de gestações anteriores | -0,0243 | 0,768 |

* Valor de $p \leq 0,05$.

Tabela 4

Valores das regressões entre resiliência, apoio social, dimensões do apoio social, dados sociodemográficos e gestacionais.

| Coefficientes | β | Desvio padrão | Valor p |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|
| (Intercepto) ** | 5,04153 | 1,06211 | 0,00001 |
| Apoio social | 0,15721 | 0,07312 | 0,03344* |
| Apoio Material | -0,019 | 0,095 | 0,844 |
| Apoio Emocional | 0,009 | 0,134 | 0,948 |
| Apoio Afetiva | 0,154 | 0,140 | 0,273 |
| Apoio de Informação | 0,003 | 0,129 | 0,984 |
| Apoio Interação Social | 0,090 | 0,124 | 0,469 |
| Idade | 0,01255 | 0,02691 | 0,64164 |
| Escolaridade | -0,03925 | 0,02218 | 0,07923 |
| Renda pessoal | -0,00001 | 0,00014 | 0,93913 |
| Pessoas na casa | 0,05933 | 0,07019 | 0,3996 |
| Período gestacional | 0,00072 | 0,00984 | 0,94216 |
| Consultas pré-natal | 0,00044 | 0,03676 | 0,99056 |
| Estado civil | -0,00185 | 0,00059 | 0,00198* |
| Gestações anteriores | -0,10815 | 0,05263 | 0,06191 |
| Tipo aborto: Espontâneo | 0,04615 | 0,13771 | 0,7381 |
| Tipo aborto: Provocado | 1,09245 | 0,6333 | 0,08696 |
| Tipo aborto: Ambos | 0,34393 | 0,34688 | 0,32332 |
| Gravidez planejada: Sim pela mãe | -0,27675 | 0,44808 | 0,53792 |
| Gravidez planejada: Sim por ambos | -0,38653 | 0,14657 | 0,0094* |
| Gravidez planejada: Sim pelo pai | 0,41551 | 0,38229 | 0,27915 |
| $R^2=20,47\%$ | | | |

* Valor de $p \leq 0,05$. ** É o valor que a variável resiliência assume quando as outras ainda são zero.

Pode-se observar nestas duas tabelas que as variáveis apoio social e estado civil mantiveram as seguintes relações com a resiliência: enquanto o apoio social se relacionou positivamente, o estado civil teve uma associação negativa. Já na Tabela 4 a resiliência, também, se associou indiretamente com a variável planejamento da gravidez por ambos pais, indicando que a gravidez ao ter sido planejada em comum acordo dos cônjuges, houve uma diminuição de aproximadamente -0,38653 (DP±0,14657) na resiliência.

A resiliência diminuiu à medida que aumentaram os meses de relacionamento estável entre os cônjuges e, também, à medida que a gravidez foi concebida de comum acordo entre os parceiros; uma possível explicação pode estar atrelada ao fato de o relacionamento trazer maiores níveis de segurança, apoio emocional e afetivo. Pois, ter um parceiro estável pode não estar representando para essas mulheres um evento negativo, e sim exercendo a função de possíveis fontes moderadoras de estresse. A participação ativa do companheiro é considerada fundamental para que a experiência da gravidez tardia transcorra sem maiores problemas (Parada & Tonete, 2009), bem como fatores de proteção, como possuir um relacionamento estável, e resiliência são variáveis que ainda se misturam (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Em estudo realizado com 130 gestantes, averiguou-se que aquelas que não coabitavam com o pai do bebê tinham uma baixa percepção do suporte social recebido, menores níveis de confiança e um menor suporte emocional (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2009). A gravidez por ser um período de transição e implicar em um elevado número de mudanças, algumas de natureza estressora e de mal-estar, podendo contribuir para que a gestante requeira maiores necessidades do apoio e cuidados de outras pessoas (Geller, 2004; Maldonado, 2002). Diversos estudos apontam a qualidade do suporte do companheiro como fonte de apoio primordial para a grávida (Kolankiewicz, Souza, Magnago, & Domenico, 2014).

No que concerne ao planejamento da gravidez isso pode trazer para as grávidas maiores níveis de segurança e estabilidade emocional, além do que isso demonstra que o casal tenha desejado e se preparado psicologicamente, e quiçá financeiramente para ter um filho. Segundo Lima e Silva *et al.* (2011) o planejamento da gestação torna-se um fator de proteção contra possíveis conflitos e estresse entre casais. De forma que a

gravidez não planejada aliada a determinantes sociais desfavoráveis podem afetar a saúde materna e até mesmo o relacionamento entre os cônjuges (Prietsch *et al.*, 2011).

Quanto à direção e magnitude da relação mantida entre os escores de resiliência com os de apoio social e o estado civil, observa-se na Tabela 3 que houve uma associação parcialmente semelhante aos da Tabela 4, haja vista que as variáveis independentes apoio social e estado civil, também, relacionaram-se com a variável critério resiliência, sendo que a relação com o apoio social foi positiva e com o estado civil foi negativa. A única diferença dos dados da Tabela 3 para aqueles apresentados na Tabela 4 foi que na primeira a resiliência se relacionou positivamente com a dimensão emocional, afetiva e de interação social positiva, enquanto na segunda não houve qualquer associação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões do apoio social.

Ressalta-se que a resiliência e o apoio social têm sido reconhecidos na literatura como fatores protetores durante a gravidez e alguns estudos têm buscado avaliar esses fatores nessa fase do desenvolvimento feminino (Reece, 1993; Scheter, 2011). Quanto às relações elencadas entre a resiliência, os escores do apoio social global e das dimensões do apoio social (emocional, afetiva e de interação social), não diferem dos achados da literatura que as consideram como importantes fatores de proteção psicossociais e que, geralmente, mantêm associações diretas e significativas umas com as outras. Dentre os processos ambientais que influenciam na resiliência, está o apoio social, em suas diferentes dimensões (Góis *et al.*, 2009).

Segundo Griep *et al.* (2005), “essas relações costumam acontecer porque, em geral, as pessoas que recebem um determinado tipo de apoio social também têm maiores chances de receberem outros tipos de ajuda” (p.711). No próprio estudo de validação para o Brasil da escala de resiliência, desenvolvido por Pesce *et al.* (2005), houve uma

correlação estatisticamente significativa entre os escores da resiliência e das dimensões de apoio social emocional ($r=0,233$), afetivo ($r=0,204$) e de interação social positiva ($r=0.251$). Já pelos modelos, tanto de correlação como de regressão linear, não foi possível estabelecer inferências a respeito das relações entre resiliência e as dimensões de apoio material e de informação, visto que entre essas variáveis os valores de p não foram significativos.

Quando se trata de investigações que envolvem resiliência e apoio social na gravidez, estudo como o de Lam *et al.* (2008), demonstra que a gravidez é uma dinâmica complexa, muitas vezes estressora, e que tanto a resiliência como o apoio social se constituem como importantes moderadores de estresse. Este estudo foi realizado com gestantes que sofriam violência de gênero e percebeu-se que tanto o apoio social como as dimensões de apoio emocional e afetivo tiveram correlação positiva e direta com a resiliência. Seus achados permitiram concluir que as gestantes que possuíam escores elevados de resiliência e de apoio social tinham 58% menos riscos de desenvolverem sintomas de depressão gestacional. Já aquelas com bons índices de apoio social emocional e apoio social afetivo possuíam 54% e 46% menores riscos, respectivamente.

As relações positivas entre a resiliência e as dimensões de apoio afetivo e de interação social positiva, na Tabela 3, podem ser compreendidas no seu conjunto, pois à medida que as gestantes mantêm em sua rede de apoio e de interações com pessoas, estas proporcionam momentos de entretenimento e, conseqüentemente, tendem a aumentar a troca de afetos e por conseguinte vir a contribuir com a resiliência. Conforme afirma Griep *et al.* (2005), “isso sugere que pessoas que cumprem a função de apoio de interação social positiva representam mais do que uma companhia, pois ter alguém para fazer coisas agradáveis, acaba sendo também alvos de sentimentos mais íntimos de afeto.” (p.711), isto é, quando uma pessoa oferta para uma outra um

determinado tipo de apoio, como por exemplo um apoio emocional, acaba por sua vez aumentando a possibilidade de ofertar, também, outros tipos, como por exemplo um apoio afetivo.

As relações mantidas entre a resiliência e as dimensões do apoio social- afetiva, emocional e de interação social- coadunam com a importância com que desempenham os fatores de proteção, pois conforme coloca Germano e Colaço (2012): “Apoio social nos variados contextos urbanos são acompanhados por esforços de teorização, que levam estudiosos a refletir sobre os processos interacionais no curso da vida e sua relação com o desenvolvimento saudável, mesmo em circunstâncias adversas” (p.382).

Embora não se pretenda dar maior foco aos riscos gestacionais - riscos esses tão comumente associados, por uma parte da literatura médica e de outras áreas, quase que exclusivamente aos aspectos fisiológicos da gravidez – deve-se considerar que a gestação é um período do desenvolvimento que pode ser constituído como um importante evento de vida que requeira certa adaptabilidade da gestante. Nesse sentido, os estudos sobre processos de resiliência ganham relevância, indicando as complexas conexões entre os indivíduos e seus ambientes materiais e sociais que condicionam o modo como negociam variados recursos em direção à saúde e ao bem-estar (Dell’Aglia, Koller, & Yunes, 2006; Libório, 2009; Yunes, 2003). Portanto, identificar dimensões de natureza cognitiva e afetiva, que apontem as qualidades do funcionamento psicológico, permite a manutenção de recursos positivos e sinais de crescimento e desenvolvimento que podem ser considerados capazes de proteger o indivíduo frente às adversidades (Paula-Couto & Koller, 2003).

Afinal, dados indicam que mulheres com menores níveis de resiliência costumam apresentar menores médias de apoio material e de informação, sendo que muitas vezes essas condições combinadas são responsáveis por questões como o não

planejamento da gravidez e autocuidado com a saúde (Thiengo, Santos, Fonseca, Abelha, & Lovisi, 2012). E estas são demandas que podem ser sanadas por esforços e investimentos cada vez maiores na melhoria do atendimento ao pré-natal, pois é importante atentar para a questão de que a “ênfase na promoção da resiliência não deve substituir as políticas de combate à desigualdade social e condições de vida precárias de alguns sujeitos.” (Pesce *et al.*, 2004, p.141).

Variáveis como a idade materna acima dos 35 anos, baixa renda e baixo grau de instrução escolar são comumente tratadas na literatura como contribuintes para os fatores de riscos na gravidez. Contudo, nesta pesquisa tais variáveis não apresentaram correlações estatisticamente significativas com a variável resiliência. Uma possível explicação para tal fato é que essas variáveis por si só parecem não estar sendo percebidas por essas mulheres como possíveis fatores estressores, ou então as gestantes estejam se valendo, de maneira positiva, de outros recursos psicossociais como autoestima, apoio familiar, bem-estar subjetivo, esperança, entre outros.

Para elucidar tais questões, são necessários mais estudos que incluam instrumentos de aferição de alguns desses recursos psicossociais citados, além de pesquisas qualitativas que procurem elencar as percepções de gestantes tardias sobre suas próprias vivências gestacionais. O estudo de Rocha *et al.* (2014) se aventurou nessa proposta, desvelando algumas percepções de gestantes de 35 anos ou mais. Através de análise de conteúdo das falas das gestantes, verificou-se que apesar de possuírem negativas condições socioeconômicas e gestacionais, ainda assim elas perceberam a gravidez não como risco ou ameaça à sua saúde e do bebê, mas como algo preenchido de magia e encarado como bênção divina.

Nos dados da Tabela 4 se destaca que as variáveis sociodemográficas, gestacionais, do apoio social total e das cinco dimensões do apoio social foram

ajustadas ao modelo de regressão linear múltipla. E, também, foi avaliada a homogeneidade dos resíduos - para saber se a variância entre eles foi constante e aleatória - e se a amostra teve ou não uma distribuição normal. O padrão dos resíduos obtidos foi aleatório e a variância foi constante “homogênea” (ver apêndice C); observa-se, também, que os resíduos apresentaram normalidade, o que demonstra que o modelo foi bem ajustado, porém, o percentual de explicação do mesmo foi considerado baixo ($R^2=20,47\%$). Tal dado indica que os resultados da regressão não foram suficientes em termos preditivos, mas foi possível afirmar com precisão quais variáveis se associaram em termos de magnitude com a variável dependente “resiliência”. Em decorrência disto é importante que se viabilizem outros estudos que levem em conta variáveis diferentes e em maiores quantidades das que foram contempladas neste trabalho.

Embora as gestantes pesquisadas tenham possuído características sociodemográficas e gestacionais negativas (baixa renda, baixo número de consultas pré-natais, baixa escolaridade), esses aspectos parecem não ter sido suficientes, ou então não foram percebidos como tais, para suplantarem a magia que é gestar uma criança. Ao que parece, o fato de a maior parte dessas grávidas se encontrarem num relacionamento estável, terem baixo índice de aborto, residirem em média com três pessoas, fazerem parte de alguma religião, não serem mães primigestas, possuírem uma média de idade suficiente para serem consideradas mães experientes e ainda terem obtido escores elevados na escala de apoio social, possivelmente, sejam fatores que tenham contribuído no desenvolvimento e na construção da resiliência nessas gestantes de 35 anos ou mais.

É importante frisar que o fato dessas gestantes tardias terem possuído características favoráveis que, possivelmente, tenham se tornado promotoras de resiliência, não retira a responsabilidade das instituições que regem a saúde pública no

estado e no país de proporcionarem melhorias no cuidado integral à saúde desse público.

Afinal, é papel dos órgãos de saúde pública investir na construção de condições sociais, culturais e econômicas que contribuam com o construto da resiliência e na viabilização de esforços para fazer com que outros processos biopsicossociais operem em conjunto com esta e com outros fatores de proteção, com a intenção de proporcionar, dessa maneira, o desenvolvimento de formulações teóricas gerais que possam ser úteis na investigação do fenômeno da gravidez.

4.4 Relações entre apoio social e suas dimensões, dados sociodemográficos e gestacionais

Nesta pesquisa as variáveis sociodemográficas e gestacionais: idade, escolaridade, renda, estado civil, número de pessoas com as quais as gestantes residem, número de gestações anteriores e de consultas ao pré-natal, não mantiveram relação estatisticamente significativa com nenhum dos indicadores de apoio social, conforme pode ser observado na Tabela 5.

Na Tabela 5 observa-se que o apoio social não manteve associação com nenhuma das variáveis sociodemográficas e gestacionais. Esses resultados indicam que independente de fatores sociodemográficos e gestacionais – embora alguns deles possam ser considerados negativos como a baixa renda e escolaridade - essas gestantes possuem um escore elevado de apoio social percebido. E como afirma Guimarães e Melo (2011) mulheres com nível socioeconômico desfavorável, onde provavelmente o

apoio social disponível fosse mais baixo, apresenta, no entanto, escores alto de apoio social.

Tabela 5

Valores das correlações de Pearson entre apoio social, dimensões de apoio social, dados sociodemográficos e gestacionais.

| | Variável | r | Valor p |
|--------------------------|----------------------|----------|----------------|
| Dimensões | Material | 0,8029 | <0,01* |
| | Emocional | 0,9079 | <0,01* |
| | Informação | 0,8779 | <0,01* |
| | Afetiva | 0,8032 | <0,01* |
| | Interação Social | 0,8826 | <0,01* |
| Sociodemográficos | Idade | 0,1143 | 0,164 |
| | Escolaridade | 0,077 | 0,349 |
| | Renda pessoal | -0,0125 | 0,88 |
| | Estado civil | -0,0337 | 0,682 |
| | Pessoas na casa | 0,0602 | 0,464 |
| Gestacionais | Período gestacional | 0,0443 | 0,591 |
| | Consultas pré-natal | -0,0248 | 0,764 |
| | Gestações anteriores | 0,0217 | 0,792 |

* Valor de $p \leq 0,05$.

A percepção dessas gestantes de se sentirem amadas e apoiadas pode estar servindo de atenuante e/ou até mesmo como fatores de proteção aos riscos adversos tão comumente associados à gravidez tardia; além do mais, o bom escore geral do apoio social ($82,80 \pm 17,28$) demonstrou, mesmo que discretamente, uma associação com a resiliência ($r=0,2039$; $p \leq 0,012$). E como afirma Góis *et al.* (2009), “é possível analisar a resiliência e o apoio social como mecanismos de proteção essenciais para uma adaptação bem-sucedida” (p.1).

No que diz respeito à relação mantida entre o apoio social e as respectivas dimensões (material, emocional, de informação, afetiva, interação social positiva), observou-se uma relação forte e direta (a um nível de significância de 1%) 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 & Stewart (1991) que deu origem à escala de apoio social e do estudo de Griep *et al.* (2005) que adaptou e validou essa escala para o Brasil. A semelhança foi que nesses estudos as cinco dimensões também se relacionaram com o apoio social. E a diferença foi que nos trabalhos dos referidos autores, as variáveis sociodemográficas e gestacionais nem ao menos se fizeram presentes. Contudo, há de se considerar que tanto nesta pesquisa quanto nas dos dois autores, os públicos pesquisados eram diferentes.

As correlações altas e diretas mantidas entre o apoio social e as cinco dimensões podem indicar que a provisão de suporte de recursos materiais, demonstrações físicas de amor e afeto, de compreensão e escuta, da presença de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações e com quem se divertir e relaxar, são elementos que se integram e ajudam a mediar e compor as percepções positivas de apoio social. De acordo com Griep *et al.* (2005) “Tal dependência é esperada, já que, em geral, as pessoas que recebem um determinado tipo de apoio também têm maior probabilidade de receberem outros tipos de ajuda. Logo, as perguntas representam dimensões de um mesmo constructo (apoio social) e são necessariamente correlacionadas.” (p.711).

Sobre as costumeiras correlações estatisticamente significativas apresentadas entre o apoio social 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 fornece 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 e de suas dimensões emocionais, afetivas e interacionais, podem ser refletidas em fatores da vida e relacionadas à saúde subjetiva das pessoas (Leal, Pereira, Lamarca, & Vettore, 2011), podendo, assim, contribuir para essas gestantes se tornarem mais resilientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa cumpriu com seu objetivo de verificar as relações mantidas entre os fatores de proteção (resiliência e apoio social percebido) e as características sociodemográficas e gestacionais de grávidas tardias de Natal (RN). Porém, elenca-se a necessidade de que maiores investigações sejam realizadas e que venham somar-se e/ou complementar as informações levantadas por este estudo, a fim de que se possam apontar com maior precisão e confiabilidade quais variáveis sociodemográficas e gestacionais mais influenciam nos níveis de adaptação psicossocial das gestantes tardias pesquisadas, bem como sinalizar a magnitude de seus efeitos, pois nas análises de regressão múltipla realizadas, neste trabalho, os níveis de explicação foram considerados baixos para informar sobre a magnitude das variáveis que influenciariam na resiliência das participantes.

Acredita-se que isso seja viável com a realização de novas investigações - sejam de natureza quantitativa, qualitativa ou mista - que contemplem a inserção de um número maior de variáveis sociodemográficas e sobre a gestação. Outra possibilidade é através da aplicabilidade de instrumentos de coleta de dados que se proponham a investigar outras variáveis psicossociais como é o caso de um possível nível de estresse percebido por mulheres que estejam vivenciando o fenômeno da gravidez tardia.

Espera-se que os resultados levantados por esta pesquisa possam proporcionar aos cuidadores em saúde melhor compreensão do fenômeno da resiliência e dos vários processos que se relacionam a esse fenômeno como é o caso do apoio social percebido e vivenciado por essas gestantes tardias, principalmente, em um contexto de baixa renda,

de forma que a experiência com a maternidade possa auxiliar de maneira benéfica o olhar e a atuação para com esse público.

Com o propósito de mapear as condições que influenciam tais fenômenos, como a resiliência e o apoio social com suas respectivas dimensões nas gestantes tardias de Natal (RN), este estudo espera ter alcançado seus objetivos. E, também, que possa ter auxiliado no desbravamento de quais variáveis - sociodemográficas, gestacionais, de apoio social e de resiliência - podem influenciar e/ou colaborar com o reconhecimento de fatores que contribuam positivamente para uma melhoria na saúde psicossocial das gestantes de 35 anos ou mais.

Além do mais, espera-se que os resultados elencados neste estudo venham incrementar melhorias nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde que lidam no cuidado com a saúde materna. Almeja-se que as informações oriundas desta pesquisa venham servir para incrementar melhorias no manejo e no conhecimento dos enfermeiros, médicos, psicólogos, gestores públicos, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais e também de acadêmicos das mais diversas áreas, sobre o fenômeno da gravidez tardia.

Alguns resultados desta pesquisa diferiram, em parte, das causas apontadas pela literatura, em relação ao adiamento da gravidez para a faixa etária dos 35 anos, onde os motivos mais apontados são: o maior acesso das mulheres aos métodos de controle da natalidade, maior investimento nos estudos, na carreira profissional, o uso de anticoncepcional e no planejamento da gravidez. Pois o que se verificou foi que a maioria das gestantes pesquisadas eram do lar “donas de casa” ou empregadas domésticas, fazia uso de contraceptivos e não havia planejado a gravidez, ou seja, tais características socioeconômicas e gestacionais são contrárias às da literatura.

E apesar de as participantes terem características socioeconomicamente desfavoráveis, ainda assim possuíram escores elevados nas escalas de apoio social e de resiliência, demonstrando, desta maneira, que esses construtos perpassam tanto pelas dimensões materiais e objetivas da vida quanto pelas subjetivas. 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.

As limitações deste trabalho são: a natureza transversal do desenho 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.

Para mulheres que se encontram em situação socioeconomicamente vulnerável como é o caso das participantes deste estudo que têm baixa escolaridade, baixa renda e vivendo muitas das vezes como dona de casa e sem uma profissão definida e/ou com dificuldade de adentrar ao mercado de trabalho, ser esposa e mãe pode dar a essas gestantes um papel e/ou uma identidade dentro do cenário sociocomunitário em que vivem.

Espera-se que as diversas instituições ligadas aos serviços públicos de saúde deste município possam tomar conhecimento das informações geradas neste estudo, podendo propor atividades que busquem a melhoria na qualidade de vida das gestantes tardias que são assistidas em unidades de saúde, além de auxiliarem no levantamento de

outras questões de pesquisa que orientem a produção de futuros estudos na área da psicologia da saúde e da saúde pública em geral.

Portanto, elencar e compreender as inter-relações mantidas entre as variáveis sociodemográficas, gestacionais e/ou psicossociais – é o caso da resiliência e do apoio social - durante a vivência da gravidez tardia, pode vir a possibilitar melhorias nas ações e planejamentos da assistência pré-natal, seja contribuindo para suscitar um manejo mais adequado, tanto dos profissionais de saúde quanto dos familiares e da comunidade em geral, nas relações e comportamentos estabelecidos frente às gestantes de 35 anos ou mais, seja oportunizando, também, a essas mulheres um desenvolvimento salutar de suas vivências como genitoras de uma nova vida, ou por que não dizer, de uma nova existência.

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.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27 (58), 253-260.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, P. R. M. (2012). *Modelos de regressão linear* (3ª ed). Natal: EDUFRN, 205 p.
- Barbetta, P. A. (2010). *Estatística aplicada às ciências sociais* (3ª ed.). Florianópolis: Editora UFSC.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(100), 1-13.
- Bem, T. V. D. M., Sampaio, T. S., Monteiro, D. L. M., & Barmpas, D. B. S. (2014). Complicações fetais em gestações tardias. *Revista HUPE*, 13(3), 11-16.
- Benetti, I. C., & Crepaldi, M. A. (2012). Resiliência revisitada: uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 7(1), 7-30.
- Benute G. R. G., Nomura R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia M. C. S., & Zugaib M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(3), 322-327.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- 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.
- Bianco, A., Stone, J., Lynch, L. Lapinski, R., Berkowitz, G., & Berkowitz, R. L. (1996). Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstetrics and Gynecology*, 87(6), 917-22.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115(5), 684-694.
- 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, SP, Brasil.
- Caetano, L. C., Netto, L., & Manduca, J. N. L. (2011). Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 579-587.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In: Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., editors. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, p. 291-310.
- Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2010). Apoio Social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5745
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications. New York.
- Carolan, M., Davey, M. A., Biro, M. A. & Kealy, M. (2011). Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria. *BIRTH*, 38(1), 24-29.
- Carvalho, L. C., Morais, I. B., & Freitas, D. G. (2009). Donas- de- casa do grupo Humanizar: prevalência de lombalgia e de fatores associados. *Revista Funcional*, 2(2), 88-99.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*, 64 (11), 1040-1043.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-23.
- Castañón, G. A. (2009). Psicologia como ciência moderna: vetos históricos e status atual. *Temas em Psicologia*, 17(1), 21-36.
- Chamy, V. P., Cardemil, F. M., Betancour, P. M., Ríos, M. S., & Leighton, L. V. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74 (6), 331-338.
- Chan, B. C, & Lao, T. T. (2008). Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102(63), 237-41.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coimbra, L. C., Silva, A. A., Mochel, E. G., Alves, M. T. S. S. B., Ribeiro, V. S., Aragão, V. M. F., & Bettiol, H. (2003). Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré natal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 456-62.
- 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.

- Curry, M. A., Campbell, R. A. & Christian, M. (1994). Validity and reability testing of prenatal psychosocial profile. *Research in Nursing & Health*, 17, 127-135.
- Paula-Couto, M. C. P. (2005). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dell’Aglío, D. D., Kolller, S. H., & Yunes, M. A. M. (Orgs). (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2013, agosto). O Emprego Doméstico no Brasil. Estudos e Pesquisas, nº.68, 2-27. Recuperado em 08 de janeiro, 2015, de <http://www.dieese.org.br/estudosetorial/2013/estPesq68empregoDomestico.pdf>
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- Durkheim, E. (2003). *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret.
- Edmonds, J. K., Paul, M, & Sibley, L. M. (2011). Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: evidence from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 29(2): 163–173.
- Emenda constitucional nº 72/2013* (2013, 2 de abril). Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais. Recuperado em 04 de janeiro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc72.htm
- Feldman, P. J, Dunkel-Schetter, C., Sandman, C.A., & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 715-25.
- Fontes, A. P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida. *Revista Kairós*, 13(7), 8-20.
- Gayton, W. F., Friedman, S. B., Tavormina, J. F., & Tucker, F. (1977). Children with cystic fibrosis: I. Psychological test findings of patients, siblings, and parents. *Pediatrics*, 59(6), 888-894.
- Geller, P. A. (2004). Pregnancy as a stressful life event. *CNS spectrums*, 9(3), 188-97.
- 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.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Atlas, 200p.

- 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 06 Janeiro, 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. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- 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. *Caderno 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.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence for Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Hutz, C., & Koller, S. (1996). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 175-197.
- 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 06 janeiro, 2015 de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1
- Japiassú, H. (1975). *Introdução à Epistemologia da Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Jeneral, R. B. R., Hoga, L. A. (2004). A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 8(2), 268-274.
- Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from Eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128(2), 370-380.

- Kolankiewicz, A. C. B., Souza, M. M., Magnago, T. S. B. S., & Domenico, E. B. L. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38
- 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.
- Langer, A., Farnot, U., Garcia, C., Barros, F., Victora, C., Belizan, J. M., & Villar, J. (1996). The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's wellbeing and satisfaction. *Social Science and Medicine*, 42(11), 1589-1597.
- Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Intarut, N., Mori, R., Ganchimeg, T., Vogel, J. P., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 121 (Suppl. 1): 49–56.
- 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.
- Levitt, M. J., Weber, R. A., & Clark, M. C. (1986). Social network relationships as sources of maternal support and well-being. *Developmental Psychology*, 22(3), 310-316.
- Libório, R. M. C. (2009). Escola: risco, proteção e processos de resiliência durante a adolescência. In Associação Nacional de Pesquisa em Educação (ANPED) (Org.). *Anais eletrônicos da reunião anual da Associação Nacional de Pesquisa em Educação (ANPED)*, Caxambu, MG, Brasil, 32. Recuperado de <http://www.anped.org.br/pdf>
- Lima e Silva, J., Ferreira, E. F., Medeiros, M., Araújo, M. L., Silva, A. G. C. B., & Viana, E. S. R. (2011). Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(8), 182-187.
- Lisonkova, S., Paré, E., & Joseph, K. S. (2013). Does advanced maternal age confer a survival advantage to infants born at early gestation? *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(87). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-87>
- Lopes, E. S. L. (2005). Resiliência. In Neri, A. L (Org.). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 178-81.
- 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.
- Magalhães, M. N., & Lima, A. C. P. (2010). *Noções de probabilidade e estatística*. (7ª ed). São Paulo: Edusp, 408 p.
- 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.
- Moraes, A. P.P., Barreto, S. M., Passos, V. M. A., Golino, P. S., Costa, J. E., & Vasconcelos, E. X. (2013). Severe maternal morbidity: a case-control study in Maranhao, Brazil. *Reproductive Health, 10* (11), 2-8.
- Moreira, M. C., & Sarriera, J. C. (2008). Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em Estudo, 13*(4), 781-89.
- 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, Brasil.
- Oliveira, M. A., Neme, C. M. B., & Reis, V. L. (2008). Resiliência: análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicologia: Ciência e Profissão, 28*(4) 754-767.
- Oliveira, S. X. (2011). *Qualidade de vida em gestantes no contexto na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado em Assistência à Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- 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.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: comparação entre grávidas adolescentes e adultas. *Psicologia: Teoria e Prática, 11*(2):129-144.
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed, 84-105.
- Prada, M., & Garrido, M. V. (2013). Conhecer as regras do jogo: uma introdução às normas para escrita científica da American Psychological Association. *Psicologia, 27* (2), 107-143.
- Parada, C. M. G. L., & Tonete, V. L. P. (2009). Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 13* (2), 385-92.
- Paula-Couto, M. C. P.P., Koller, S. H., & Novo, R. (2003). Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção. In: Falcão, D.V. S., Dias, C. M. S. B. (2003). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 315-337.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(2), 135-143.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública, 21*(2), 436-448.

- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2012. (2013, setembro). Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica, Brasil. Recuperado em 10 de janeiro, 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
- Polleto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Prietsch, S. O. M., González-Chica, D. A., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 27(10), 1906-1916.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.
- Reece, S. M. (1993). Social Support and the Early Maternal Experience of First Time Mothers over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(3), 91-98.
- Reis, A. L. P. P., Fernandes, S. R. P., & Gomes, A. F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 712-725.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde* (2ª ed). Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, P. M., & Gualda, D. M. R. (2011). Gestação na adolescência: a construção do processo Saúde-Resiliência. *Escola. Anna Nery*, 15(2), 361-371.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal Clinic Psychology* 58(3):307-321.
- 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), 30-6.
- Roos, A., Faure, S., Lochner, C., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2013). Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *African Journal Psychiatry*, 16(2), 118-122.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sarason, B. R. (1999). Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía (Org.), *Familia y Psicología de la Salud* (pp. 19-42). Madrid: Pirámide.

- Sass, A., Gravena, A. A. F., Pelloso, S. M., & Marcon, S. S. (2011). Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 352-8.
- Scheter, C. D. (2011). Psychological Science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531-58.
- Sebastiani, R. W. (2007). Psicologia da saúde: Uma Especialidade Dedicada ao Cuidado Humano. In: Bortoletti, F. F. *et al* (orgs.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, São Paulo: Manole.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Revista Psicologia e Educação*, 16(2), 7-21.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Senesi, L. G., Tristão, E. G., Andrade, R. P., Kradsjen, M. L., Oliveira Junior, F. C., & Nascimento, D. J. (2004). Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(6), 477-482.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-14.
- Silva, J., Ferreira, E., Fonseca, Medeiros, M., Araújo, M. L., Silva, A. N. G. C. B., & Viana, E. S. R. (2011). Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(8), 182-187.
- Silva, K. S. (2005). *O apoio social como fator de proteção à pré-eclâmpsia*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- 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.
- Silva, R. S., & Vieira, E. M. (2009). Frequency and characteristics of induced abortion among married and single women in São Paulo, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 179-187.
- Simioni, A. S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 645-51.
- Sistema Nacional de Nascidos Vivos [SINASC]. (2013). *Nascidos Vivos - Rio Grande do Norte de 2012*. Recuperado em 4 Dezembro, 2014, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrn.def>
- Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: Revisão de literatura e análise de produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(1), 119-126.

- Souza, Z. N. R., Rosa, M. C., Bastiani, J. A. N. (2001). Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do serviço básico de saúde. *Journal Health Science Institute*, 29(4), 272-275.
- 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*, 4(1), 133-41.
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Fonseca, D. L., L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Revista Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 416-26.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: where are we? What next. *Journal of Health and Social Behaviour*, S. I, Extra Issue, 53-79.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high-income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal Nursing of Measurement*, 1(2), 165-78.
- Wainer, R. (2000). A pesquisa quantitativa em psicologia: delineamentos possíveis e a questão da amostragem. In H. Scarparo (Org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas* (pp. 17-34). Porto Alegre: Sulina.
- 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.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (Num. Esp.), 75-84.

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
 Programa de Pós-graduação em Psicologia
 Grupo de Estudos em Psicologia e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias.

Pesquisador Responsável: Welyton Paraíba da Silva Sousa

Orientadora: Prof^ª. Dra. Eulália Maria Chaves Maia

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “**Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias**” que tem como pesquisador responsável *Welyton Paraíba da Silva Sousa*.

Esta pesquisa pretende avaliar a resiliência e o apoio social em gestantes tardias do município de Natal (RN).

O motivo que nos leva a fazer este estudo é que a gravidez tardia é uma experiência preenchida por mudanças, situações novas e estressoras, na qual o bem-estar e as respostas adaptativas da mulher aos eventos estressores são influenciadas direta ou indiretamente por fatores individuais e ambientais, dentre os quais se destacam a resiliência e o apoio social. Assim, considera-se importante verificar as influências da resiliência e do apoio social no enfrentamento das possíveis dificuldades comuns ao período gestacional vivido por algumas mulheres, ou seja, compreende-se estes dois fenômenos como fatores protetivos contra possíveis prejuízos maternos e fetais.

Caso você decida participar, você será submetida aos seguintes procedimentos: aplicação de um questionário com questões para levantamento de dados sociodemográficos (idade, religião, grau de instrução, renda econômica, anos de estudo, estado civil, profissão, etc) e informações sobre a gravidez (período gestacional, número de gestações anteriores, planejamento da gravidez, etc). Além do questionário, também está sendo proposto que responda a duas escalas. A Escala de Resiliência que avalia o nível de resiliência composta por 25 itens afirmações. E por fim, a Escala de Apoio Social que averigua o apoio social percebido, sendo formada por 19 perguntas. Tratam-se de 3 (três) instrumentos de fácil aplicação, com uma média 20 minutos para serem respondidos.

Durante a realização do estudo, na qual a participante estará respondendo aos três instrumentos citados, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina consistindo apenas na disponibilização do seu tempo.

Todavia, vale lembrar que você pode sentir algum desconforto, uma vez que ao responder aos itens do questionário e das escalas de resiliência e de apoio social você poderá recordar acontecimentos desagradáveis. Caso você apresente algum desconforto a coleta de dados será suspensa e lhe será prestado, pelo pesquisador responsável, o apoio psicológico e/ou o devido encaminhamento a uma rede de assistência psicológica adequada. E você terá o benefício de ser entrevistada por um pesquisador que também é psicólogo e estará atento a qualquer comportamento que indique a necessidade de um encaminhamento a um profissional da área da Psicologia e/ou Psiquiatria.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pelo Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte ou por outras instituições da rede de atenção

básica que disponham de assistência psicológica. O encaminhamento e/ou acompanhamento à(s) instituição(ões) estará sob a responsabilidade do pesquisador responsável.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para *Welyton Paraíba da Silva Sousa* nos seguintes telefones para contato: (84) 9162-9553 ou (84) 3215-3590 ramal 220.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer, comprovadamente, algum dano decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

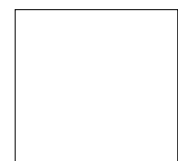
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável *Welyton Paraíba da Silva Sousa*.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “**Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias**”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “**Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias**”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal ____/____/____.

Assinatura do pesquisador responsável

Apêndice B

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
 Departamento de Psicologia.
 Programa de Pós-graduação em Psicologia

Nº _____

**Questionário da Pesquisa:
 “Resiliência e Apoio Social em Gestantes Tardias”**

PARTE I

Idade (anos) _____

Naturalidade _____ Local onde mora _____

Escolaridade (em anos) _____

Renda econômica (pessoal/valor) _____ Religião _____

Estado civil _____ Tempo da condição (meses) _____

Profissão _____

Número de pessoas que moram na casa _____

PARTE II

Período gestacional (semanas) _____

Gravidezes anteriores () Não () Sim. Quantas? _____

Teve algum Aborto ? SIM () NÃO ()

Uso de método anticoncepcional () Não () **Sim**

Gravidez planejada () Não () **Sim** (**1.** Por ambos os pais; **2.** Só pela mãe; **3.** Só pelo pai)

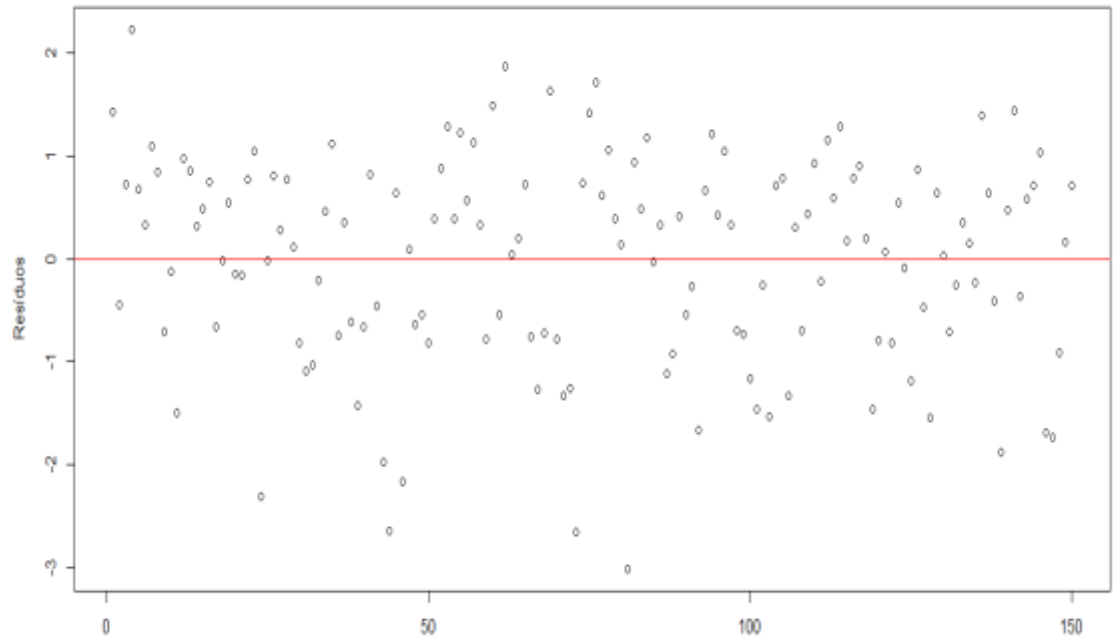
Número de consultas pré-natais _____

Obs.:

Natal, ____ / ____ / _____, Entrevistador(a): _____

Apêndice C

Dispersão dos resíduos do modelo.



Anexo 1

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
 Departamento de Psicologia
 Programa de Pós-graduação em Psicologia

Nº _____

ESCALA DE RESILIÊNCIA

(Pesce et al., 2005)

| | | | |
|----------|----------------------------|----------|---------------------------|
| 1 | Nada característico | 5 | Característico |
| 2 | Muito pouco característico | 6 | Muito característico |
| 3 | Pouco característico | 7 | Totalmente característico |
| 4 | Indiferente | | |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Manter interesse nas coisas é importante para mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Eu posso estar por minha conta se eu precisar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Eu sou amigo de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Eu sou determinado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Eu faço as coisas um dia de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Eu sou disciplinado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Eu mantenho interesse nas coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Eu normalmente posso achar motivo para rir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Minha vida tem sentido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo 2

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
 Departamento de Psicologia.
 Programa de Pós-graduação em Psicologia

Nº _____

ESCALA DE APOIO SOCIAL

(Griep et al., 2005)

| Se precisar com frequência você conta com alguém | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase Sempre | Sempre |
|--|--------------|------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| 1. que a ajude se ficar de cama | | | | | |
| 2. para lhe ouvir quando você precisar falar | | | | | |
| 3. para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise | | | | | |
| 4. para levá-la ao médico | | | | | |
| 5. que demonstre amor e afeto por você | | | | | |
| 6. para se divertir junto | | | | | |
| 7. para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação | | | | | |
| 8. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas | | | | | |
| 9. que lhe dê um abraço | | | | | |
| 10. com quem relaxar | | | | | |
| 11. para preparar refeições, se você não puder prepará-las | | | | | |
| 12. de quem você realmente quer conselhos | | | | | |
| 13. com quem distrair a cabeça | | | | | |
| 14. para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente | | | | | |
| 15. para compartilhar preocupações e medos mais íntimos | | | | | |
| 16. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal | | | | | |
| 17. com quem fazer coisas agradáveis | | | | | |
| 18. que compreenda seus problemas | | | | | |
| 19. que você ame e que faça você se sentir querida | | | | | |

Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: Welyton Paraíba da Silva Sousa

Título da Pesquisa: Resiliência e Apoio Social em gestantes com 35 anos ou mais

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Psicologia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18048113.2.0000.5537

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 356.436

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se de um trabalho de pesquisa com a finalidade de elaboração de dissertação de mestrado de um aluno do Curso de Pós-graduação em Psicologia/UFRN sob a orientação da Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Avaliar a resiliência e o apoio social em gestantes tardias do município de Natal (RN).

Objetivos Secundários:

1. "Averiguar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e gestacionais, e a resiliência nas gestantes tardias";
2. "Investigar a existência de possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas e gestacionais, e o apoio social nas participantes";
3. "Relacionar os escores de resiliência com os escores de apoio social".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram comentados os riscos e benefícios da pesquisa sendo apontados pequenos riscos relacionados principalmente as questões de receios/situações de constrangimento durante a aplicação dos questionários.

Quanto aos benefícios, espera-se com o desenvolvimento da pesquisa melhor conhecer a realidade das gestantes tardias do município de Natal/RN que são atendidas nas Unidades de Saúde do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante, o projeto está bem estruturado e seus resultados poderão contribuir para o aprimoramento da assistência a saúde de gestantes na condição especificada no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:


1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);

6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

NATAL, 12 de Agosto de 2013

Assinador por:
Dulce Almeida
(Coordenador)

Anexo 4 – Anuência – Secretaria Municipal de Saúde

| | | |
|---|--|--|
|  | <p align="center">SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p align="center">Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES</p> <p align="center">Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</p> | <p align="center">MISSÃO</p> <p>"Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população".</p> |
|---|--|--|

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a pesquisa intitulada **"Resiliência e Apoio Social em Gestantes com 35 anos ou mais"** coordenada pela **Profª Drª Eulália Maria Chaves Maia** que ocorrerá no Distrito Norte I – USF Vista Verde, UBS Nova Natal, USF Nova Natal II, USF Pompéia, e Centro de Saúde Bom Pastor; Distrito Norte II – USF Cidade Praia, USF Vista Verde, UBS Pajuçara, USF Potengi, USF Planície das Mangueiras, UBS Vale Dourado e USF Soledade II; Distrito Sul – UBS Ponta Negra, UBS Cidade satélite, UBS Mirassol, UBS Pirangi, UBS Neópolis e AME Planalto; Distrito Oeste – Unid. Mista de Felipe Camarão, Unid. De Saúde Cidade Nova, Centro de Saúde Brasília Teimosa, Unid. Mista das Quintas, Unid. de Saúde de Felipe Camarão, Clínica Popular KM 06, Unid. de Saúde Felipe Camarão III e Clínica Popular Novo Horizonte; e no Distrito Leste – Unid. Mista Lagoa Seca, Centro de Saúde Brasília Teimosa, Unid. de Saúde Familiar Comunitária Centro de Saúde Dx- Sept Rosado, Unid. Básica do Alecrim, Centro de Saúde São João, Unid. de Saúde Familiar das Rocas e Unid. Mista de Mãe Luiza. a ser realizado pelo aluno **Welyton Paraiba da Silva**, do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, no período de 01 (um) a contar da data de início da coleta de dados, provavelmente no período de 01 Junho/ 2013 a 31 Junho de 2014.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimentos acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença do aluno nas dependências das Unidades Básicas de Saúde do município do Natal/RN, bem como a abordagem dos profissionais/usuários da Rede Municipal de Saúde do Natal.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Natal, 08 de Maio de 2013.



Cipriano Maia de Vasconcelos
 Secretário Municipal de Saúde do Natal/RN