

Artigo Original de Investigação

O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de Enfermagem

Maternal adjustment in late pregnancy: contributions to Nursing practice

Sara Ramos^{1,2*}, Natércia Faria^{2,3}, Eduarda Azevedo de Oliveira², Isabel Santos Silva²

¹ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Lapa;

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa;

³ Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Submetido em 19 junho 2012; Aceite em 21 julho 2012; Publicado em 31 julho 2012.

A gravidez no limite da idade fértil da mulher é uma realidade atual, tendo vindo a ser considerada um projeto de risco obstétrico, inerente à parca capacidade fértil, às complicações maternas associadas, às consequências psicoemocionais gravídicas e perante o bebé. O impacto da gravidez no quotidiano de uma mulher com idade avançada, nas dimensões física, psicológica e social é uma problemática atual, podendo conduzir a alterações do ajustamento materno.

O estudo visa compreender a influência da gravidez tardia no ajustamento materno durante o 2.º trimestre gestacional.

Neste estudo empírico quantitativo, participaram 80 grávidas no 2º trimestre gestacional com vigilância pré-natal: Grupo A referente a 40 grávidas com 35 ou mais anos e Grupo B/de Controlo, relativo a 40 grávidas com idade inferior a 35 anos. Foi aplicado um questionário que incluía a versão portuguesa do MAMA - “Maternal Adjustment and Maternal Attitudes” elaborado e validado por Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). Os resultados obtidos foram analisados descritiva e comparativamente entre os grupos, utilizando o programa informático SPSS versão 19.0.

Os resultados sugerem que as grávidas com idade avançada apresentam alterações ao nível do ajustamento materno (menos adequado do que as grávidas mais jovens), em que as subescalas *imagem corporal*, *sintomas somáticos*, *atitudes perante o sexo* e *atitudes perante a gravidez e o bebé* surgem como as dimensões mais fragilizadas.

Pregnancy on the edge of childbearing age of women is a reality today, being considered a project of obstetric risk

inherent to the fragile fertile capacity, the associated maternal complications and psycho-emotional consequences of pregnancy and towards the baby. The impact of pregnancy on the daily life of a woman with more advanced age in the physical, psychological and social dimensions is a current problem, which may lead to changes in maternal adjustment. This study aims to understand the influence of late pregnancy in maternal adjustment during the second trimester of pregnancy.

A total of 80 pregnant women in the second trimester of pregnancy with prenatal care vigilance participated in this quantitative empirical study: Group A - 40 pregnant women with 35 or more years and Group B/ Control - 40 pregnant women under the age of 35 years. The applied questionnaire included the Portuguese version of MAMA "Maternal Adjustment and Maternal Attitudes" developed and validated by Figueiredo, Mendonça and Sousa (2004). The results were analyzed and compared between groups, using the SPSS software, version 19.0.

The results suggest that pregnant women with advanced age show changes in maternal adjustment (less appropriate than younger pregnant women), in which several subscales appear more fragile, namely body image, somatic symptoms, attitudes towards sex and attitudes towards pregnancy and the baby.

PALAVRAS-CHAVE: *Ajustamento materno; gravidez tardia; enfermagem.*

KEY WORDS: *Maternal adjustment; late pregnancy; nursing.*

* **Correspondência:** Sara Ramos. Email: sara.ramos.nurse@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez tardia é uma problemática atual e com incidência crescente a nível da população mundial, sendo a sociedade portuguesa uma das muitas afetadas. De acordo com Carrilho e Patrício (2008) os nascimentos nas idades mais avançadas ganham importância, devido ao contributo do aumento da taxa de fecundidade após os 35 anos (18‰, nos 35-39 anos, em 2007, face a 15,5 ‰ em 2001). O aumento anual do número de grávidas com 35 ou mais anos sugere a pertinência da sua abordagem na área dos cuidados de enfermagem, já que se verifica uma maior procura de cuidados de saúde na busca de assistência adequada (Andrade, 2002). Por isso, as repercussões ao nível da prestação de cuidados de enfermagem são importantes, nomeadamente a sensibilização e formação dos profissionais nesta área.

A par do controlo da natalidade e da diminuição do número de filhos, a idealização de gravidez e a própria conceção começaram a ser adiadas por diversas razões onde os fatores profissionais e sociais tiveram impacto significativo. No entanto, ao adiar a gravidez, as mulheres deparam-se com um conjunto de obstáculos. As especificidades (in)certas da fecundidade tardia envolvem o aumento dos riscos associados à gravidez, quer do ponto de vista da mãe, quer da criança (Costa, s.d.).

Falar sobre a gravidez é refletir sobre uma fase importante na vida de muitas mulheres, sobre um percurso que as leva a preparar-se para a maternidade. Esta fase de vida da mulher e do casal é vivida como um período de transição, em que se verificam grandes mudanças e ajustamentos físicos e

psicológicos (Couto, 2003; Pereira, Santos & Ramalho, 1999).

A gravidez é um período temporal que, psicologicamente, permite a preparação da mulher para ser mãe, possibilitando ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação das relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. Este período de ensaios, fantasias e reflexões permite a consolidação e a construção progressiva do projeto de maternidade (Canavarro, 2001).

Perspetivando os seus contributos para a prática de enfermagem, a importância da abordagem do ajustamento materno, deve-se ao facto deste constituir a capacidade de ultrapassar satisfatoriamente as tarefas desenvolvimentais, transformando-as em competências para se adaptar à evolução da gravidez, educar e cuidar do recém-nascido de modo a contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento adequados (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002). É assim, um processo de mudança, em que a mulher tende a desenvolver a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel de cuidadora, capacitando-a para o conhecimento e habilidades necessárias à prestação do autocuidado e cuidados com o filho. Neste contexto, o enfermeiro pode atuar como mediador desse mesmo ajustamento do indivíduo ao meio circundante, facilitando-o e promovendo o bem-estar materno e familiar.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) intervém no acolhimento da mulher grávida/casal e no estabelecimento de uma relação de ajuda, tendo um papel (in)formativo e de encaminhamento para serviços de apoio diferenciados. Também é fundamental a sua intervenção direta na promoção/conservação do ajustamento materno e atuação a nível terapêutico, quando são manifestadas dificuldades na adaptação ao papel parental. Todos estes aspetos devem ser considerados pelos profissionais de saúde, já que as

necessidades biopsicossociais da mulher com gravidez tardia são numerosas e muitas vezes negligenciadas (Van Horn & Reed, 2001; Reel & Lierman, 2003).

MÉTODO

A opção pelo estudo empírico de carácter quantitativo, com desenho transversal de nível II, do tipo descritivo-correlacional de caso-controlo, residiu no tipo de informação pretendida, a qual se desenvolveu a partir da seguinte hipótese-problema: “*As mulheres grávidas com 35 ou mais anos de idade apresentam alterações ao nível do ajustamento materno*”.

A amostra foi constituída por 80 grávidas que recorreram à consulta de vigilância pré-natal e aceitaram voluntária e informadamente participar no estudo, subdividindo-se em 2 grupos: Grupo A, constituído por 40 grávidas com 35 ou mais anos com vigilância numa instituição hospitalar pública; e Grupo B/ de controlo constituído por 40 grávidas com menos de 35 anos, que vigiam a sua gravidez numa unidade de saúde de cuidados primários na mesma área geográfica. As grávidas selecionadas, encontram-se em situações similares (ou seja, devem estar no segundo trimestre de gestação e sem complicações obstétricas significativas), como é referido por Polit, Beck, Hungler (2001). Optou-se por estes locais de recolha de dados devido às especificidades das participantes: grávidas com idade materna avançada são geralmente vigiadas em consulta da especialidade a nível hospitalar; grávidas de baixo risco são geralmente vigiadas em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, pelo que se acede com maior facilidade a grávidas de idade inferior a 35 anos e sem complicações neste tipo de unidades de saúde.

A seleção da amostra pressupôs a adoção de técnica de amostragem não probabilística (mais concretamente a técnica de amostragem no local), a qual não garante a representatividade estatística da população de mulheres portuguesas grávidas, pelo que os dados obtidos não podem ser generalizados para além da especificidade do grupo de participantes (Fortin, 1999).

Optou-se pela aplicação de um questionário que incluía a versão portuguesa do MAMA “Maternal Adjustment and Maternal Attitudes” elaborado e validado por Figueiredo et al. (2004) e mediante autorização dos autores. Com a utilização deste instrumento perspetivou-se atingir uma maior abrangência da articulação entre as temáticas, Gravidez Tardia e Ajustamento Materno. O mesmo encontra-se organizado em três partes distintas: 1) caracterização social dos sujeitos empíricos; 2) caracterização da história obstétrica e gravidez atual; 3) avaliação do ajustamento materno e atitudes maternas durante a gravidez (MAMA).

O MAMA permite avaliar as atitudes e o ajustamento materno na gravidez, sendo constituído por 60 itens de autorrelato organizados em cinco subescalas (com 12 itens cada): imagem corporal, sintomas somáticos, atitudes para com o companheiro, atitudes perante o sexo e atitudes para com a gravidez e com o bebé. A composição de 60 itens de autorrelato permite tornar mensurável a frequência com que determinadas situações ocorreram, segundo uma escala de tipo *Likert* que varia entre 1 (Nunca/de forma alguma), 2 (Raramente/muito pouco), 3 (Muito/às vezes) e 4 (Muitíssimo/muitas vezes). A cotação é feita de 1 a 4, embora em determinados itens a pontuação se encontre invertida. Os resultados da soma da cotação dos itens, subescalas e questionário são pontuados da seguinte forma: quanto mais elevados, pior é a avaliação do sujeito na dimensão em causa.

O MAMA constitui um instrumento de colheita de informação reconhecido pela capacidade de diferenciação dos processos psicológicos envolvidos ao longo da gestação. É válido para detetar dimensões biopsicossociais de grávidas que apresentam desajustamento, ou ajustamento pouco eficaz ou atitudes maternas menos favoráveis que podem evoluir para situações de risco.

Os resultados obtidos foram analisados descritiva e comparativamente entre os dois grupos, utilizando o programa informático SPSS versão 19.0.

RESULTADOS

Junto da amostra em estudo, colheram-se dados relativos à sua caracterização social e obstétrica, bem como referentes à avaliação do ajustamento materno e atitudes maternas através do MAMA validado para a população portuguesa.

Caracterização da amostra

Ao analisar a idade dos sujeitos empíricos identificou-se que a idade mínima é de 19 anos e a máxima de 45 anos, sendo a média 33 anos, a moda 37 anos e o desvio padrão de 6.5. Ao agruparmos os sujeitos empíricos por faixas etárias, tendo como orientação determinados tempos cronológicos inerentes ao ciclo fértil da mulher, constatou-se que a maioria da amostra se encontra nas faixas etárias entre os 25 e 40 anos havendo 14 casos (17,5%) com 40 ou mais anos. No que diz respeito à situação conjugal, a grande maioria das participantes no estudo (quer no grupo A com 80%, quer 75% no grupo de controlo) são casadas ou vivem em união de facto. De acordo com o grau de escolaridade, verificou-se que todas as mulheres possuem grau de ensino, contudo a população grávida mais jovem (grupo de controlo) apresenta maior grau de formação comparativamente à população grávida com 35 ou mais anos de idade.

Relativamente aos resultados obstétricos apresentados, o grupo A demonstrava que 47,5% das participantes são nulíparas, ou seja, esperam um primeiro filho aos 35 ou mais anos. O mesmo surge no grupo de controlo, em que a esmagadora maioria (70%) aguardava o nascimento do primeiro filho.

De acordo com a caracterização da história de saúde reprodutiva, 47,5% das participantes não apresentavam qualquer alteração anterior. No entanto, verificou-se que as mulheres com 35 ou mais anos apresentavam como fatores mais evidentes: o antecedente de cesariana (15%), a existência de história de infertilidade no casal (10%) e a história de Diabetes Gestacional (7,5%).

Quanto ao planeamento da gravidez, constatou-se

que mais de metade da amostra com idade igual ou superior a 35 anos (55%) não planeou a gravidez e 50% do grupo de controlo fê-lo do mesmo modo. Relativamente à causa para o planeamento da gravidez aos 35 ou mais anos, verificou-se que cerca de 35% da população a realizou por opção pessoal/casal, 5% prendeu-se com questões ligadas a complicações de saúde, 2,5% a situação laboral exigente (que as levou a adiar o planeamento da gravidez para um período de maior estabilidade) e outros 2,5% a dificuldade em engravidar. Por outro lado, 45% das participantes do grupo de controlo planeou a gravidez por opção pessoal/casal e 5% fizeram-no com base na situação laboral exigente (devido a condicionantes laborais, que exigiam grande disponibilidade de tempo por parte das mulheres).

No que diz respeito à representação social de um projeto de risco associado à gravidez tardia, verificou-se que 24 das participantes do Grupo A (60%), não considera uma gravidez após os 35 anos como um projeto de risco. No entanto, 16 das participantes consideram o contrário. Estas últimas encontram como causas para uma gravidez de risco após os 35 anos: as complicações que podem decorrer da gravidez (20%), alterações corporais intensas (5%), fertilidade comprometida (5%), compromissos/responsabilidades no trabalho e família (5%), consequências para o feto (5%) e maior ansiedade e alterações psicológicas (2,5%).

Nos grupos em estudo, observou-se a presença de alterações gestacionais embora com expressão discreta. No grupo A, verificou-se alterações associadas a compromisso vascular em 20% das participantes, Diabetes Gestacional em 15%, distúrbios hipertensivos em 7,5% e gravidez gemelar em 7,5%. No grupo B/controlo identificou-se que 75% das participantes não apresentavam qualquer tipo de alteração durante a gravidez.

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

Com intuito de maximizar a perceção e encadeamento lógico da análise e discussão dos

resultados para melhor corresponder à finalidade da pesquisa, optou-se por partir dos objetivos delineados:

Avaliar o ajustamento materno da mulher com 35 ou mais anos durante o 2º trimestre de gestação, com vigilância pré-natal

Ao proceder à avaliação do ajustamento materno através da aplicação da versão portuguesa do MAMA, verificou-se que o valor total (ou seja, a soma dos scores relativos aos itens que caracterizam a avaliação das participantes das subescalas do MAMA) mais frequente é de 115, sendo o valor mínimo encontrado 104 e o máximo 124. Na amostra em estudo o valor médio do MAMA total é de 114,6. Para além disso, constatou-se que os valores obtidos vão ao encontro do valor MAMA total verificado por Figueiredo et al. (2004) no seu estudo de validação desta escala de avaliação. Contudo, praticamente todas as participantes do grupo de controlo encontravam-se com valores abaixo do verificado pelos autores mencionados, enquanto que o mesmo não se passava com o grupo A.

Identificar as sub-categorias de maior vulnerabilidade do ajustamento materno durante o 2º trimestre gestacional da mulher com 35 ou mais anos, com vigilância pré-natal

A partir da análise do Ajustamento Materno através da versão portuguesa do MAMA, avaliamos cinco dimensões ou subescalas distintas: imagem corporal, sintomas somáticos, relação conjugal, atitudes perante o sexo e atitudes perante a gravidez e bebé. Apresentamos nas tabelas 1, 2, 3, 4 e 5, os valores médios encontrados para cada subescala do ajustamento materno junto da amostra em estudo para uma célere perceção dos resultados obtidos. Lembra-se que os scores mais reduzidos correspondem a avaliações mais positivas por parte das grávidas inquiridas, e por outro lado, valores médios mais elevados constituem avaliações menos satisfatórias das participantes.

No que diz respeito à subescala Imagem Corporal (Tabela 1), constatou-se que em termos globais, o

Grupo de Controlo apresenta maior satisfação quanto à avaliação e relação que a grávida tem com o seu corpo (com valor médio de escala 2.0 comparativamente ao valor médio superior de 2.2 para o Grupo A).

Relativamente à descrição da subescala Sintomas Somáticos (Tabela 2), identificou-se como resposta média 2.2 para o Grupo A e 2.1 para o Grupo de Controlo, pelo que nos apercebemos que as grávidas do Grupo de Controlo apresentam (discretos) melhores *scores* relativos a atitudes mais adequadas e maior ajustamento materno face a manifestações somáticas do processo gestacional.

Passando à descrição global dos resultados referentes à subescala Relação Conjugal (Tabela 3), observaram-se valores médios totais de 1.6 para o Grupo A e de 1.7 para o Grupo de Controlo.

De uma forma geral, observou-se que as grávidas da amostra mais jovens (Grupo de Controlo) expressam como agradável a vivência da sua sexualidade na gravidez e apresentam Atitudes perante o Sexo (Tabela 4) mais adequadas, comparativamente às do Grupo A (valor médio de 2.3 *versus* 2.4 respetivamente).

Quanto à apresentação descritiva e comparativa de resultados referentes à subescala Atitudes para com a Gravidez e o Bebê (Tabela 5) junto da amostra em estudo, salienta-se o *score* médio para cada grupo: 2 para o Grupo A e 1.7 para o Grupo B. Constatou-se também que, as mulheres consideravam-se agradadas com a sua gravidez (valor médio do Grupo A 1.7 e do Grupo de Controlo 1.5), sendo esse testemunho mais positivo em maior número junto das grávidas mais jovens.

Tabela 1 - Score médio relativo aos itens da subescala Imagem Corporal no Grupo A e B

| SUB-ESCALA IMAGEM CORPORAL | Grupo A | Grupo A | Grupo B | Grupo B |
|---|---------|---------|---------|---------|
| | Média Q | Media S | Média Q | Media S |
| Sentiu-se atraente? | 2.6 | | 2.2 | |
| Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável? | 2.9 | | 2.3 | |
| Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?* | 1.2 | | 1.6 | |
| Agradou-lhe a forma do seu corpo? | 2.4 | | 1.9 | |
| Achou que a sua cara estava atraente? | 2.2 | | 2.2 | |
| Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?* | 1.8 | | 2.4 | |
| Sentiu orgulho na sua aparência? | 2.2 | 2.2 | 1.7 | 2.0 |
| Sentiu que o seu corpo estava suave e macio? | 2.3 | | 1.9 | |
| Sentiu que o seu corpo estava desajeitado ou sem graça?* | 1.7 | | 1.7 | |
| Achou que a sua constituição física fosse frágil ou débil?* | 1.7 | | 1.7 | |
| Achou que os seus seios estavam atraentes? | 2.9 | | 2.3 | |
| Achou que estava demasiado gorda?* | 2.0 | | 2.3 | |

Legenda: Grupo A – Grávidas com 35 ou mais anos; Grupo B – Grávidas com idade inferior a 35 anos; Média Q – Média do item ou questão; Média S – Média da Subescala; * - Itens com cotação invertida.

Tabela 2 - Score médio relativo aos itens da subescala Sintomas Somáticos no Grupo A e B

| SUB-ESCALA SINTOMAS SOMÁTICOS | Grupo A | Grupo A | Grupo B | Grupo B |
|--|---------|---------|---------|---------|
| | Média Q | Media S | Média Q | Media S |
| Cansou-se e ficou sem fôlego facilmente?* | 2.2 | | 2.2 | |
| Transpirou muito?* | 2.2 | | 2.3 | |
| Vomitou?* | 1.7 | | 1.8 | |
| Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?* | 1.8 | | 1.9 | |
| Sentiu formigueiro (picadelas) nos seios?* | 1.9 | | 2.1 | |
| Teve problemas de obstipação ou prisão de ventre?* | 2.3 | | 1.9 | |
| Sentiu-se cheia de energia? | 2.8 | 2.2 | 2.3 | 2.1 |
| Os seus tornozelos incharam?* | 2.2 | | 2.0 | |
| Sentiu-se bem desperta, durante o dia? | 2.4 | | 2.2 | |
| Teve problemas de má digestão ou azia?* | 2.5 | | 2.2 | |
| Sentiu-se nauseada (enjoo)?* | 2.0 | | 2.3 | |
| Tem comido com prazer? | 2.3 | | 1.9 | |

Legenda: Grupo A – Grávidas com 35 ou mais anos; Grupo B – Grávidas com idade inferior a 35 anos; Média Q – Média do item ou questão; Média S – Média da Subescala; * - Itens com cotação invertida.

Tabela 3 - Score médio relativo aos itens da subescala Relação Conjugal no Grupo A e B

| SUB-ESCALA RELAÇÃO CONJUGAL | Grupo A | Grupo A | Grupo B | Grupo B |
|---|---------|---------|---------|---------|
| | Média Q | Media S | Média Q | Media S |
| Existiu tensão entre si e o seu marido/companheiro?* | 1.4 | | 1.7 | |
| Alguma vez as discussões entre si e o seu marido/companheiro quase atingiram a agressão física? | 1.0 | | 1.1 | |
| Foi fácil demonstrar afeto ao seu marido/companheiro? | 1.8 | | 1.6 | |
| O seu marido/companheiro ajudou-a na lida da casa? | 1.8 | | 2.2 | |
| Sentiu que o marido/companheiro lhe prestou pouca atenção?* | 1.4 | | 1.6 | |
| O seu marido/companheiro pareceu ignorar como se estava a sentir?* | 1.4 | 1.6 | 1.5 | 1.7 |
| O seu marido/companheiro tentou participar nos seus interesses? | 1.9 | | 1.9 | |
| Sentiu que o seu marido/companheiro saía demasiadas vezes sem si?* | 1.1 | | 1.5 | |
| Tem-se sentido próxima do seu marido/companheiro? | 1.9 | | 1.6 | |
| Sentiu vontade de abraçar o seu marido/companheiro? | 1.6 | | 1.5 | |
| O seu marido/companheiro tem mostrado afeto por si? | 1.7 | | 1.5 | |
| Desejou poder contar mais o seu marido/companheiro para cuidar de si?* | 2.0 | | 2.2 | |

Legenda: Grupo A – Grávidas com 35 ou mais anos; Grupo B – Grávidas com idade inferior a 35 anos; Média Q – Média do item ou questão; Média S – Média da Subescala; * - Itens com cotação invertida.

Tabela 4 - Score médio relativo aos itens da subescala Atitude perante o Sexo no Grupo A e B

| SUB-ESCALA ATITUDE PERANTE O SEXO | Grupo A Média Q | Grupo A Media S | Grupo B Média Q | Grupo B Media S |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Desejou sexualmente o seu marido/companheiro? | 2.3 | | 1.8 | |
| Pensou que o seu marido a desejava sexualmente? | 2.1 | | 2.1 | |
| Desejou ter relações sexuais? | 2.2 | | 1.8 | |
| Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual? | 3.7 | | 3.9 | |
| Sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas, por ter o bebé? | 3.1 | | 3.4 | |
| Sentiu prazer em beijar e acariciar?* | 3.3 | 2.4 | 3.6 | 2.3 |
| Perguntou-se se ter relações sexuais podiam magoar o bebé?* | 1.7 | | 1.9 | |
| Sentiu-se tensa e infeliz ao pensar na relação sexual?* | 1.2 | | 1.3 | |
| Sentiu que o ato sexual era desagradável para si?* | 1.4 | | 1.6 | |
| Sentiu que ficava sexualmente excitada com facilidade? | 2.6 | | 2.0 | |
| Tem tido fantasias sexuais agradáveis? | 2.9 | | 2.3 | |
| Tem desejado ter relações sexuais? | 2.3 | | 1.8 | |

Legenda: Grupo A – Grávidas com 35 ou mais anos; Grupo B – Grávidas com idade inferior a 35 anos; Média Q – Média do item ou questão; Média S – Média da Subescala; * - Itens com cotação invertida.

Tabela 5 - Score médio relativo aos itens da subescala Atitudes para com a Gravidez e o Bebé no Grupo A e B

| SUB-ESCALA ATITUDES PARA COM A GRAVIDEZ E O BEBÉ | Grupo A Média Q | Grupo A Media S | Grupo B Média Q | Grupo B Media S |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Preocupou-se com a ideia de poder vir a não ser boa mãe?* | 1.7 | | 2.1 | |
| Preocupou-a a ideia de poder ferir ou magoar o bebé?* | 1.9 | | 2.3 | |
| Preocupou-a a ideia de deixar de ter tempo suficiente para si?* | 1.8 | | 1.9 | |
| Lamentou estar grávida?* | 1.3 | | 1.3 | |
| A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe? | 2.2 | | 1.9 | |
| Tem-se sentido feliz por estar grávida? | 1.3 | | 1.4 | |
| Tem pensado em ter mais filhos? | 3.3 | 2.0 | 2.9 | 1.7 |
| Sentiu que estar grávida era desagradável para si?* | 1.7 | | 1.5 | |
| Tem tido prazer em pequenas coisas relativas ao bebé? | 1.6 | | 1.4 | |
| Tem perguntado a si própria se o seu bebé é normal e saudável?* | 3.3 | | 2.8 | |
| Sentiu que a vida iria ser mais difícil depois do parto?* | 2.2 | | 2 | |
| A ideia de amamentar o seu filho agrada-lhe? | 1.4 | | 1.3 | |

Legenda: Grupo A – Grávidas com 35 ou mais anos; Grupo B – Grávidas com idade inferior a 35 anos; Média Q – Média do item ou questão; Média S – Média da Subescala; * - Itens com cotação invertida.

DISCUSSÃO

Relativamente à idade, observou-se que 86.3% do total da amostra já ultrapassava a fase de pico de fertilidade, que se situa entre os 23 e 25 anos (Martins, 2005). No entanto, 50% da amostra (o grupo de participantes com gravidez tardia) já se encontrava em fase de declínio rápido potencial de fertilidade, visto que os 35 anos são considerados como um marco cronológico fértil importante, após o qual a função reprodutiva se encontra irreversivelmente reduzida (Gomes, Donelli, Piccinini, Lopes, 2008). Estes valores embora condicionados pelos critérios de seleção da amostra, assemelhavam-se à realidade atual do contexto de gravidez nos países ocidentais. Atualmente, vários artigos mencionados na literatura científica apontam para o aumento da idade materna aquando da primeira gravidez e parto, assim como para um número elevado de gestações após os 35 e mesmo 40 anos (Posmontier, 2002).

Tendo em conta a situação conjugal das participantes, constatou-se que os dados em ambos os grupos são homogêneos, denotando-se um discreto decréscimo de número de participantes casadas no grupo controlo (30 no grupo de controlo e 32 no grupo A), em detrimento do número de solteiras que é maior (9 no grupo de controlo e 7 no grupo A). Embora a diferença seja mínima, associou-se ao facto das mulheres mais velhas terem geralmente uma relação conjugal mais estável e sólida do que as mulheres mais jovens. Também pode ser devido ao panorama atual da conjugalidade, em que ocorrem maior número de relações fortuitas que resultam em gravidez evolutiva por opção da mulher ou casal (Pereira, Ramalho, Dias, 2002).

O nível médio de escolaridade foi superior nas grávidas mais jovens, pelo que se apontou a idade como um potencial fator condicionante. Uma vez que atualmente o nível de escolaridade é superior ao verificado em décadas anteriores, pelo que os dados encontrados possivelmente surgiram como consequência dessa melhoria do grau de ensino médio da população portuguesa.

Quanto ao historial obstétrico da amostra, verificou-se que a existência de nulíparas correspondia à maioria das participantes deste estudo, vivenciando a experiência da gravidez pela primeira vez. Este resultado veio demonstrar que os portugueses tendencialmente têm um menor número de descendentes (Andrade, 2002; Bastos & Faria, 2003). Neste resultado esteve patente, o adiamento da gravidez na nossa sociedade e respetivas experiências a nível obstétrico. Este valor evidenciou a tendência crescente para cuidar da saúde e do corpo, pelo que as mulheres em idade fértil mais avançada são, de um modo geral, cada vez mais saudáveis (Costa, 2004).

Em termos de experiências obstétricas prévias, as participantes do Grupo A referiram ter antecedentes de partos por cesariana, infertilidade e diabetes gestacional. Com estes resultados observou-se que as mulheres com 35 ou mais anos podem ter tendência a desenvolver mais frequentemente complicações na gravidez ou parto que necessitem de uma intervenção por cesariana ou outros cuidados especializados (Bornstein, Putnick, Suwalsky, Gini, 2006). Por outro lado, à medida que a idade avança, a capacidade reprodutiva da mulher pode ficar comprometida, pelo que os casos de infertilidade nesta faixa etária são mais comuns. A diabetes gestacional é uma das patologias gravídicas que se encontra associada aos hábitos de vida, à obesidade e à idade materna avançada (Graça, 2005).

Quanto ao planeamento da gravidez, verificou-se a sua ausência significativa nos sujeitos do estudo, aspeto este que se assemelhou ao que acontece de uma forma geral na nossa sociedade, em que frequentemente, as gravidezes surgem, sem um planeamento anterior, ocorrendo por falha no uso de métodos contraceptivos ou por inexistência de planeamento familiar adequado. Muitas vezes, estas mulheres têm a ideia de que o facto de serem mais velhas, que a sua fertilidade é muito diminuída e que não iriam conseguir engravidar facilmente, pelo que deixam de utilizar contraceção regular. Outras mulheres apresentavam história de infertilidade e pensam que não vão conseguir engravidar, pelo que deixam de pensar numa possível gravidez nesta fase (Williams, 1999). É de salientar que a grande maioria

das gestações, apesar de não ter sido planeada é desejada, e isso é possível encontrar tanto no Grupo A, como no Grupo B. Nas mulheres com mais idade, por vezes a notícia da gravidez é encarada com maior satisfação, por esse desejo poder ter estado latente durante vários anos e porque existe normalmente uma estabilidade e organização familiar mais sólida (Andrade, 2002).

No entanto, quando houve planeamento de uma gravidez tardia, esta gestação surge na maioria dos casos decorrentes de uma opção. O adiamento da maternidade faz-se, frequentemente, com vista à possibilidade de aquisição de um nível de vida que permita melhores condições para a criança. Deste modo, as mulheres que têm a primeira experiência de maternidade mais tardia podem beneficiar de experiências emocionais que não seriam possíveis mais cedo (Andrade, 2002).

Quando as grávidas do Grupo A foram questionadas acerca de “considerarem ou não a sua gravidez como um projeto de risco”, na sua maioria negaram existir qualquer risco associado à sua gestação. Contemporaneamente, as mulheres após os 35 anos, sentem-se mais jovens e mais saudáveis, do que a realidade que encontrávamos há muitos anos atrás. Existe uma grande preocupação com a saúde, no sentido de manter hábitos de vida saudáveis e encontrar-se socialmente ativa. Neste sentido, verificou-se que é uma condição normal a experiência da gravidez num período mais tardio (Costa, 2004). Também a medicina é uma aliada para esta conquista feminina, no sentido da sua evolução tecnológica e de diagnóstico, que permite atempadamente prever e diagnosticar os riscos de modo a desenvolver cuidados adequados quer para a saúde do feto, quer para a saúde materna (Antunes, Malheiro, Guerra, Martins, 2003). Contudo, sabemos que o risco continua a existir no adiamento da maternidade, apesar de se tentar cada vez mais controlar os fatores que podem desencadear as complicações na gravidez para a mãe e bebé (Silva, 2000), pelo que 40% do Grupo A ainda considera a existência de risco o facto de engravidar aos 35 anos. Entre as participantes do Grupo A que consideram a sua gravidez um projeto de risco, verificou-se que normalmente associam-no às

complicações de saúde que podem decorrer da gestação. Sabe-se que, de um modo geral, o impacto da gravidez para o organismo materno pode trazer complicações de saúde, pelo esforço físico que exige e à medida que a idade avança este corpo pode encontrar-se mais fragilizado e consistir num ambiente menos promotor de evolução gestacional (Callaway, Lust & McIntyre, 2005).

Relativamente aos distúrbios gestacionais verbalizados pelas participantes, identificou-se que não são significativamente numerosos. O que parece ser coincidente com o que se verifica socialmente: as mulheres são na atualidade mais saudáveis, apresentando bons resultados obstétricos e menos complicações decorrentes da gravidez, apesar dos riscos que podem estar associados (Costa, 2004). Neste âmbito, e de acordo com Astolfi e Zonta (2002), os problemas associados à gravidez em mulheres com mais idade são ultrapassados com cuidados de saúde especializados e acessíveis.

Contudo, as principais alterações gestacionais evidenciadas pelo Grupo A foram as complicações decorrentes de alterações vasculares e a diabetes gestacional. Este fator prende-se com a sobrecarga física que o corpo vivencia com a evolução da gravidez, com o aumento rápido de peso e as alterações sentidas a nível da circulação, como o aumento de volume de sangue, dificuldade na circulação de retorno venoso e a existência de alterações nos fatores da coagulação (Klein, 1999; Mendes, 2002). De acordo com Thorn (1998), o risco de uma mulher com idade igual a 35 anos sofrer de complicações como a diabetes ou hipertensão, que possa afetar a gravidez duplica relativamente a uma mulher com 30 anos.

Observou-se que 75% das participantes com menos de 35 anos, não apresentavam patologia associada à gravidez, enquanto nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos este valor correspondeu a 37,5%. Neste sentido, estes resultados vêm ao encontro do que esperávamos, pela informação que encontramos na literatura, em que se verificam mais complicações de saúde, de modo mais frequente, com o avanço da idade materna (Callaway, 2005; Rebelo, Frutuoso,

Guerra e Ferreira, 1997; Silva, 2000; Teixeira, 1999).

De acordo com a avaliação do ajustamento materno, verificou-se que a grande maioria da amostra (72,6%) apresenta um *score* MAMA total inferior a 120, ou seja, correspondente a avaliações positivas na escala de avaliação do ajustamento materno e atitudes maternas. Contudo, há a referir as diferenças existentes entre os grupos, as quais demonstram valores mais elevados no grupo A – grávidas com idade igual ou superior a 35 anos. Embora essas diferenças não sejam major, a verdade é que em alguns casos o valor total de escala ultrapassou os 120, pelo que se aproximam a valores mais baixos de ajustamento materno na gravidez que os apresentados pelo grupo de controlo. Assim, as mulheres com gravidez tardia parecem avaliar a sua imagem corporal como menos satisfatória, experienciar os sintomas somáticos como prejudiciais ao processo gravídico, sentem como pouco positiva a relação sexual, bem como aparentam ter atitudes menos benéficas face à gravidez e futuro bebé (Figueiredo et al., 2004). Estes dados vieram apoiar a hipótese de investigação inicialmente definida sob a forma da seguinte afirmação: *As mulheres grávidas com idade igual ou superior a 35 anos apresentam alterações ao nível do ajustamento materno.*

Esta afirmação prendeu-se com o facto do ajustamento materno ser condicionado como consequência de ansiedade ou de alterações gravídicas imputadas à condição obstétrica de gravidez de risco inerente à idade materna tardia (igual ou superior a 35 anos). Isto é, a gravidez consiste num período de múltiplas alterações biopsicossociais e mudanças emocionais, exigindo, por isso, adaptação bio-psico-emocional e reconfiguração das relações intra e interpessoais (Gomes et al., 2008). Desta forma, a sensibilidade materna aumenta, havendo maior vulnerabilidade a alterações psicológicas e emocionais, as quais são elevadas num panorama de gravidez de alto risco como é a considerada por idade materna avançada. A grávida neste contexto pode considerar-se de “alto risco”, isto é: os cuidados de saúde mais atentos e regulares podem ser avaliados pela mulher como exacerbados e justificativos de uma gravidez

complicada e arriscada; poderão emergir sentimentos de culpa, de censura ou de frustração/incompetência da grávida face à evolução gestacional; é possível que se desenvolvam atitudes de menor proximidade e vinculação com o feto e futuro bebé; e as exigências sociais e profissionais poderão criar instabilidade na vida pessoal e familiar da mulher grávida. À medida que a gravidez evolui neste contexto de risco, a ansiedade materna aumenta e o ajustamento materno pode ser condicionado negativamente, necessitando do apoio da equipa de saúde.

Analisando agora cada subescala pertencente ao MAMA, avaliou-se a de Imagem Corporal, verificando-se que o Grupo de Controlo apresentava maior satisfação quanto à avaliação e relação que a grávida tem com o seu corpo (com valor médio de escala de 2.0, comparativamente ao valor médio de 2.2 para o Grupo A). A referir ainda que a dimensão “*Agradou-lhe a forma do seu corpo?*” é a mais representativa desta subescala segundo os autores da versão portuguesa do MAMA, observando que as grávidas com menos de 35 anos mostraram-se mais agradadas e avaliaram positivamente o seu corpo, em comparação com as grávidas de idade mais avançada. Tais resultados podem ter surgido porque a gravidez traz alterações corporais significativas, podendo, em alguns casos, assistir-se a algumas dificuldades em aceitar estas mudanças por parte das grávidas. Segundo Robertson-Frey (2005) as grávidas com idade superior tendem a não se sentirem satisfeitas com o aumento de peso gravídico habitual, bem como com o aumento de volume mamário e desconfortos biopsicossociais resultantes das alterações corporais gestacionais. A sensação de que há enfraquecimento da capacidade física referida por Chang, Chao, Kenney (2006) coloca as grávidas com idade igual ou superior a 35 anos com sentimentos e expectativas menos favoráveis perante a sua imagem corporal, tal como comprovam os resultados obtidos.

Perante a subescala Sintomas Somáticos, identificou-se a presença de desconfortos físicos associados à evolução gravídica, como, por exemplo, as alterações gastrointestinais e vasculares (Figueiredo et al. 2004). Para a análise desta subescala restou-nos salvaguardar o valor médio da mesma em cada um

dos grupos da amostra: 2.2 para o Grupo A e 2.1 para o Grupo de Controlo. Pelo que se constatou que as grávidas do Grupo de Controlo apresentavam (discretos) melhores *scores* relativos a atitudes mais adequadas e ajustamento materno face a manifestações somáticas do processo gestacional. Deste modo, os resultados obtidos pareceram refletir uma melhor adaptação às alterações biopsicológicas com origem na gravidez por parte das grávidas com idade inferior a 35 anos.

Segundo Zaragoza (2007), as grávidas com 35 anos ou mais têm maior probabilidade de desenvolver complicações obstétricas pelo que a adaptação a outras alterações podem resultar numa maior dificuldade em ajustar-se à evolução da gestação. As mudanças são múltiplas, acrescendo os desequilíbrios originários da condição de gravidez de risco inerente à idade materna avançada. Pelo que podem ser estas as razões para que os valores de ajustamento materno relativo à sintomatologia somática terem maior expressão positiva junto do grupo mais jovem da amostra.

Outra das situações que concorre para o resultado conhecido são as alterações orgânicas inerentes a uma mulher na fase de queda do potencial fértil e perda da concentração de estrogénio. Deste modo, uma mulher próxima dos 40 anos ou mais, apresenta alterações hormonais, articulares e cardiovasculares significativas face a uma grávida mais jovem no pico do seu potencial fértil. A proximidade do climatério é acompanhada de alterações multifatoriais que, por si só, condicionam a adaptação da mulher a tais mudanças corporais (Graça, 2010). Assim sendo, é comum a verbalização de cansaço fácil, sonolência e consequências do sedentarismo por parte de grávidas com 35 ou mais anos de idade, com difícil ajustamento à nova realidade de mutação dinâmica, as quais são tratadas muitas vezes como grávidas de risco a quem é recomendado regularmente precaução e repouso.

Quanto à subescala Situação Conjugal, os resultados traduziram uma avaliação mais favorável das participantes com idade igual ou superior a 35 anos relativamente à relação conjugal, o que se verificou

em praticamente todos os itens. Subentendeu-se assim, que as grávidas incluídas no Grupo A consideram que têm maior qualidade de relacionamento com o companheiro, apresentando este grupo uma avaliação mais positiva no que diz respeito ao ambiente de discussão com o companheiro (que é nulo) e menos positiva relativamente ao apoio constante do marido. Em contrapartida, o Grupo de Controlo demonstra piores avaliações quanto à ajuda do marido na lida da casa e ao apoio geral do companheiro. Os resultados obtidos são pertinentes num contexto de gravidez e parentalidade, que constituem uma das fases de transição mais importantes na vida do casal. Isto porque são exigidos a ambos os elementos do casal, a reorganização das relações intra e interpessoais, tendendo estes a modificar as formas de comportamento intraconjugal (na intimidade e comunicação, por exemplo). Segundo Berthoud (2003), o apoio entre cônjuges é essencial, tendendo a aumentar na gravidez, o que influi positivamente na relação. Normalmente, o parceiro masculino expressa maior apoio junto da respetiva companheira, fazendo com que esta avalie esse suporte de forma benéfica (tal como acontece nos resultados mencionados). Uma boa avaliação conjugal traduz, segundo Piccini, Lopes, Gomes, De Nardi (2008) a sua consolidação e a consciencialização natural de que o nascimento de um filho complementa a vida em comum (entre os cônjuges), mesmo com algumas alterações sociais que são compensadas pela compreensão e respeito mútuo (mais comum nos casais maduros). Nos casais considerados maduros, em que os membros apresentam idade fértil avançada, é comum a satisfação conjugal por terem estabilidade financeira e emocional para que a gravidez surja num momento de organização familiar.

Por outro lado, no que respeita à subescala Atitudes Perante o Sexo, os resultados tornaram-se mais evidentes quando foi analisado o último item da subescala em estudo, o qual é, para os autores do MAMA, a dimensão mais representativa (Figueiredo et al., 2004). Assim, foi perceptível que as mulheres mais jovens se mostravam mais ajustadas às mudanças do comportamento sexual durante a gravidez. Segundo Savall, Mendes e Cardoso (2008), o

comportamento sexual da grávida é influenciado por múltiplos fatores, tais como: alterações da imagem corporal, sintomas somáticos gestacionais, ajustamento aos novos papéis sociais de mãe e pai e qualidade do relacionamento conjugal prévio. Assim, a sexualidade é afetada pela ansiedade da grávida que possa vivenciar uma gravidez de risco, tornando-a menos permeável a ter comportamentos sexuais que lhe sejam agradáveis em detrimento de eventuais complicações fetais. Por outro lado, as mulheres mais jovens apresentam maior liberdade de expressão da sexualidade que as mais velhas, pelo que se tornam mais relatoras de experiências sexuais agradáveis do que as restantes.

Também as crenças erróneas que são muitas vezes associadas ao sexo na gravidez, geralmente por gerações mais velhas, podem servir de entrave à vivência saudável da sexualidade no seio do casal. Nomeadamente as seguintes crenças: a relação sexual na gravidez pode afetar negativamente o bebé, pode causar aborto e prejudicar a energia da grávida e companheiro (maioritariamente nos casais mais velhos e/ou com uma gravidez de risco). Outros autores, como Gomes e colaboradores (2008), referem que o aumento do volume uterino e dorsalgias comuns na gravidez, podem conduzir várias mulheres a reduzir o seu erotismo e limitar as fantasias sexuais inerentes, geralmente junto de populações mais velhas e do interior.

Finalmente, analisando a última subescala Atitudes para com a Gravidez e Bebé, as grávidas em idade fértil avançada apresentavam aspetos passíveis de dificultar o seu ajustamento materno, tais como: maior ansiedade em relação à prestação de cuidados ao recém-nascido, disponibilidade física reduzida, preocupação extrema com a evolução da gravidez e bem-estar fetal e maior resistência à mudança (Gomes et al., 2008). Pereira et al. (2002) adicionam a estes aspetos, outros fatores que tendem a influenciar negativamente o sucesso na experiência da gravidez tardia: os maiores riscos obstétricos e consequências para o quotidiano da grávida (diabetes gestacional, síndromes hipertensivos, entre outros) e maior probabilidade de ocorrência de desfechos obstétricos pouco favoráveis (abortos espontâneos ou

malformações fetais).

Em resposta à hipótese de investigação levantada previamente, verificou-se que as subescalas mais fragilizadas são: a imagem corporal, os sintomas somáticos, as atitudes perante o sexo e atitudes perante a gravidez e o bebé. A mulher grávida com idade avançada considera o seu corpo com algumas perdas de funções, nomeadamente por não promover o desenvolvimento de uma gravidez de forma saudável (isto porque é rotulada obstetricamente como grávida de risco), e desta forma acha o corpo inoperante em certos aspetos e a sua confiança na imagem e funcionalidade corporal é influenciada negativamente (Costa, 2004; Silva, 2000). Por outro lado, os sintomas associados à gravidez parecem consistir numa sobrecarga sintomática para o organismo de uma mulher com gravidez tardia, já que estas manifestações fisiológicas gravídicas somam-se aos desconfortos inerentes às complicações de uma gravidez de risco por idade materna (Bornstein et al., 2006; Callaway, et al., 2005). O receio materno inerente ao aparecimento de sintomas fora do seu habitual quotidiano, considerado como sinal de risco para o bem-estar fetal, faz com que estas mulheres se sintam em contínua ansiedade, prejudicando o ajustamento materno durante a gravidez.

Por vezes, a gravidez numa idade avançada é de tal modo desejada, que passa a ser considerada o cerne da vida conjugal, pelo que qualquer ato sexual está sujeito à crença social de que pode prejudicar o bebé (Gomes et al., 2008; Piccinini et al., 2008). Por outro lado, casais mais maduros, expressam a sua sexualidade sem necessariamente passar pelas relações sexuais, em muito devido ao peso cultural judaico-cristão de que o sexo sem razões de procriação é pecaminoso (especialmente durante a gravidez) – Canavarro (2001). Em muitos casos, a má relação que a mulher poderá ter com o seu corpo (imagem corporal vulnerável) condiciona negativamente as atitudes perante o sexo, podendo levar à limitação da atividade sexual e à adoção de comportamentos desajustados (Savall et al., 2008).

A ansiedade extrema, o receio de desorganização familiar e alguma intransigência face à mudança,

poderão ser fatores que influem negativamente o ajustamento materno da mulher em idade avançada quanto à subescala atitudes perante a gravidez e o bebé. Isto é, a vivência em constante sobressalto de uma gravidez considerada de risco, pode conduzir a problemas na adaptação da mulher à mesma (McMahon, Gibson, Allen, Saunders, 2007; Rato, 1998). A vigilância de uma gravidez considerada de risco, com maior frequência de consultas pré-natais, realização de exames (com regularidade em maior número ou especificidade), bem como a maior probabilidade de tratamentos ou precauções clínicas, fazem com que o nível de ansiedade materna seja elevado e com repercussões nefastas para vinculação e ajustamento materno precoce.

CONCLUSÃO

Da análise dos resultados obtidos, foi possível salientar que os dois grupos da amostra que se distinguiram pela idade materna, eram bastante homogêneos nas restantes variáveis relacionadas com a caracterização social. Constatou-se que a mulher grávida participante era maioritariamente casada ou vivia em união de facto.

Relativamente à caracterização obstétrica, o número de mulheres que espera o primeiro filho foi maior no grupo B/controlado do que no grupo A. A gravidez foi mais planeada no grupo B do que no grupo A, e as alterações mais verificadas na gestação atual em ambos os grupos foram as alterações vasculares e a diabetes gestacional. Segundo a opinião da maioria das participantes do Grupo A, a gravidez após os 35 anos não consistia numa gestação de risco.

Quanto à avaliação do Ajustamento Materno, a população em estudo do grupo A revelou piores *scores* que o grupo de controlo, demonstrando atitudes adaptativas menos ajustadas e adequadas ao processo de maternidade durante a gravidez. Constatou-se ainda que as subescalas mais fragilizadas foram a imagem corporal, os sintomas somáticos, atitudes perante o sexo e atitudes perante a gravidez e bebé (especialmente estas duas últimas,

em comparação com o Grupo de Controlo). Evidenciou-se também uma avaliação mais favorável nas grávidas com idade superior ou igual a 35 anos relativamente à relação conjugal, demonstrando comportamentos mais ajustados e adequados.

Em suma, consideramos que a análise e compreensão do ajustamento materno durante a gravidez tardia devem consistir no foco de atenção e sensibilidade da equipa de enfermagem, nomeadamente do EESMO. As transformações multifatoriais da gestação que ocorrem na mulher grávida condicionam a sua imagem corporal, relacionamento intra e interpessoal e atitudes para com a gravidez e bebé, ou seja, influenciam o ajustamento materno e as reações e atitudes da mulher no período pré-natal, parto e pós-parto. A estas alterações somam-se as condicionantes inerentes à gravidez tardia, passíveis de se envolver num projeto gestacional de risco. Neste contexto, pode ser agravado o desenvolvimento adequado do ajustamento materno à gestação atual, pelo que a vigilância e a garantia de prestação de cuidados de enfermagem especializados é essencial à promoção do bem-estar materno e familiar e à prevenção de eventuais complicações.

E perante tais resultados, denotou-se ser fundamental que o enfermeiro, pela sua proximidade com a população utente, esteja atento, disponível e sensibilizado para conhecer o contexto em que a grávida está inserida e como esta lida com o seu corpo em mudança, com as alterações associadas à gravidez, com a componente conjugal/relação sexual e a sua reação ao estado gravídico e preparação para o nascimento de um filho. O enfermeiro como mediador da otimização das competências maternas/parentais, pode modificar positivamente a vivência da gravidez, parto e pós-parto. Deste modo, a intervenção do enfermeiro tende a minimizar a ansiedade materna/parental (e respetivas consequências) através da sua ação educativa (por exemplo, na consulta pré-natal ou no curso de preparação para a parentalidade), identificando os sinais de risco no acompanhamento da evolução gestacional. Torna-se assim importante, o encaminhamento adequado e o trabalho em equipa na vigilância pré-natal, no sentido de minorar o

eventual risco de desajustamento o mais precocemente possível e maximizar os ganhos em saúde.

No seguimento deste estudo, sugere-se desenvolvê-lo no período pós-parto e abordar o ajustamento paterno na gravidez e pós-parto, de modo a compreender a adaptação à maternidade/paternidade com maior abrangência e contribuir para a sua vivência salutar.

REFERÊNCIAS

- Andrade (2002). *Pensar e agir: As doenças genéticas e o diagnóstico pré-natal*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Antunes, Malheiro, Guerra e Martins (2003). Gravidez após os 40 anos: Análise dos resultados obstétricos. *Revista de Obstetria e Ginecologia*, 26(11), 557-567.
- Astolfi, Zonta (2002). Delayed maternity and risk at delivery. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 16(1), 67-72.
- Bastos e Faria (2003). Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos. *Nascer e Crescer*, XII(4), 254-256.
- Bornstein, Putnick, Suwalsky, Gini (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Development*, 77(4), 875-892.
- Berthoud (2003). *Ressignificando a parentalidade: os desafios de ser pais na atualidade*. Taubaté, Brasil: Cabral.
- Callaway, Lust e McIntyre (2005). Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(1), pp. 12-16.
- Canavarro (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro (Ed.). *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Carrilho, Patrício (2008). A situação demográfica recente em Portugal 2002-2008. *Revista de Estudos Demográficos*, 44, 35-80.
- Chang, Chao, Kenney (2006). I am a woman and I'm pregnant: Body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*, 33(2), 147-153.
- Costa (s.d.). *Filhos da idade, filhos da maturidade*. Demografia e população, os novos desafios. II Congresso Português de Demografia Disponível em: http://www.apdemografia.pt/ficheiros_comunicacoes/115813703
- 9.pdf.
- Couto (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Figueiredo, Mendonça, e Sousa (2004). Versão portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 31-51.
- Fortin (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Gomes, Donelli, Piccinini, Lopes (2008). Maternidade em idade avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), 99-106.
- Graça (2005). *Medicina materno-fetal*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Graça (2010). *Medicina materno-fetal* (4.ª ed.). Lisboa; Portugal: Lidel.
- Klein (1999). Cuidados de Enfermagem durante a gravidez. In Bobak, Lowdermilk, Jensen, Perry (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (pp. 130-181). Loures, Portugal: Lusociência.
- Lowdermilk, Perry, e Bobak (2002). *O cuidado em Enfermagem materna*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Martins (2005). Filhos de um Deus menor: Vitórias da Ciência sobre a infertilidade. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 4, 233-246.
- McMahon, Gibson, Allen, Saunders (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4), 1168-1174.
- Mendes (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Pereira, Santos e Ramalho (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17(3), 583-590.
- Pereira, Ramalho, Dias (2002). Psychological variables in pregnancy: does age matter? An exploratory study. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), 131-140.
- Piccinini, Lopes, Gomes, De Nardi (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Polit, Becke Hungler (2001). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Posmontier (2002). Antepartum care in the twenty-first century. *Nursing Clinics of North America*, 37(4), 757-769.

Rato (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 16(3), 405-413.

Rebello, Frutuoso, Guerra, Ferreira (1997). Gravidez a partir dos 40 anos de idade: Resultados perinatais. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XX(1), 4-8.

Reel e Lierman (2003). Intervenções junto da mulher com problemas do sistema reprodutor. In Phipps, Sands e Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (pp. 1743-1789). Loures, Portugal: Lusociência.

Robertson-Frey (2005). *Body image and pregnancy: Application of the theory of reasoned action*. Master of Arts Thesis. Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan. Disponível em: http://library.usask.ca/theses/available/etd-03232005-135758/unrestricted/trf_final.pdf

Savall, Mendes e Cardoso (2008). Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioterapia em movimento*, 21(2), 61-70.

Silva (2000). Gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In Graça (Ed.). *Medicina materno-fetal 1* (pp.165-172). Lisboa, Portugal: Lidel.

Teixeira (1999). *Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública.

Thorn (1998). *Not too late: Having a baby after 35*. London,

Van Horn e Reed (2001). Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine*, 166(11), 1018-1022.

Williams (1999). Dinâmica familiar da gravidez. In Bobak, , Lowdermilk, Jensen, Perry (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (pp.115-129). Loures, Portugal: Lusociência.

Zaragoza (2007). *Representações mentais e ajustamento materno na grávida adolescente*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.