

Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade

Contributions of primary health care nursing intervention to the motherhood transition
Contribuciones de una intervención de enfermería de Atención Primaria para la transición a la maternidad

Luís Carlos Carvalho Graça*
Maria do Céu Barbiéri Figueiredo**
Maria Teresa Conceição Carreira***

Resumo

A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Engloba tarefas relacionadas com a satisfação pessoal, relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro, aceitação do bebé e reestruturação da identidade materna.

Enquanto a mulher não desenvolve a perícia e formas particulares de gerir as necessidades, os profissionais de saúde são um recurso importante para o desempenho do novo papel.

No estudo analisamos o contributo de intervenções de enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários, na promoção da transição para a maternidade. Trata-se de um desenho quasi-experimental, longitudinal, com uma amostra de 134 primíparas, com colheita de dados ao terceiro trimestre de gravidez, primeiro e sexto mês após o parto, tendo-se utilizado a escala *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (Kumar, Robson e Smith, 1984), na versão portuguesa de Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). A variável independente assumiu os modos: consulta individual; curso de preparação para o parto/parentalidade; e visita domiciliária.

Os resultados evidenciam evolução positiva do ajustamento à maternidade nas dimensões sintomas somáticos e atitudes perante a gravidez e o bebé e evolução negativa da imagem corporal e relação conjugal.

A intervenção de Enfermagem não teve efeitos significativos.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; maternidade; transição para a maternidade.

Abstract

The transition to motherhood is characterized by an intense commitment and active involvement that requires the restructuring of responsibilities and behaviors. It includes tasks related to personal satisfaction, relationships with family and partner, accepting the baby, and restructuring of maternal identity. While women do not develop the necessary expertise and particular ways of managing, health professionals are an important resource for the performance of the new role. The study aimed to analyze the contributions of the interventions of primary health care nurses in the transition to motherhood. It is a quasi-experimental and longitudinal study. With a 134 primiparous: the data were collected during the third trimester of pregnancy, and at the first and sixth months after delivery, using the Maternal Adjustment and Maternal Attitudes scale (Kumar, Robson and Smith, 1984), Portuguese version by Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). The independent variables were: individual consultation; childbirth/parenthood preparation course; and home visit. The results show positive development of adjustment of somatic symptoms and attitudes to the pregnancy and baby and negative development of body image and marital relationship. Nursing intervention had no significant effects.

Keywords: nursing care; motherhood; transition to motherhood.

* Mestre em Promoção/Educação para a Saúde; Doutorando em Enfermagem. Professor Adjunto Escola Superior de Saúde – IPVC [luisgraca@ess.ipvc.pt].

** Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora ESEP [ceubarbiéri@esenf.pt].

*** Doutora em Bioquímica. Professora Auxiliar (aposentada) Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa [teresaccc@gmail.com].

Resumen

La transición a la maternidad se caracteriza por un compromiso intenso y una participación activa que requiere la reestructuración de responsabilidades y comportamientos. Incluye tareas relacionadas con la satisfacción personal, relación con la familia de origen y con su cónyuge/pareja, aceptación al bebé, y reestructuración de la identidad materna. Hasta que la mujer no desarrolle conocimientos y formas particulares de gestión de las necesidades, los profesionales de la salud son un recurso importante para el desempeño del nuevo papel. Con el estudio se evaluó la contribución de intervenciones de enfermeras en Atención Primaria de Salud, en la promoción de la transición a la maternidad. Se trata de un diseño quasi-experimental, longitudinal, con una muestra de 134 primíparas. La recolección de datos se produjo durante el tercer trimestre del embarazo, primero y sexto mes después del nacimiento, con la escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (Kumar Robson y Smith, 1984), basada en la versión portuguesa de Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). La variable independiente incidió en: la consulta individual; el curso de preparación para el parto / parentalidad; y visita domiciliaria. Los resultados muestran una evolución positiva del ajuste a la maternidad respecto a los síntomas somáticos y actitudes ante el embarazo y el bebé y una evolución negativa de la imagen corporal y de la relación conjugal. La intervención de enfermería no tuvo efectos significativos.

Palabras clave: atención de enfermería; maternidad; transición a la maternidad.

Recebido para publicação em: 18.08.10

Aceite para publicação em: 15.04.11

Introdução

A formação do casal pode considerar-se o início do ciclo vital da família nuclear. Nas famílias que projetam ter filhos, com o nascimento do primeiro filho, a família reorganiza-se no sentido da redefinição de papéis e funções, começando um processo de abertura progressiva ao exterior e de prestação intensiva de cuidados.

A gravidez e maternidade caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas, e viver crises próprias, que implicam a necessidade de reorganização, na qual a relação entre o tempo e as tarefas nem sempre é linear.

Rubin (1984) descreve quatro tarefas maternas interdependentes: i) assegurar uma passagem segura, durante a gravidez e parto, para a mãe e para a criança; ii) assegurar a aceitação social pelos membros da família, para si e para o filho; iii) iniciar a ligação ao filho; iv) aprender a dar-se em benefício de outro. Sugere, ainda, que a transição para a maternidade ocorre em três fases que decorrem até cerca dos seis meses após o parto: replicação, fantasia e diferenciação.

Colman e Colman (1994) esmiuçaram as seguintes tarefas desenvolvimentais da gravidez, que Canavarro e Pedrosa (2005) adotam para a maternidade. Aceitar a gravidez: refere-se às respostas adaptativas da mulher inerentes ao crescimento e desenvolvimento pré-natal. Caracteriza-se por sentimentos de felicidade e prazer, relativamente poucos desconfortos ou alta tolerância aos mesmos, alterações moderadas de humor e relativamente pouca ambivalência no primeiro trimestre (Colman e Colman, 1994; Darvill *et al.*, 2010). Aceitar a realidade do feto: em que numa primeira fase da gravidez o feto é concebido como uma parte da mulher (Colman e Colman, 1994), tornando-se progressivamente uma representação mais autónoma. Intensificam-se fantasias e começa-se a ensaiar cognitivamente a prestação de cuidados (Colman e Colman, 1994; Corbett, 2008). Reavaliar e reestruturar a relação com os pais: refere-se à representação da mulher acerca do modelo de comportamento materno proveniente da sua mãe (Colman e Colman, 1994). Aumentam os contactos entre a mãe e a filha que contribuem para preparar e antecipar acontecimentos futuros, permitindo desenvolver competências e sentimentos de segurança (Colman e Colman, 1994; Cowan e

Cowan, 2000). A excessiva intrusão pode ter efeitos negativos. Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro: o nascimento do primeiro filho é um desafio para o relacionamento conjugal. A insatisfação tende a aumentar desde a gravidez até ao pós-parto, particularmente na mulher, sendo normal a descoberta de conflitos de valores, necessidades e expectativas (Colman e Colman, 1994; Cowan e Cowan, 2000; Glade, Bean e Vira, 2005; Figueiredo *et al.*, 2008).

As mudanças físicas e emocionais têm efeitos nos sentimentos de intimidade. Após o parto, o adiamento da relação sexual está associado a: medo de dispareunia; necessidade de recuperação física e psicológica; infeções mamárias; e à amamentação em termos genéricos (Cowan e Cowan, 2000; Abuchaim e Silva, 2006; Mendes, 2007).

Há diminuição dos contactos sociais e tradicionalização da divisão do trabalho de casa (Colman e Colman, 1994; Cowan e Cowan, 2000; Glade, Bean e Vira, 2005), com impactos negativos na satisfação conjugal. Aceitar o bebé como pessoa separada: é um tempo de confrontação com medos e ansiedades, para o qual as mulheres se preparam através de classes de preparação para a parentalidade; consultas individuais; leituras; contactos com outras mulheres, etc. (Colman e Colman, 1994; Corbett, 2008; Darvill, *et al.*, 2010). A mãe atua como reguladora dos comportamentos do recém-nascido, satisfazendo as suas necessidades e promovendo a progressiva estruturação do seu psiquismo. Reavaliar e reestruturar a própria identidade: constitui-se uma síntese das tarefas anteriores, o que implica reavaliar ganhos e perdas (Colman e Colman, 1994), considerando Cowan e Cowan (2000) que cerca dos seis meses após o parto os pais encontram algumas rotinas.

Relativamente à transição para a maternidade Mercer (2004), na teoria da Consequência do Papel Maternal, considera que se desenvolve em quatro fases:

Antecipatória: inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos decorrentes desta. É uma fase de compromissos, vinculação com o feto, preparação para o parto e maternidade;

Formal: inicia-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Caracteriza-se pelo seu restabelecimento físico, conhecimento/vinculação com a criança e aprender a cuidá-la, copiando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações;

Informal: inicia-se quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados. Observa-se a adequação ao estilo de vida particular. É uma fase de progressiva recuperação de uma nova normalidade;

Identidade Pessoal ou Materna: traduz-se no cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do *self* para incorporar a maternidade. A mãe sente-se confiante e competente no seu papel, expressa amor pelo bebé e tem prazer na interação (Mercer, 2004; Nyström e Öhrling, 2004).

Durante esta transição as enfermeiras são as profissionais que mais intervêm junto das mulheres. Geralmente centram-se nas alterações físicas, investem em recomendações e tendem a não discutir os medos (Darvill, *et al.*, 2010).

Para Mercer e Walker (2006) as intervenções orientam-se para a capacitação da mulher para cuidar da criança; a construção da consciência e da capacidade de resposta para a interação com o filho; a promoção da vinculação materno-infantil. Ocorrem durante a preparação para o parto, com grupos de discussão no pós-parto e através de visitas domiciliárias. Os resultados são heterogêneos, mas mais eficazes quando está presente interação.

Morgado *et al.* (2010) verificaram que as aulas de preparação para o parto contribuem positivamente para o planeamento e preparação do parto, e negativamente no que se refere às expectativas de dor e às preocupações com a saúde.

Para avaliar o ajustamento materno e as atitudes maternas nesta transição, Kumar, Robson e Smith (1984) desenvolveram a *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA).

Pereira, Ramalho e Dias (2002) verificaram a existência de melhor ajustamento e atitudes mais positivas entre as mulheres mais velhas.

Entre as 22 e as 25 semanas de gravidez, as mulheres apresentam melhor ajustamento na relação conjugal e menor nos sintomas somáticos. O ajustamento à maternidade é influenciado por características socioeconómicas, antecedentes de saúde, nível de aceitação e desejo da gravidez e personalidade alexitímica (Marinha, 2003).

A Direcção Geral da Saúde (Portugal, Direcção-Geral da Saúde, 2006) pretende dar mais ênfase à Saúde Mental da mulher durante a gravidez e após o parto, considerando que o suporte social e

profissional podem ajudar no sucesso desta transição, encontrando-se os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários em posição privilegiada para intervir. Assim, traçou-se como objectivo do estudo analisar os contributos das intervenções de enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários, com primíparas, no processo de transição para a maternidade.

Metodologia

Face ao objetivo, desenhamos um estudo quasi-experimental, longitudinal, com três momentos de colheita de dados. Entre a 26^a e a 28^a semana de gravidez avaliamos o ajustamento à maternidade, as atitudes maternas e a homogeneidade entre os grupos. Ao primeiro e sexto mês após o parto avaliamos novamente o ajustamento à maternidade, as atitudes maternas e os impactos decorrentes dos modos de intervenção a que as primíparas foram expostas (figura 1).

Assim, para além do normalmente efetuado (consulta individual), nas coortes A e B as primíparas participaram cumulativamente em cursos de preparação para o parto/parentalidade (Xgr) que se iniciavam a partir da 28^a semana de gravidez. As da coorte B, para além das intervenções anteriores, tiveram uma visita domiciliária (Xvd) até ao 15^o dia após o parto. Desta forma, a variável independente assumiu os modos: intervenção natural (consulta individual); intervenção no pré-parto (Xgr); e intervenção no pré e pós-parto (Xgr e Xvd). A consulta individual refere-se às intervenções normalmente efetuadas nos Centros de Saúde.

A preparação para a parentalidade/parto é efetuada por enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, em sessões em grupo. Tem, entre outros objectivos: i) ensinar e treinar técnicas de controlo da dor; ii) promover o controlo da ansiedade durante a gravidez e trabalho de parto; iii) proporcionar informação sobre a gravidez, o parto e o RN, de forma a facilitar um bom ajustamento à maternidade; iv) facilitar trocas de experiências entre grávidas; v) apresentar o ambiente onde vai decorrer o parto (Portugal, Administração Regional de Saúde Norte, 2008). Os cursos integram componentes teóricas e práticas, tendo sido critério de inclusão, nas coortes com intervenção, a participação em pelo menos seis sessões.

A visita domiciliária persegue objetivos formativos visando fornecer um complemento de informação ao proporcionado no Centro de Saúde, intervindo face às necessidades detetadas. A duração normalmente não excede os 60m.

A variável dependente - Transição para a Maternidade – refere-se ao ajustamento à maternidade e às atitudes maternas, avaliadas através da escala *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA) de

Kumar, Robson e Smith (1984), nas versões pré e pós-natal, de Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004), sendo constituída pelas subescalas: i) imagem corporal; ii) sintomas somáticos; iii) relação conjugal; iv) atitudes perante o sexo; v) atitudes perante a gravidez e o bebé, com 12 itens cada uma.

Com este desenho pretendeu-se diferenciar efeitos da intervenção, da maturação e da aprendizagem do instrumento.

Coorte	26 ^a -28 ^a sem. gravidez	Da 26 ^a -28 ^a sem. de gravidez ao parto	Até 15 dias após o parto	1º mês após o parto	6º mês após o parto
A	O1	X gr		O2	O3
B	O1	X gr	X vd	O2	O3
C	O1			O2	O3
D					O3

O1 – Avaliação inicial; O2 – Segundo momento de colheita de dados; O3 – Terceiro momento de colheita de dados.

X gr – EPS em grupo (preparação para o parto/parentalidade)

X vd – Visita domiciliária

FIGURA 1 – Design da investigação

De acordo com a fundamentação, e tendo em consideração o problema de investigação, formulámos as seguintes hipóteses:

H1 – O ajustamento à maternidade e as atitudes maternas são influenciados pelas intervenções das enfermeiras. As primíparas com intervenção no pré e pós-parto apresentam melhor ajustamento e atitudes mais favoráveis do que as restantes.

H2 – Entre os três momentos de colheita de dados o ajustamento à maternidade e as atitudes maternas vão apresentando melhores *scores*, sendo mais evidente nas primíparas com intervenção no pré e pós-parto.

A amostra objetiva, inclui todas as primíparas que se encontravam inscritas nos CS, com menos de 28 semanas de gravidez entre 15 de outubro de 2007 e 29 fevereiro de 2008 e se disponibilizaram a integrar o estudo.

A distribuição pelas coortes foi efectuada no segundo momento de colheita de dados, após se conhecer o modo de intervenção a que as primíparas estiveram expostas.

No primeiro contacto identificaram-se 203 primíparas. No final do período de colheita de dados a amostra era constituída por 172 primíparas distribuídas por cinco coortes, tendo 41,9% intervenção natural; 16,9% no pré-parto; 14,5% no pré e pós-parto; e 2,3% no pós-parto. A coorte controlo foi constituída por 24,3% das primíparas. A coorte com intervenção no pós-parto

foi excluída pela sua reduzida dimensão e na coorte controlo só foram consideradas as primíparas com consulta individual, pelo que, a análise ao sexto mês após o parto teve por base 151 primíparas.

A mortalidade da amostra foi de 11%, não se verificando diferenças significativas entre as primíparas que abandonaram e que se mantiveram no estudo.

Para a colheita de dados recorreu-se a um questionário de autopreenchimento. Os itens da escala MAMA encontram-se operacionalizados numa escala ordinal, com cotações entre 1 e 4, correspondendo o primeiro a “nunca/de forma alguma” e o segundo a “muitas vezes/muitíssimo”, obtendo-se os *scores* por adição. A valores mais elevados corresponde pior ajustamento e atitudes menos favoráveis.

Em todos os momentos de colheita de dados a consistência interna da escala é boa (pré-parto 0,85; 1º mês após o parto 0,86; 6º mês após o parto 0,89).

Para o desenvolvimento do estudo foram salvaguardados os procedimentos éticos de confidencialidade, anonimato e livre participação. Após autorização da Administração da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo foi iniciado o estudo, tendo as mulheres sido informadas dos seus objectivos, desenvolvimento e a não existência de consequências em caso de abandono do estudo antes do seu término. As mulheres que acederam a participar voluntariamente no estudo, após terem sido informadas, assinaram o consentimento informado.

A colheita de dados efetuada através de questionário autoadministrado, ocorreu nos domicílios das mulheres, nos momentos previstos (entre a 26ª e a 28ª semana de gravidez, primeiro e sexto mês após o parto).

Para a análise de dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e inferencial, recorrendo-se a testes paramétricos sempre que se encontravam assegurados os pressupostos para a sua utilização. Para o teste de hipóteses utilizou-se a ANOVA a um factor nominal e a ANOVA para medidas repetidas. O nível de significância admitido foi de 5%.

Resultados

As primíparas têm entre 18 e 38 anos, com uma média de $28,4 \pm 4,27$ anos. São, maioritariamente, casadas ou vivem em união de facto (90,7%), ou em famílias nucleares (75,5%). Quanto à escolaridade, 44,4% tem o ensino básico e 21,2% o ensino superior. Predominaram as operárias, artífices e trabalhadoras similares (27,8%), pessoal dos serviços e vendas (15,2%) e especialistas de profissões intelectuais e científicas (14,6%).

A escolaridade apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{\text{KW}(3)} = 15,973$; $p=0,001$). Através da comparação múltipla das médias das ordens, com o método multimédia, verifica-se que as primíparas da coorte com intervenção no pré e pós-parto, apresentam escolaridade superior às das coortes

natural e controlo, apresentado também profissões mais diferenciadas ($\chi^2_{(6)} = 16,533$; $p=0,011$). Entre as restantes variáveis não se verificam diferenças.

A assistência da gravidez iniciou-se durante o primeiro trimestre para 97,0% das mulheres e decorreu exclusivamente no Centro de Saúde para 47,3%. Entre as primíparas da coorte natural observa-se maior utilização exclusiva do Centro de Saúde, enquanto na coorte com intervenção no pré e pós-parto há mais utilização do Centro de Saúde e de serviços privados ($\chi^2_{(6)} = 13,924$; $p=0,03$).

Relativamente ao ajustamento à maternidade e às atitudes maternas, no pré-parto a média mais baixa observou-se na relação conjugal ($18,5 \pm 4,09$) e a mais elevada nos sintomas somáticos ($26,1 \pm 4,64$). No primeiro mês após o parto variou entre $19,0 \pm 4,87$ na relação conjugal e $25,8 \pm 5,27$ na imagem corporal, sendo idêntica à dos sintomas somáticos ($25,8 \pm 4,47$). Ao sexto mês após o parto continua a ser na imagem corporal que se observa a média mais elevada ($25,2 \pm 5,14$), enquanto a menor se observa nas atitudes perante a gravidez e o bebé ($18,4 \pm 3,10$) (quadro 1).

No plano transversal verifica-se normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias, não se verificando diferenças significativas entre as coortes (*One Way ANOVA*), em todas as subescalas, pelo que, não se confirma a hipótese que a intervenção influencia o ajustamento à maternidade e as atitudes maternas.

QUADRO 1 – MAMA: Estatística descritiva e análise das diferenças entre as coortes

	Estatísticas	Pré-parto (n=134)	1º mês pós-parto (n=134)	6º mês pós-parto (n=151)
Imagem corporal	Min-Max Média ± Sd ANOVA	14 - 37 23,4 ± 4,43 F _(2,131) = 0,032; p=0,725	13 - 42 25,8 ± 5,27 F _(2,131) = 0,135; p=0,874	14 - 42 25,2 ± 5,14 F _(3,147) = 0,781; p=0,506
Sintomas somáticos	Min-Max Média ± Sd ANOVA	14 - 39 26,1 ± 4,64 F _(2,131) = 1,534; p=0,220	15 - 39 25,8 ± 4,47 F _(2,131) = 0,166; p=0,891	13 - 37 23,7 ± 4,99 F _(3,147) = 0,158; p=0,925
Relação conjugal	Min-Max Média ± Sd ANOVA	12 - 36 18,5 ± 4,09 F _(2,131) = 0,872; p=0,420	12 - 36 19,0 ± 4,87 F _(2,131) = 0,382; p=0,683	12 - 42 20,1 ± 5,32 F _(3,147) = 0,256; p=0,857
Atitudes perante o sexo	Min-Max Média ± Sd ANOVA	12 - 34 21,2 ± 3,99 F _(2,131) = 0,186; p=0,830	12 - 34 21,4 ± 4,64 F _(2,131) = 0,741; p=0,479	12 - 38 20,8 ± 4,71 F _(3,147) = 0,311; p=0,817
Atitudes perante a gravidez e o bebé	Min-Max Média ± Sd ANOVA	16 - 31 23,0 ± 2,98 F _(2,131) = 0,335; p=0,716	14 - 36 21,2 ± 3,55 F _(2,131) = 0,415; p=0,661	12 - 31 18,4 ± 3,10 F _(3,147) = 0,2476; p=0,064
MAMA	Min-Max Média ± Sd ANOVA	85 - 150 112,2 ± 13,22 F _(2,131) = 0,788; p=0,457	83 - 155 113,0 ± 14,05 F _(2,131) = 0,155; p=0,857	73 - 155 108,1 ± 15,16 F _(3,147) = 0,292; p=0,831

No plano longitudinal, em todas as subescalas e escala total, verificam-se correlações estatisticamente significativas entre todos os momentos de colheita de dados, igualdade das matrizes de covariância em todas as células formadas pelos efeitos intersujeitos (M de Box) e circularidade das matrizes de covariância (Teste de esfericidade de Mauchly) ou valor de epsilon de Huynh-Feldt superior a 0,9.

Na Imagem Corporal as médias não são significativamente diferentes nas três coortes ($F_{(2,123)} = 0,554$; $p = 0,576$). Verifica-se efeito significativo do tempo (Huynh-Feldt: $F_{(1,908;234,682)} = 17,582$; $p = 0,000$. Potência de teste = 1,000). A média no pré-parto ($M = 23,402$, $SEM = 0,428$) é inferior à do primeiro mês após o parto ($M = 26,013$; $SEM = 0,499$) e esta idêntica à do sexto mês ($M = 25,207$, $SEM = 0,509$). (Bonferroni: pré-parto – 1 mês, $p = 0,00$; pré-parto – 6 meses, $p = 0,01$; 1mês – 6 meses, $p = 0,111$). Não se observa efeito interativo do tempo e do modo de intervenção (Huynh-Feldt: $F_{(3,816;234,682)} = 0,582$; $p = 0,668$).

Também nos Sintomas Somáticos as médias não são significativamente diferentes nas três coortes ($F_{(2,123)} = 0,030$; $p = 0,970$). Verifica-se efeito significativo do tempo (Sphericity Assumed: $F_{(2,246)} = 14,525$; $p = 0,000$. Potência de teste = 0,999). A média no pré-parto ($M = 26,343$, $SEM = 0,455$) é idêntica à observada no primeiro mês após o parto ($M = 25,760$; $SEM = 0,457$) e superior à do sexto mês ($M = 23,546$, $SEM = 0,509$) (Bonferroni: pré-parto – 1 mês, $p = 0,797$; pré-parto – 6 meses, $p = 0,00$; 1mês – 6 meses, $p = 0,00$). Não se observa efeito interativo do tempo e do modo de intervenção (Sphericity Assumed: $F_{(4;246)} = 1,066$; $p = 0,374$).

No que concerne à relação conjugal, as médias não são significativamente diferentes nas três coortes ($F_{(2,123)} = 0,520$; $p = 0,596$). O tempo tem efeito significativo (Sphericity Assumed $F_{(2,246)} = 7,114$; $p = 0,001$. Potência de teste = 0,929). A média no pré-parto ($M = 18,629$, $SEM = 0,495$) é idêntica à do primeiro mês após o parto ($M = 18,994$; $SEM = 0,457$) e mais elevada ao sexto mês ($M = 20,254$, $SEM = 0,526$). (Bonferroni: pré-parto – 1 mês, $p = 1,000$; pré-parto – 6 meses, $p = 0,003$; 1mês – 6 meses, $p = 0,022$). Não se observa efeito interativo do tempo e do modo de intervenção (Sphericity Assumed $F_{(4;246)} = 0,535$; $p = 0,710$).

Nas atitudes perante o sexo, também as médias não são significativamente diferentes nas três coortes ($F_{(2,123)} = 0,070$; $p = 0,932$), não se verificam diferenças decorrentes do tempo (Sphericity Assumed: $F_{(2,246)} = 0,714$; $p = 0,491$), nem efeito interativo do tempo e o modo de intervenção (Sphericity Assumed: $F_{(4;246)} = 0,822$; $p = 0,512$).

Nas atitudes perante a gravidez e o bebé as médias entre as coortes não são significativamente diferentes ($F_{(2,123)} = 0,578$; $p = 0,563$). O tempo tem efeito significativo (Huynh-Feldt $F_{(2,246)} = 113,887$; $p = 0,000$. Potência de teste = 1,000), com média no pré-parto ($M = 22,998$, $SEM = 0,302$) superior à do primeiro mês após o parto ($M = 21,087$; $SEM = 0,356$), sendo a observada ao sexto mês a menor ($M = 17,922$, $SEM = 0,304$). (Bonferroni: pré-parto – 1 mês, $p = 0,000$; pré-parto – 6 meses, $p = 0,000$; 1mês – 6 meses, $p = 0,000$). Não se observa efeito interativo do tempo e do modo de intervenção (Huynh-Feldt $F_{(4;246)} = 1,199$; $p = 0,312$).

A escala total (MAMA), sintetizando o comportamento das subescalas, apresenta médias que não são significativamente diferentes nas três coortes ($F_{(2,123)} = 0,068$; $p = 0,934$). O tempo tem efeito significativo (Huynh-Feldt: $F_{(1,959;240,916)} = 10,208$; $p = 0,000$. Potência de teste = 0,985). A média no pré-parto ($M = 112,448$, $SEM = 1,312$) é idêntica à do primeiro mês após o parto ($M = 113,104$; $SEM = 1,409$) e inferior à observada ao sexto mês ($M = 107,664$, $SEM = 1,513$). (Bonferroni: pré-parto – 1 mês, $p = 1,000$; pré-parto – 6 meses, $p = 0,004$; 1mês – 6 meses, $p = 0,000$). Não se observa efeito interativo do tempo e do modo de intervenção (Huynh-Feldt: $F_{(3,917;240,916)} = 0,811$; $p = 0,517$).

Também no plano longitudinal não é evidente que a intervenção contribua para melhor ajustamento à maternidade, pelo que, não se confirma a hipótese.

Discussão

A transição para a maternidade é uma experiência comum que se traduz numa crise de emoções e desafios. Face às alterações sociais, as aprendizagens que eram efectuadas no seio das famílias de origem, “forçam” a mulher e família a procurar contextos de aprendizagem alternativos ou complementares, sendo os profissionais de saúde um dos recursos mobilizados.

Estes podem facilitar esta transição através dos cuidados que prestam (Mercer, 2004; Mercer e

Walker, 2006), no entanto, encontram-se aquém das expectativas e necessidades das mulheres (Mendes, 2007).

Ainda que o ajustamento biológico ocorra nas primeiras seis a oito semanas após o parto, o retorno à imagem corporal anterior à gravidez raramente ocorre durante este período. Durante a gravidez as atitudes relativamente à imagem corporal ($23,4 \pm 4,43$) são mais positivas do que após o parto, atingindo os valores mais negativos ao primeiro mês ($25,8 \pm 5,27$). Durante a gravidez a mulher pode-se sentir feliz com a “barriguinha” de grávida e apreciada pelo cônjuge e sociedade. Após o parto a recuperação da silhueta não se observa com a rapidez que a mulher desejaria, com conseqüente pior percepção que não melhora até aos seis meses.

Ainda na dimensão biológica, os sintomas somáticos encontram-se relacionados com o processo gravídico. Tal como Marinha (2003), foi nesta dimensão que se verificam atitudes mais negativas durante a gravidez ($26,1 \pm 4,64$). Entre o pré-parto e o primeiro mês após o parto não se verifica melhoria significativa, o que pode decorrer de ainda não se ter verificado a recuperação ao nível do aparelho reprodutor, verificando-se ao sexto mês atitudes significativamente mais positivas ($23,7 \pm 4,99$).

A intervenção não teve efeitos estatisticamente significativos, no entanto, as mulheres das coortes com intervenção apresentam evolução mais favorável. A abordagem efectuada nos cursos de preparação para o parto/parentalidade, e a interação entre as mulheres, permite a criação de redes de apoio, bem como, o desenvolvimento de habilidades, podendo contribuir para capacitar as mulheres para a gestão dos sintomas somáticos.

A relação com o cônjuge/companheiro é das dimensões mais confrontadas e desafiadas nesta transição, (re)organizando-se a vida familiar em função das necessidades da criança.

No pré-parto observa-se elevado ajustamento na relação conjugal ($18,5 \pm 4,09$), sendo a dimensão em que os indicadores são mais positivos, o que era expectável, por se tratar de primíparas que depositam no primeiro filho expectativas de continuidade geracional e do património familiar, o que corrobora os resultados de Marinha (2003). Gravidezes planeadas, famílias nucleares ou alargadas, demonstração da capacidade reprodutiva, poderão ser factores que contribuem para esta situação. A qualidade da relação conjugal

vai piorando até aos seis meses ($20,1 \pm 5,32$), não se verificando alteração entre o pré-parto ($18,5 \pm 4,09$) e o primeiro mês após o parto, confirmando que a insatisfação tende a aumentar desde o pré-parto, com a descoberta de conflitos de valores, necessidades e expectativas (Colman e Colman, 1994; Cowan e Cowan, 2000; Glade, Bean e Vira, 2005; Figueiredo *et al.*, 2008). Durante o primeiro mês após o parto, ainda que seja um período intensivo de cuidados, o casal encontra-se numa “lua-de-mel” face ao novo ser. Com o tempo, as expectativas da mulher poderão não ser satisfeitas, com diminuição do tempo para si, para as relações sociais e com sobrecarga de trabalho, com implicações na qualidade da relação.

Também nesta dimensão a intervenção não teve efeitos. Ainda assim é de salientar que as mulheres com intervenção no pré e pós-parto apresentaram pior evolução, o que pode decorrer das suas expectativas. São as mulheres com maior nível de escolaridade e profissões mais diferenciadas, com possíveis expectativas mais elevadas relativamente ao apoio do cônjuge e maior equidade de papéis sociais, podendo não se ter observado. Pode ainda questionar-se como é planeada e decorre a intervenção no domicílio, uma vez que a intrusão, orientações contraditórias e insensibilidade dos profissionais podem dificultar o processo de transição.

As atitudes perante o sexo desde o terceiro trimestre de gravidez ($21,2 \pm 3,99$) até aos seis meses após o parto ($20,8 \pm 4,71$), mantêm-se sem alterações significativas, desconhecendo-se no entanto como seria antes da gravidez. A intervenção de enfermagem não teve efeitos, podendo ter sido idêntica nos diferentes modos de intervenção, ou sendo uma situação íntima, as mulheres poderão sentir-se mais à vontade expondo-a no espaço privado da relação individual enfermeira-utente. Pode ainda ser um assunto “tabu”, com escassa abordagem durante a intervenção de enfermagem.

O nascimento do primeiro filho é um desafio para a vida dos casais, para o qual a mulher se prepara através de multiplicidade de recursos. Se durante a gravidez vai idealizando os cuidados e a relação com a criança e família, após o nascimento inicia-se um processo intensivo de prestação de cuidados, orientados pelas expectativas dos sistemas sociais. Os profissionais de saúde, a par das orientações e de modelos identitários para a mulher, implícita ou explicitamente, podem constituir-se como altamente punitivos.

Num primeiro momento as aprendizagens são formais. A mulher procura aprender a cuidar da criança e de si mimetizando os comportamentos de peritos, até encontrar formas particulares de lidar com o novo papel (Mercer, 2004).

As atitudes perante a gravidez e o bebé evoluem favoravelmente desde a gravidez ($23,0 \pm 2,98$) até aos seis meses após o parto ($18,47 \pm 3,1$). Durante a gravidez a apreensão quanto às competências face ao novo papel, o desconhecido e abstracto, a incerteza quanto à capacidade de responder de forma eficaz às expectativas sociais poderão justificar as atitudes mais negativas.

No primeiro mês após o parto, encontrando-se a mulher na fase formal (Mercer, 2004), com pensamentos e práticas muito estruturadas, em que o papel dos profissionais e do grupo de pares é fundamental, verifica-se melhoria nas atitudes sendo, no entanto, mais evidente ao sexto mês, quando desenvolvem alguma perícia e estratégias particulares de cuidar da criança.

É a dimensão na qual se verifica maior diferença de médias entre o pré-parto e os seis meses após o parto, não se observando efeitos estatisticamente significativos decorrentes da intervenção. Ainda assim, na coorte natural a evolução é menos favorável, comparativamente com as coortes com intervenção.

As expectativas das mulheres poderão estar centradas em demonstrar a competência em cuidar da criança, valorizando mais esta informação e fazendo aprendizagens substanciais. Porque o parto foi ultrapassado com sucesso e a criança é o centro das atenções, ao sexto mês a mulher pode encontrar-se numa fase de completo prazer na interação com o bebé e sentir-se competente com o desempenho com o novo papel.

Conclusão

Em termos genéricos, na transição para a maternidade, não se verificaram efeitos significativos decorrentes do modo de intervenção de enfermagem, no entanto, também não se verificaram efeitos adversos.

A escolaridade e a profissão, sobretudo na relação conjugal e na imagem corporal, podem influenciar as vivências da transição para a maternidade, devido às expectativas destas mulheres e do seu papel social.

De uma forma geral a evolução mais positiva é

mais evidente em dimensões biológicas, (sintomas somáticos) e em dimensões instrumentais (cuidados à criança), comparativamente com a relação conjugal ou as atitudes perante o sexo.

Constituindo-se as enfermeiras, e particularmente as especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, como recursos diferenciados, com formação específica na área e reconhecidos pelas populações, torna-se imperioso o desenho de projetos baseados na evidência, com objectivos a atingir, de forma a contribuir para uma saudável transição para a maternidade. Devem incluir os pais, iniciando a intervenção no pré-parto e continuando-a de forma estruturada no pós-parto.

Ainda que os cursos se refiram à preparação para a parentalidade, esta deve ser alvo de intervenção mais sustentada onde a par da informação, se dinamizem estratégias práticas que permitam a gestão do *stress* decorrente das alterações da transição para a nova etapa do ciclo vital.

Referências bibliográficas

ABUCHAIM, Érica S. V. ; SILVA, Isilda A. (2006) - Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: "dividiéndose entre ser madre y mujer". *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 5, nº 2, p. 220-228.

CANAVARRO, Maria Cristina ; PEDROSA, Anabela F. A. (2005) – Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In LEAL, Isabel, coord. - *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa : Fim de Século. p. 225-255.

COLMAN, Libby L. ; COLMAN, Arthur D. (1994) - *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa : Edições Colibri.

CORBETT, Robin W. (2008) – Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In LOWDERMILK, Deitra L. ; PERRY, Shannon E. – *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Loures : Lusodidacta. p. 245-303.

COWAN, Carolyn P. ; COWAN, Philip A. (2000) - *When partners become parents: the big life change for couples*. London : Lawrence Erlbaum Associates.

DARVILL, Ruth [et al.] (2010) - Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. Vol. 26, nº 3, p. 357-366.

FIGUEIREDO, B. ; MENDONÇA, M. ; SOUSA, R. (2004) – Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 5, nº 1, p. 31-51.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] (2008) - Partner relationship during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 28, nº 2, p. 99-107.

- GLADE, Aaron C. ; BEAN, Roy A. ; VIRA, Rohini (2005) - A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy*. Vol. 33, nº 4, p. 319-336.
- KUMAR, R. ; ROBSON, K. M. ; SMITH, M. R. (1984) - Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 28, nº 1, p. 43-51.
- MARINHA, M. C. S. S. (2003) - **Adaptación al embarazo y prematuridad**. Badajoz : Universidad de Extremadura.
- MENDES, Isabel M. M. D. (2007) - **Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto**. Porto : Universidade do Porto.
- MERCER, Ramona (2004) - Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 36, nº 3, p. 226-232.
- MERCER, Ramona T. ; WALKER, Lorraine (2006) - A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing*. Vol. 35, nº 5, p. 568-582.
- MORGADO, Carla Manuela Lino [et al.] (2010) – Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo: estudo comparativo. *Referência*. Série 2, nº 12, p. 17-27.
- NYSTRÖM, Kerstin ; ÖHRLING, Kerstin (2004) - Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 46, nº 3, p. 319-330.
- PEREIRA, Graça ; RAMALHO, Vera ; DIAS, Pedro (2002) – Psychological variables in pregnancy: does age matter? An exploratory study. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 4, nº 1, p. 131-140.
- PORTUGAL. Administração Regional de Saúde Norte (2008) - **Preparação para o parto e para a parentalidade** [Em linha]. [Consult. 1 de Nov. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2006) - **Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para os profissionais de saúde**. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde.
- RUBIN, Reva (1984) - **Maternal identity and the maternal experience**. New York : Springer Publishing Company.

