

# Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto

Resilience and maternal adjustment in the postpartum period

Resiliencia y adaptación a la maternidad en el posparto

Marta Cristiana Malheiro Alegria Felgueiras\*

Luís Carlos Carvalho da Graça\*\*

## Resumo

Mães resilientes possuem flexibilidade e força interior necessárias para recuperarem face às adversidades. A transição para a maternidade envolve um conjunto de tarefas que requerem a reestruturação de responsabilidades e comportamentos.

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia devem reconhecer a importância das suas intervenções nesta transição e adequar a sua prática, de forma a promoverem a vivência de uma parentalidade saudável.

Foi objetivo do estudo avaliar a relação entre a resiliência e o ajustamento à maternidade. A amostra, não probabilística, foi constituída por 106 mães, com colheita de dados aos 3 meses após o parto, através da *Resilience Scale* (RS) e da *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA).

Observou-se boa consistência interna nos dois instrumentos (0,86 e 0,92).

Imagem Corporal e Sintomas Somáticos foram as subescalas da MAMA que obtiveram apreciação mais negativa, enquanto Relação Conjugal e Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê apreciação mais positiva.

A Resiliência apresentou *scores* mais elevados na Autoconfiança e menos elevados na Autossuficiência.

Os resultados indicaram uma associação negativa entre o ajustamento à maternidade e as atitudes maternas e a resiliência.

Em conclusão: no pós-parto as mulheres com maior resiliência apresentam melhor ajustamento à maternidade e atitudes mais positivas.

**Palavras-chave:** adaptação psicológica; resiliência psicológica; puerpério; enfermagem materno-infantil.

## Abstract

Resilient mothers have the flexibility and the inner strength necessary to bounce back from adversity.

The transition to motherhood involves a new set of tasks that require the restructuring of responsibilities and behaviors.

Midwives need to recognize the importance of their interventions in this process and adjust their practice to promote a healthy parenting experience.

The aim of this study was to assess the relationship between resilience and maternal adjustment. The sample was non-probabilistic, consisted of 106 mothers, and data collection was performed when the babies were 3 months old, by administering the *Resilience Scale* (RS) and the *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA) to their mothers.

There was good internal consistency in both instruments (0,86 and 0,92).

Body Image and Somatic Symptoms were the sub-scales from MAMA that had more negative scores, while Marital Relationship and Attitudes to Pregnancy/ Baby had the most positive scores.

Resilience showed higher scores for self-confidence and lower for self-reliance.

The results indicated a negative association between maternal adjustment and maternal attitudes and resilience.

In conclusion: at the postpartum period, women with higher resilience have better adjustment to motherhood and more positive attitudes.

**Keywords:** psychological adaptation; psychological resilience; postpartum period; maternal-child nursing.

\* Mestre em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Unidade Local de Saúde do Alto Minho, 4900-007, Viana do Castelo, Portugal [cristianafelgueiras@gmail.com]. Morada: Rua Martins Soares, lote 24, 4900-007 Viana do Castelo.

\*\* Doutor em Enfermagem. Docente, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 4900-314, Viana do Castelo, Portugal [luiscg@ess.ipv.pt].

## Resumen

Las madres resilientes tienen la flexibilidad y fuerza interior necesaria para recuperarse cuando las cosas no van bien.

La transición a la maternidad implica un conjunto de tareas que requieren que las responsabilidades y los comportamientos se reestructuren.

Los enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia deben reconocer la importancia de sus intervenciones en este proceso y ajustar su práctica para promover una maternidad sana.

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre la resiliencia y la capacidad de adaptación a la maternidad. La muestra, no probabilística, constó de 106 madres y la recogida de datos se realizó a los 3 meses, mediante la aplicación de la *Resilience Scale* (RS) y de la *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA). Se observó una buena consistencia interna en los dos instrumentos (0,86 y 0,92).

La Imagen Corporal y los Síntomas Somáticos fueron las subescalas de la MAMA que obtuvieron una apreciación más negativa, mientras que la Relación de Pareja y Actitudes Hacia el Embarazo y el Bebé obtuvieron una apreciación más positiva.

La Resiliencia mostró unos *scores* más elevados en Autoconfianza y menos en Autosuficiencia.

Los resultados indicaron una asociación negativa entre adaptación a la maternidad y actitudes maternas y resiliencia.

En conclusión: en el período de posparto, las mujeres con mayor resiliencia tienen una mejor adaptación a la maternidad y unas actitudes más positivas.

**Palabras clave:** adaptación psicológica; resiliencia psicológica; período de posparto; enfermería materno infantil.

Recebido para publicação em: 19.09.12

Aceite para publicação em: 19.09.13

## Introdução

O modelo salutogénico, desenvolvido por Antonovsky, mostrou ser uma contribuição mais poderosa para a promoção da saúde mental do que a clássica orientação patológica centrada no risco e na doença, uma vez que encara a pessoa (ou grupo) como um todo e se centra nos aspetos positivos, na resolução de problemas e na capacidade de usar os recursos disponíveis, em vez de se focar nos fatores de risco, obstáculos e *deficits*. Este modelo ajuda a compreender porque é que as pessoas conseguem permanecer bem, apesar de sujeitas a situações stressantes e a dificuldades (Lindström e Erikson, 2005).

O sentido de coerência (SOC) é um conceito crucial à promoção de saúde em indivíduos expostos a situações de *stress* extremo. Trata-se da combinação da capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento. Salutogénese é um conceito dinâmico e flexível. É um recurso de saúde promotor de resiliência. Pessoas com maior SOC são mais resilientes sob *stress* do que as pessoas com baixo SOC (Lindström e Erikson, 2006).

Rutter (1990, p. 181) define resiliência como *“the positive pole of the obiquitous phenomenon of individual difference in people’s responses to stress and adversity”*, podendo os mesmos stressores ser experienciados de maneira diferente por diferentes pessoas, em diferentes momentos, ou seja, resiliência não é um atributo fixo do indivíduo.

Uma prática profissional centrada na resiliência implica centrar-se nas forças e nas oportunidades, em vez de nos problemas. A vantagem desta abordagem é opor-se ao pessimismo e determinismo da adversidade, uma vez que é dada atenção à promoção de recursos quer internos, quer ambientais, para a construção de resiliência e redução do risco (Masten e Powell, 2003). O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia deve estimular as potencialidades dos indivíduos, famílias e comunidades para os ajudar a gerir as dificuldades e promover capacidades, habilidades e competências que os ajudem a ultrapassar os desafios. Importa, cumulativamente, ter em consideração as circunstâncias e a influência ambiental e ecológica (Bronfenbrenner, 1979), uma vez que a intervenção não deve ser apenas focalizada nas características internas do indivíduo.

Os processos de transição para a maternidade

constituem-se numa área nobre da intervenção dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia. Uma transição implica que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere um comportamento, alterando também a definição de si no seu contexto social. Implica sempre uma mudança e, consequentemente, uma adaptação a uma nova realidade. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se no cuidado ao ser humano que, durante o seu ciclo de vida, é confrontado com a vivência de transições que o colocam em situações de maior vulnerabilidade e risco para a saúde (Meleis, 2010).

Tornar-se mãe implica uma mudança de identidade que se inicia, frequentemente, antes da gravidez. Esta mudança necessária pode causar sentimentos ambíguos e ser geradora de conflitos internos sobre as competências da mulher enquanto futura mãe (Mercer e Walker, 2006).

As mudanças que ocorrem nas relações são também, muitas vezes, negativas e incluem a diminuição da satisfação conjugal e maiores níveis de conflito (Glade, Bean e Vira, 2005). No entanto, a relação conjugal e o sistema de apoio que proporciona é importante para facilitar mudanças e transições de desenvolvimento e para diminuir o impacto dos eventos adversos. A qualidade da relação conjugal pode contribuir para a adaptação e ajustamento psicológico do indivíduo, especialmente quando os níveis de vulnerabilidade são elevados, como durante a transição para a parentalidade (Figueiredo *et al.*, 2008).

A transição para a maternidade é rica em oportunidades de intervenção do enfermeiro, sobretudo o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia. Estas devem ser entendidas como fundamentais para que esta transição ocorra de forma saudável, contribuindo para um melhor ajustamento à maternidade e atitudes mais positivas (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011).

Os cursos de preparação para o parto/parentalidade são uma importante fonte de suporte durante o período de transição para a maternidade, sobretudo porque as mães/famílias de hoje não vivenciam a gravidez mais do que uma ou duas vezes, sendo esta, portanto, mais suscetível de envolver grandes expectativas (Vehvilainen-Julkunen, 1995).

Mercer (2004) desenvolveu a teoria da consecução do papel maternal, considerando que a transição para a maternidade se desenvolve em quatro fases: antecipatória; formal (quando há maior necessidade

de orientação por profissionais); informal; e de identidade pessoal ou materna. Cerca dos quatro meses após o parto a maioria das mães já adquiriu autoconfiança e competência para cuidar do seu recém-nascido e incorporou a nova identidade no seu self (Mercer e Walker, 2006).

Apesar do risco que a maternidade acarreta, por ser um momento de crise, a grande maioria das mães demonstra um funcionamento resiliente na realização das tarefas e responsabilidades. Neste período, um companheiro é uma fonte de suporte e de apoio, que ajuda a minimizar muitas das adversidades para as mães (Cleaver, Unell e Aldgate, 2011).

Quando enfrentam um desafio pode ser importante para os pais conhecerem outros em situação similar (Glade, Bean e Vira, 2005), podendo o enfermeiro especialista em saúde materna proporcionar apoio e a aproximação de mães em situações similares que lhes permitam constituírem redes de apoio informais. Vários estudos mostraram que os pais se adaptam melhor quando os profissionais discutem as implicações e natureza das dificuldades com honestidade e demonstram sensibilidade para com a ansiedade dos pais (Hill *et al.*, 2007).

Os projetos promotores de resiliência, que visam ajudar aqueles que experienciam adversidades são, maioritariamente, dirigidos a crianças e não a adultos/pais e há ainda poucos estudos acerca de estratégias promotoras de resiliência, sobretudo a nível familiar (Hill *et al.*, 2007).

O conceito de resiliência tem sido pouco utilizado em estudos que abordam a parentalidade e ajustamento à maternidade, apesar destes terem ideias implícitas de desenvolvimento de habilidades e capacidades que as famílias adquirem quando enfrentam dificuldades. Neste caso, o conceito mais utilizado é o de «*coping*» (Hill *et al.*, 2007).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre a resiliência e o ajustamento à maternidade, através da aplicação das versões portuguesas da MAMA (*Maternal Adjustment and Maternal Attitudes*) de Kumar, Robson e Smith (1984) e da RS (*Resilience Scale*) de Wagnild e Young (1993). As versões portuguesas (Felgueiras, 2008; Figueiredo, Mendonça e Sousa, 2004) destes instrumentos são relativamente recentes e nunca foram utilizados previamente em conjunto.

Este estudo torna-se pertinente no sentido em que poderá contribuir para a prevenção de comportamentos desajustados face à transição para

a maternidade com consequências futuras, quer a nível familiar, quer a nível social. Justifica-se no sentido em que a confirmação da associação entre resiliência e ajustamento à maternidade pode ajudar a compreender os fatores e circunstâncias facilitadores de uma maternidade resiliente, para que, apesar dos riscos e dos desafios da maternidade, as mães não manifestem comportamentos desajustados e/ou desadequados num momento de maior vulnerabilidade.

## Metodologia

O presente estudo decorreu no distrito de Viana do Castelo, que tem uma área estimada de 2 255 km<sup>2</sup>. A percentagem de mulheres em idade fértil é de 45,2%, com uma taxa bruta de natalidade de 7,4% e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 29,0 anos (Portugal. Instituto Nacional de Estatística, 2011). Trata-se de um estudo descritivo-correlacional e transversal.

O método de amostragem foi não probabilístico, por conveniência (Ribeiro, 2007). A amostra foi constituída por 106 mulheres, que recorreram aos Centros de Saúde no período de junho a novembro de 2011, aquando da vacinação das crianças, e que já tinham passado o terceiro mês após o parto. Como critérios de inclusão definiu-se: saber ler e escrever; ser mãe de uma criança de 3 meses de idade; e disponibilizar-se voluntariamente para participar no estudo.

Os instrumentos de colheita de dados foram a versão pós-natal do *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (Figueiredo, Mendonça e Sousa, 2004) e a *Resilience Scale* (Felgueiras, 2008).

A escala MAMA foi desenvolvida por Kumar, Robson e Smith (1984) para avaliar o ajustamento e as atitudes maternas. É um questionário de auto relato, com uma versão pré e outra pós-natal, constituído por 60 itens distribuídos equitativamente por cinco subescalas de 12 itens cada uma. Engloba as subescalas: imagem corporal; sintomas somáticos; atitudes para com o companheiro; atitudes perante o sexo; e atitudes para com a gravidez e o bebé.

A escala mede a frequência com que determinadas situações ocorreram durante o último mês através de uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 (nunca/de forma alguma), 2 (raramente/um pouco), 3 (muito/às vezes) e 4 (muitíssimo/muitas vezes).

A «subescala imagem corporal» (itens 2\*, 12\*, 18, 19\*, 21\*, 31, 44\*, 47\*, 49, 53, 55\* e 57) avalia a percepção que a grávida tem da sua imagem corporal e a relação com o seu próprio corpo em contínua transformação decorrida do período de gravidez.

A «subescala sintomas somáticos» (itens 1, 4, 6, 9, 17, 27, 32\*, 33, 35\*, 38, 41 e 59\*) investiga queixas associadas a manifestações somáticas (respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, etc.).

A «subescala relação conjugal» (itens 3, 8, 15\*, 26\*, 34, 36, 37\*, 43, 48\*, 50\*, 52\* e 56) afere a qualidade afetiva e emocional em relação ao companheiro ou cônjuge.

A «subescala atitudes para com o sexo» (itens 5\*, 11\*, 13\*, 20, 23, 25\*, 30, 39, 42, 45\*, 46\* e 58\*) pretende avaliar os sentimentos de agrado/desejo e vergonha/insatisfação perante a relação sexual.

**A subescala atitudes para com a gravidez e o bebé** (itens 7, 10, 14\*, 16, 22\*, 24\*, 28\*, 29, 40\*, 51, 54 e 60\*) reflete as inquietações, sentimentos e atitudes relativamente ao cuidar do seu filho.

Os itens assinalados (\*) são recodificados. O questionário é pontuado no sentido em que, por adição, a um resultado mais elevado corresponde um pior ajustamento à maternidade e atitudes mais disfuncionais.

A consistência interna da escala é boa (alfa de Cronbach – 0,86), de acordo com Ribeiro (2007).

Na *Resilience Scale* (RS), desenvolvida por Wagnild e Young (1993), os itens estão operacionalizados em sete pontos de 1, discordo totalmente, a 7, concordo totalmente. Todos os itens estão descritos de forma positiva, variando os *scores* entre 25 e 175, com *scores* mais elevados refletindo elevada resiliência. A versão original é constituída por duas subescalas: Competência Pessoal e Aceitação de Si Próprio e da Vida.

Na versão portuguesa da escala, a partir da análise dos componentes principais emergiram 5 componentes: Perseverança (itens 1, 2, 9, 10, 23 e 24); Autoconfiança (itens 14, 15, 17, 18, 19, 20 e 22); Serenidade (itens 4, 6, 12 e 16); Sentido de Vida (itens 8, 11, 13, 21 e 25); e Autossuficiência (itens 3 e 7). Um item (5) foi excluído por apresentar uma baixa correlação com o total (inferior a 0,2). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,92, evidenciando muito boa consistência interna, superior ao estudo de validação para a população portuguesa (Felgueiras, 2008).

O estudo iniciou-se após o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho e a autorização do Conselho de Administração, tendo sido salvaguardados a confidencialidade, o anonimato e a livre participação.

Para a análise de dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e à correlação de *Pearson*, sendo o nível de significância admitido de 5%.

Para o tratamento de dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 19).

## Resultados

As mulheres tinham idades entre os 20 e os 42 anos, com uma média de  $31,2 \pm 4,76$  anos e uma mediana de 31 anos. A maioria tinha entre os 30 e os 39 anos (60,4%), eram casadas ou viviam em união de fato (90,6%), em famílias nucleares (84,9%) e, relativamente à escolaridade, 33% tinham o ensino secundário e 34% um bacharelato ou licenciatura. Predominaram mulheres em situação laboral ativa (75%), que trabalham por conta de outrem.

Maioritariamente eram primigestas (54,7%), não se verificando nenhuma gravidez gemelar. As gravidezes foram planeadas por 83% das mulheres e a sua vigilância ocorreu em Centro de Saúde, para 39,6% das mulheres, enquanto que 20,8% recorreu exclusivamente a serviços privados e 26,4% optou por ambos os serviços. A primeira consulta de vigilância da gravidez foi para 97,2% das mulheres no primeiro trimestre de gravidez e a frequência de cursos de preparação para o parto/parentalidade verificou-se em 63,2%.

O parto sem instrumentação foi experienciado por 55,7% das mulheres, 35,8% tiveram uma cesariana e as restantes 8,5% tiveram um parto por ventosa, sendo que a maioria (74,6%) teve o parto que esperava. Em relação ao recém-nascido, 2,8% tiveram problemas de saúde graves e 6,6%, necessitaram de hospitalização.

Relativamente às atitudes e ajustamento materno, os *scores* mínimos variaram entre 12 para as Atitudes Perante o Sexo e 15 para a Imagem Corporal, os Sintomas Somáticos e as Atitudes perante a Gravidez e o Bebê. Os *scores* máximos variaram entre 33 para as Atitudes Perante a Gravidez e o Bebê e 42 para os Sintomas Somáticos e a Relação Conjugal. A média ( $27,7 \pm 4,93$ ) e mediana (28) mais elevadas observaram-se na Imagem Corporal, e a média

(19,7±4,75) e a mediana (18,5) mais baixas na Relação Conjugal. A Imagem Corporal e Sintomas Somáticos foram as subescalas que obtiveram uma apreciação mais negativa por parte da mulher, enquanto a relação conjugal e atitudes perante a gravidez e o bebé obtiveram uma apreciação mais positiva.

Relativamente à RS, os *scores* mínimos variaram entre 3 para a Autossuficiência e 13 para a Perseverança e para o Sentido de Vida. Os *scores* máximos variaram entre 14 para a Autossuficiência e 49 para a Autoconfiança. A média (38,0±6,06) e mediana mais elevadas (33,5) observaram-se na Autoconfiança, enquanto que a média (10,8±2,04) e mediana mais baixas (11) se observaram na Autossuficiência.

No estudo das correlações (Quadro 1) podemos verificar uma correlação negativa entre a maioria das subescalas.

Todas as dimensões da escala MAMA apresentam correlações negativas com a RS, variando de fraca para a imagem corporal ( $r=-0,204$ ), sintomas somáticos ( $r=-0,256$ ) e atitudes para com a gravidez e o bebé ( $r=-0,378$ ), a moderada para a relação conjugal ( $r=-0,434$ ) e as atitudes perante o sexo ( $r=-0,450$ ).

Também todas as subescalas da RS apresentaram uma correlação negativa com a MAMA total MAMA, tratando-se de correlações fracas.

As duas escalas também apresentaram uma correlação negativa e fraca ( $r=-0,392$ ).

Considerando as subescalas, constata-se que na sua globalidade se encontram correlacionadas, à exceção da imagem corporal em que as correlações significativas só se observam com a autoconfiança ( $r=-0,207$ ). Também nos sintomas somáticos não se observam correlações significativas com a autoconfiança e com a autossuficiência, observando-se correlações fracas com a perseverança ( $r=-0,205$ ), serenidade ( $r=-0,270$ ) e sentido de vida ( $r=-0,221$ ). Na relação conjugal observam-se correlações mais fortes com as dimensões da RS, variando de fracas, na autossuficiência ( $r=-0,227$ ) a moderadas no sentido de vida ( $r=-0,409$ ) e autoconfiança ( $r=-0,433$ ).

Também as atitudes perante o sexo apresentam correlações bastante significativas com todas as dimensões da RS, sendo fraca na autossuficiência ( $r=-0,274$ ), serenidade ( $r=-0,369$ ) e sentido de vida ( $r=-0,358$ ), e moderada na perseverança ( $r=-0,411$ ) e na autoconfiança ( $r=-0,433$ ).

As atitudes perante a gravidez e o bebé apresentaram correlações significativas, variando de  $r=-0,251$ , para a autossuficiência, a  $r=-0,328$ , para a perseverança, assumindo as restantes valores intermédios.

QUADRO 1 – Estudo das correlações entre as subescalas das escalas MAMA e RS e as escalas totais (correlação de *Pearson*)

|                 | Imagem corporal | Sintomas somáticos | Relação conjugal | Atitudes perante o sexo | Atitudes perante a gravidez e o bebé | MAMA    |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------|
| Perseverança    |                 |                    |                  |                         |                                      |         |
| r               | -,141           | -,250**            | -,351**          | -,411**                 | -,328**                              | -,342** |
| Sig.            | ,157            | ,010               | ,000             | ,000                    | ,001                                 | ,001    |
| N               | 102             | 106                | 102              | 104                     | 102                                  | 94      |
| Autoconfiança   |                 |                    |                  |                         |                                      |         |
| r               | -,207*          | -,162              | -,433**          | -,433**                 | -,315**                              | -,358** |
| Sig.            | ,038            | ,099               | ,000             | ,000                    | ,001                                 | ,000    |
| N               | 101             | 105                | 101              | 103                     | 101                                  | 93      |
| Serenidade      |                 |                    |                  |                         |                                      |         |
| r               | -,120           | -,270**            | -,369**          | -,369**                 | -,290**                              | -,312** |
| Sig.            | ,229            | ,005               | ,000             | ,000                    | ,003                                 | ,002    |
| N               | 102             | 106                | 102              | 104                     | 102                                  | 94      |
| Sentido de vida |                 |                    |                  |                         |                                      |         |
| r               | -,189           | -,221*             | -,409**          | -,358**                 | -,296**                              | -,348** |
| Sig.            | ,059            | ,023               | ,000             | ,000                    | ,003                                 | ,001    |
| N               | 101             | 105                | 101              | 103                     | 101                                  | 93      |

|                  |        |         |         |         |         |         |
|------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Autossuficiência |        |         |         |         |         |         |
| r                | -,170  | -,103   | -,227*  | -,274** | -,251*  | -,225*  |
| Sig.             | ,088   | ,292    | ,022    | ,005    | ,011    | ,029    |
| N                | 102    | 106     | 102     | 104     | 102     | 94      |
| RS               |        |         |         |         |         |         |
| r                | -,204* | -,256** | -,434** | -,450** | -,378** | -,392** |
| Sig.             | ,041   | ,008    | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    |
| N                | 101    | 105     | 101     | 103     | 101     | 93      |

\*\*p<0,01; \*p<0,05

## Discussão

O estudo incluiu mulheres de áreas rurais e urbanas do distrito de Viana do Castelo, que recorreram ao CS para efetuar a vacinação dos 3 meses aos seus filhos. Trata-se de uma amostra onde predominam mulheres jovens, trabalhadoras ativas (75%), com escolaridade elevada (ensino secundário 33% e ensino superior 34%), a viver em famílias nucleares (84,9%) e casadas/união de fato (90,6%).

Maioritariamente eram mulheres com o primeiro filho (54,7%), com gravidezes planeadas (83%), em que a quase totalidade iniciou a sua vigilância no primeiro trimestre (97,2%), utilizando quer serviços públicos, quer privados. Cerca de 2/3 das mulheres frequentaram cursos de preparação para o parto/parentalidade.

Com o investimento na carreira, as mulheres adiam o nascimento dos filhos e a prole é progressivamente mais reduzida. Cada gravidez é planeada e vivenciada de forma intensa, procurando os recursos de apoio que melhor preparem para a nova etapa da vida.

O parto, como momento marcante na vida das mulheres, é pensado e planeado antecipadamente, o que se observa no presente estudo considerando que 74,6% das mulheres teve o parto que planeou. Verifica-se ainda que só cerca de metade dos partos foram vaginais sem instrumentação e as cesarianas ocorreram em 35,8% dos nascimentos.

Os *scores* da escala MAMA denotam globalmente atitudes positivas e ajustamento favorável, sendo mais evidente na relação conjugal e nas atitudes perante a gravidez e o bebé. Esta situação pode decorrer do facto da maioria dos casais estarem perante um primeiro filho, em que frequentemente fazem grandes investimentos. Também as relações conjugais podem ser curtas e a conflitualidade estar pouco presente. Os *scores* mais negativos observam-se na imagem corporal, em que as mulheres podem não se sentir

bem com a sua imagem e apresentarem dificuldade ou demora em regressar à imagem anterior à gravidez. A intervenção dos profissionais poderá ter influenciado positivamente esta transição, pois, conforme Mercer (2004) e Mercer e Walker (2006), durante a fase antepartória a mulher vai-se preparando e idealizando o novo papel, e na fase formal, com a presença do novo ser, vai deparar-se com os desafios dos cuidados ao bebé, em que a orientação e apoio dos profissionais são essenciais. Os cursos de preparação para o parto/parentalidade têm como objetivo ajudar a mulher nesta transição desenvolvimental. Estes cursos, direccionados para o casal, permitem uma interação entre as mulheres e são um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento de competências (Cleaver, Unell e Aldgate, 2011; Hill *et al.*, 2007).

Também os *scores* da resiliência são globalmente elevados, o que parece poder ser corroborado pelo facto de serem maioritariamente primeiros filhos de gravidezes planeadas, com vigilância adequada e com investimento na preparação para o parto/parentalidade.

Verifica-se que existe uma correlação negativa entre o ajustamento à maternidade e as atitudes maternas e a resiliência. Mulheres com menos resiliência apresentam atitudes mais negativas.

Durante um período particularmente crítico como é o puerpério, a mulher necessita de desenvolver estratégias que facilitem a transição para a maternidade, constituindo-se isto num desafio para mulheres e casais. Os enfermeiros, nas suas práticas clínicas, devem ser elementos facilitadores desta transição através dos cuidados que prestam e do apoio que proporcionam. A intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia é fundamental para a promoção de uma transição positiva e para uma melhor adaptação e desempenho do papel maternal.

Estes profissionais, com responsabilidade e competências acrescidas na área da saúde sexual e reprodutiva, deverão estar atentos a aspetos como as atitudes perante o sexo e a relação conjugal, que sendo dimensões que revelam melhor ajustamento e atitude mais favoráveis, necessitam de ser reforçadas. Devem também prestar particular atenção à imagem corporal, em que os resultados demonstram pior ajustamento, preparando antecipadamente as mulheres para as alterações da imagem e para a demora no regresso à silhueta anterior à gravidez, em que os projetos de intervenção no pós-parto, direcionados para a prática do exercício físico, que facilitem a recuperação física são relevantes.

## Conclusão

A contribuição da resiliência para o cuidar em enfermagem é pertinente porque pode orientar a tomada de decisões e a determinação de prioridades. Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria encontram-se numa posição privilegiada entre os profissionais de saúde para promover a resiliência, uma vez que estabelecem, desde o início da gravidez, contacto próximo com grávidas, que se prolonga para o puerpério. A RS apresenta características satisfatórias de fidelidade e é um instrumento que pode ser utilizado por enfermeiros para aferir níveis de resiliência.

Também a MAMA apresenta fidelidade satisfatória e tem sido usada com eficácia em diversos contextos para aferir o ajustamento e as atitudes da grávida para com o companheiro, a gravidez e o bebé, comprovando a sua validade.

A correlação entre a resiliência e o ajustamento à maternidade é negativa, não se podendo, no entanto, aferir a relação causa-efeito entre ambas, no sentido de saber qual é que é responsável pela variação da outra.

Esta conclusão permite realçar a importância do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetria para a promoção da resiliência e de todas as suas componentes: perseverança, autoconfiança, serenidade, sentido de vida e autossuficiência como processo facilitador do ajustamento à maternidade. Por outro lado, tendo como foco de atenção, na sua prática profissional, a imagem corporal, os sintomas somáticos, a relação conjugal, as atitudes perante o sexo

e as atitudes perante a gravidez e o bebé, o enfermeiro especialista está a promover a resiliência da mulher.

À luz dos conhecimentos atuais e das conclusões deste estudo, em que se verifica que as mulheres demonstraram um bom ajustamento à maternidade, sobretudo na relação conjugal e atitudes perante o sexo, o papel do pai/marido/companheiro é fundamental e este deve ser incluído nos cuidados de enfermagem, como parte integrante de uma tríade. Relativamente à resiliência, chegámos também à mesma conclusão, uma vez que as mulheres obtiveram menor classificação na componente autossuficiência, comprovando a importância do marido/companheiro ou pessoa significativa como fonte de suporte e apoio fundamental na transição para a maternidade.

As escalas denotaram elevada consistência interna e adequação à população portuguesa. Sugere-se, para investigações futuras, um estudo longitudinal, com uma amostra de maior dimensão, que permita aferir a evolução da relação entre resiliência e ajustamento à maternidade ao longo do processo de tornar-se mãe.

## Referências bibliográficas

BRONFENBRENNER, Ulrich (1979) - *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

CLEAVER, Hedy ; UNELL, Ira ; ALDGATE, Jane (2011) - *Children's needs – parenting capacity. Child abuse: parental mental illness, learning disability, substance misuse, and domestic violence* [Em linha]. 2ª ed. London: The Stationery Office. [Consult. 21 jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Childrens%20Needs%20Parenting%20Capacity.pdf>>.

FELGUEIRAS, Marta Cristiana M. A. (2008) - *Adaptação e validação da resilience scale® de wagnild e young para a cultura Portuguesa*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Tese de mestrado.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] (2008) - Partner relationships during transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, nº 2, p. 99-107.

FIGUEIREDO, Bárbara ; MENDONÇA, M. ; SOUSA, R. (2004) - Versão portuguesa do maternal adjustment and maternal attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 5, nº 1, p. 31-51.

GLADE, Aaron C. ; BEAN, Roy A. ; VIRA, Rohini (2005) - A prime time for marital/relational intervention: a review of the transitions to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy*. Vol. 33, nº 4, p. 319-336.

GRÇA, Luís Carlos C. ; FIGUEIREDO, Maria do Céu B. ; CARREIRA, Maria Teresa C. (2011) - Contributos da intervenção

de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 3, nº 4, p. 27-35.

HILL, Malcolm [et al.] (2007) - **Parenting and resilience**. York: Joseph Rowntree Foundation.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011) - **Censos 2011** [Em linha]. [Consult. 21 jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ine.pt/>>.

KUMAR, R. ; ROBSON, K. M. ; SMITH, A. 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.

LINDSTRÖM, Bengt ; ERIKSON, Monica (2005) - Salutogenesis. **Journal of Epidemiology Community Health**. Vol. 59, nº 6, p. 440-442.

LINDSTRÖM, Bengt ; ERIKSON, Monica (2006) - Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. **Journal of Epidemiology Community Health**. Vol. 60, nº 5, p. 376-381.

MASTEN, Ann S. ; POWELL, Jenifer L. (2003) - A resilience framework for research, policy, and practice. In LUTHAR, Suniya S. - **Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities**. New York: Cambridge University Press. p. 1-10.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) - **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories**. New York: Springer Publishing Company.

MERCER, Ramona T. (2004) - Becoming mother versus maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol. 36, nº 3, p. 226-232.

MERCER, Ramona T. ; WALKER, Lorraine O. (2006) - A review of nursing interventions to foster becoming a mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. Vol. 35, nº 5, p. 568-582.

RIBEIRO, José Luís Pais (2007) - Metodologia de investigação em psicologia da saúde. 2ª ed. Porto: Legis Editora.

RUTTER, Michael (1990) - Psychosocial resilience and protective mechanisms. In ROLF, J. [et al.] - **Risk and protective factors in the development of psychopathology**. New York: Cambridge University Press. p. 181-214.

VEHVILAINEN-JULKUNEN, Katri (1995) - Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 22, nº 4, p. 731-737.

WAGNILD, Gail M. ; YOUNG, Heather M. (1993) - Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**. Vol. 1, nº 2, 165-178.