



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Stress Parental e suas implicações na dinâmica familiar:
estudo em mães e pais às 6 semanas após o parto

Maria Emanuel Figueirinhas Luís

Coimbra, dezembro de 2016



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Stress Parental e suas implicações na dinâmica familiar:
estudo em mães e pais às 6 semanas após o parto

Maria Emanuel Figueirinhas Luís

Orientadora: Professora Júlia Maria das Neves Carvalho, Professora Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, dezembro de 2016

“É sobretudo nas situações mais difíceis que mais nos descobrimos. Por isso, não reclamo por dificuldades, porque a vida e nós próprios encarregamo-nos sempre dessa parte da narrativa. Mas também não vou pedir só Sol, porque quero continuar a crescer, e sei que para isso, pessoa ou planta, preciso de chuva. Também não arrisco o conforto temporário dos dias nublados, porque com o cinzento da vida não se faz cor. Talvez não peça nada para 2015 que não dependa apenas de mim. E sem qualquer timidez, peço Otimismo. Porque o cinzento da vida não se entorna, quando trazemos o sol dentro de nós.”

Isabel Saldanha (2014)

“A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto”

Canavarro (2001, p.19)

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a todas as mães e os pais que tão generosamente aceitaram colaborar neste estudo e sem os quais o mesmo não era concretizável.

Agradeço às Professoras Júlia Carvalho e Isabel Margarida pela disponibilidade e orientação deste estudo.

Um agradecimento profundo a todas as minhas colegas de trabalho da Maternidade Dr. Daniel de Matos, pela compreensão e paciência, principalmente à Vânia Leitão, à Ana Isabel Correia, à Cristiana Vazão e à Sílvia Neto.

Ao Nuno, obrigada por tudo...

Por último, mas a menção mais importante, um obrigada sincero à minha Mãe por estar sempre presente, pelo incentivo e força que me dá todos os dias para não desistir dos meus sonhos e pela sua educação constante que fazem de mim o que sou hoje.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Cap. – Capítulo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Doi – Digital Object identifier

Ed – Edição

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESenfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Et al. – E outros

Lda. – Limitada

n.s. – Não significativo

p. – Página

Pág. – Páginas

pp. – Páginas

RN – Recém-nascido

s.d. – Sem data

SOC – sentido de coerência

RESUMO

Enquadramento: O nascimento de um filho é uma dádiva no seio de uma família, gerando sentimentos de grande felicidade e amor, mas devido às mudanças e responsabilidades implícitas no cuidar de um bebé, estes sentimentos podem rapidamente ser substituídos por preocupações e ansiedade, originando por vezes situações perturbadoras e indutoras de stress. Deste modo, a transição para a parentalidade, em vez de ser encarada como uma situação normal do ciclo de vida, pode ser vivenciada como um período de crise, determinando o comportamento parental.

Objetivos: Conhecer o nível de stress parental dos pais (mãe e pai) durante a sua transição para a parentalidade, após o nascimento do seu filho em situação normal, às 6 semanas após o parto, bem como a influência de algumas variáveis neste processo.

Métodos: Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, junto de 154 pais e mães que se encontravam nas 6 semanas pós-parto, de modo a perceber quais as características do recém-nascido, sociodemográficas dos pais (mãe e pai) e obstétricas da mãe que pudessem comprometer uma transição tranquila e saudável à sua nova função. Como instrumento de recolha de dados, para a perceção do nível de stress parental na relação pais-filhos, utilizámos a Escala de Stress Parental Mixão, Leal e Maroco (2007).

Nesta investigação que apresentamos foram inquiridos 154 indivíduos, dos quais 77 (50%) eram mães e 77 (50%) eram pais, recrutados numa maternidade da zona centro de Portugal, no período entre Fevereiro e Maio de 2016.

Resultados: Através da Escala de Stress Parental, às 6 semanas após o parto os pais (mãe e pai) apresentaram um nível baixo de stress parental. Porém, detetámos que o stress parental é influenciado pelas habilitações académicas de ambos os pais, pelo planeamento ou não da gravidez e pelo peso do recém-nascido. Foi também encontrada diferença estatisticamente significativa na variável género para a dimensão Satisfação, onde os pais se demonstram mais stressados e consequentemente menos satisfeitos com o desempenho do seu papel parental comparativamente às mães e ainda na variável “número de filhos” para a dimensão Medos e Angústias, onde os pais (mãe e pai) com mais do que um filho revelam um nível de stress superior aos pais que estão a vivenciar a paternidade pela primeira vez.

Conclusão: Os resultados encontrados ajudam-nos a compreender o modo como os pais vivenciam e se adaptam à parentalidade, assim como o que influencia essa transição, constituindo-se estes dados, elementos imprescindíveis para que os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros de Saúde Materna e Obstetrícia, possam adquirir conhecimentos e competências para atuar a fim de facilitar o sucesso deste processo.

Palavras-chave: Parentalidade, Papel Parental, Stress parental, Transição.

ABSTRACT

Background: The birth of a son is a gift in the bosom of a family, generating feelings of happiness and love, but due to the changes and responsibilities implied in the process of taking care of a baby, this feelings can easily be replaced for concerns and anxiety, sometimes even developing disturbing situations and leading to stress. Therefore, the transition for the parenthood, instead of being seen as a normal situation of the life cycle, can be experienced as a time of crisis, determining the parental behavior.

Aims: To know the level of parental stress of the parents (mother and father) during their transition for the parenthood, after childbirth in normal circumstances, post 6 weeks, as well as the influence of some variables in this process.

Methods: We have developed a quantitative study, descriptive-correlational, with 154 parents (mother and father) that were in the 6 weeks after childbirth time, thus understanding which are the parent's sociodemographics features, mother obstetrics and the characteristics of the baby that could compromise a gentle and healthy transition to their new function. As a tool of data gathering, for the perception of the level of parental stress in the relation child-parents, we utilized a Scale of Parental Stress of Mixão, Leal and Maroco (2007).

In this research that we present were inquired 154 individuals, of which 77 (50%) were mothers and 77 (50%) were parents, recruited in a maternity unit in the center zone of Portugal, in a timeline between February and May of 2016.

Results: From the Scale of Parental Stress, at 6 weeks postpartum, the parents (mother and father) showed a low level of parental stress. Nevertheless we detected that the parental stress is influenced by the academic qualifications of both parents, the planning or not of the pregnancy and the weight of the newborn. We also found a statistically significant difference in the variable gender in the dimension Satisfaction, where the parents displayed more stress and consequently were less happy fulfilling their parental role comparatively with mothers and in the variable "number of sons" for the dimension Fears and Anguish, where the parents (mother and father) with more than a son exposed higher level of stress than parents that lived parenthood for the first time.

Conclusions: The results found help us to understand the way parents live and adapt to parenthood along with what influences that transition, representing this information, indispensable elements for the health professionals, more specifically to nurses of Maternal Health and Obstetrics, allowing to get expertise and skills to act in order to facilitate the success of this process.

Keywords: Parenthood, Parental Role, Parental Stress, Transition.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach para a Escala de Stress Parental	64
Tabela 2 – Resultados do Teste de Normalidade	65
Tabela 3 – Características sociodemográficas da amostra, pais, mães e total: idade, estado civil, habilitações académicas, agregado familiar e situação profissional	71
Tabela 4 – Distribuição das profissões dos pais, das mães e o total da amostra, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões 2010	72
Tabela 5 – Características relativas ao número de filhos e percurso da gravidez das mães, dos pais e do total da amostra: número de filhos, planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência do curso de preparação para o nascimento	73
Tabela 6 – Características relativas à gravidez e parto da mãe: local de vigilância da gravidez, tipo de parto, analgesia e complicações na gravidez	74
Tabela 7 – Características do recém-nascido: género, peso de nascimento, tipo de alimentação e situação de saúde	75
Tabela 8 – Médias, desvios-padrão, valor mínimo e valor máximo nas dimensões e total da Escala de Stress Parental	76
Tabela 9 – Níveis percentuais de Stress Parental nos pais (mãe e pai) de acordo com a Escala de Stress Parental	77
Tabela 10 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis	79
Tabela 11 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães e os pais, em função do género: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney	80

Tabela 12 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função das habilitações académicas: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis	82
Tabela 13 – Teste Post-Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas da mãe e o stress parental	83
Tabela 14 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da situação atual de emprego: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney	84
Tabela 15 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do número de filhos: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney	86
Tabela 16 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do planeamento da gravidez: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney	87
Tabela 17 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da frequência do curso de preparação para o nascimento: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney	89
Tabela 18 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, em função do tipo de parto: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis	90
Tabela 19 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do peso do recém-nascido: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis	91
Tabela 20 – Teste Post-Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o peso dos recém-nascidos e o stress parental	92

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Desenho de investigação	52

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	20
 CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
1.1. PARENTALIDADE E ADAPTAÇÃO AO PAPEL PARENTAL	26
1.2. TEORIA DE SUPORTE À TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	33
1.3. STRESS PARENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR	37
1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR NO PAPEL PARENTAL	45
 CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	50
2.1. TIPO DE ESTUDO	52
2.2. OBJETIVOS DO ESTUDO	53
2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	53
2.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	53
2.5. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	54
2.6. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	61
2.7. INSTRUMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS	63
2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	64
2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DA INVESTIGAÇÃO	65
 CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS	68
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	70
3.1. RESULTADOS DESCRITIVOS DO STRESS PARENTAL	76
3.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS FACE ÀS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	77

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
---	-----------

CONCLUSÃO	114
------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA	120
---------------------------	------------

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização ao Exmo. Senhor Diretor da Maternidade Doutor Daniel de Matos

ANEXO II – Escala de Stress Parental

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização ao Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, E.P.E.

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado

APÊNDICE III – Questionário de caracterização sociodemográfica e obstétrica – versão materna

APÊNDICE IV – Questionário de caracterização sociodemográfica – versão paterna

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho¹ e a sua entrada na família, provoca sempre grande felicidade e entusiasmo, mas simultaneamente, pode tornar-se numa preocupação e causar ansiedade nos pais, pela responsabilidade que o cuidar de um bebé exige. Esta ansiedade acrescida é na maioria das vezes transitória, diminuindo com o nascimento de um bebé saudável (Dulude, Bélanger, Wright, & Sabourin, 2002 como referido por Gomez & Leal, 2009).

A aprendizagem do comportamento parental não é tarefa fácil, exigindo o desenvolvimento de diversas aptidões na satisfação das necessidades e cuidados ao recém-nascido, de modo a proporcionar-lhe oportunidades de crescimento e fazendo ajustamentos satisfatórios às realidades práticas e à vida em família (Apóstolo, 1999).

A parentalidade constitui assim um desafio à adaptação dos pais como pessoa, onde são projetadas as suas ansiedades, defesas e fantasias, é uma fase do desenvolvimento humano que exige uma intensa adaptação psicológica e afetiva (Apóstolo, 1999; Brito, 2005).

Deparamo-nos assim com um processo de transição, a transição para a parentalidade, que requer um ajustamento dos pais a uma variedade de transformações que implicarão uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo, 2011 como referido por Conde & Figueiredo, 2007).

As autoras Canavarro e Ramos (2007) alertam-nos para o facto de que pelas exigências da prestação de cuidados, pela reorganização individual, conjugal, familiar, profissional e social que o nascimento de um filho acarreta, apesar de este acontecimento ser considerado normal no ciclo de vida de uma família, pode ser também uma fonte de stress.

Através da nossa experiência em maternidade apercebemo-nos que o tempo que os pais e o recém-nascido permanecem na maternidade é curto e que todos os conhecimentos e habilidades necessárias a proporcionar os melhores cuidados ao bebé e a si próprios são inúmeros logo, nem sempre são interiorizados pelos pais, surgindo assim muitas preocupações e dificuldades, consubstanciando-se esta realidade no momento em que a nova família chega a casa.

1. A utilização do termo criança, bebé e filho reporta-se a recém-nascido e lactente até às 6 semanas de vida.

Segundo Apóstolo (1999), um dos maiores desafios para a excelência dos cuidados em Saúde Materna, passa por potenciar qualitativamente o período pós-parto, sendo fundamental a adoção pelo enfermeiro de um conjunto de atitudes e práticas em termos de prevenção e promoção da saúde, de modo a preencher a lacuna entre os cuidados hospitalares e os cuidados no domicílio. Deste modo, os pais poderão vivenciar os seus novos papéis com maior segurança e tranquilidade proporcionando uma parentalidade positiva ao seu bebé.

Assim, é de destacar o papel do enfermeiro de saúde materna e obstetrícia, que é fundamental para facilitar o processo de transição para a parentalidade, advindo também daí a importância deste estudo, que procura compreender o que pode transtornar a adaptação dos pais a esta fase da vida.

O presente estudo pretende perceber quais as características sociodemográficas, e obstétricas dos pais (mãe e pai), assim como as características do recém-nascido que às 6 semanas pós-parto podem influenciar o nível de stress parental com a perspetiva de as dar a conhecer aos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia para que ainda durante o internamento na maternidade, estes possam oferecer cuidados de excelência que vão ao encontro das expectativas dos pais (mãe e pai) de forma a estes poderem desempenhar o seu papel tranquilamente em casa, proporcionando ao seu filho um ambiente favorável ao seu desenvolvimento e um crescimento harmonioso e saudável.

Neste contexto, considerámos pertinente o desenvolvimento de um estudo de investigação com o objetivo de avaliar o nível de stress parental dos pais (mãe e pai) na adaptação à maternidade/paternidade durante as primeiras 6 semanas após o parto. Pretende-se ainda identificar quais as características sociodemográficas dos pais (mãe e pai), obstétricas da mãe e características do recém-nascido que podem influenciar uma transição favorável à parentalidade.

Estruturalmente, a presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos fundamentais: o enquadramento teórico, a metodologia da investigação, a apresentação, análise e discussão dos resultados.

O primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento teórico, e aborda a construção da parentalidade e adaptação ao papel parental, a teoria de suporte à transição para a parentalidade, o stress parental e suas implicações na dinâmica familiar, assim como o papel do enfermeiro de saúde materna e obstetrícia como mediador no papel parental.

Do segundo capítulo consta a metodologia da investigação, onde apresentamos o estudo empírico por nós efetuado, descrevendo o tipo de estudo; os objetivos do estudo; as questões de investigação e as hipóteses formuladas; as variáveis e a sua operacionalização; definição da população e amostra; caracterização dos instrumentos para recolha de dados; os procedimentos de análise de dados, bem como os procedimentos ético-legais.

O terceiro capítulo consiste na apresentação e análise dos dados e resultados, onde fazemos a caracterização da amostra e apresentamos o tratamento estatístico dos dados.

O quarto capítulo engloba a discussão dos resultados.

Finalizaremos o presente trabalho com uma conclusão, dando ênfase aos resultados pertinentes, às limitações do estudo e enumerando algumas sugestões que considerámos pertinentes por forma a potenciar as práticas de enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Depois de escolhido o tema do estudo, o investigador “...formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (Fortin, 2009, p.49).

É no decurso desta fase que fazemos um inventário do que já foi publicado relativamente ao domínio que queremos estudar e o que ainda falta documentar.

1.1. PARENTALIDADE E ADAPTAÇÃO AO PAPEL PARENTAL

A parentalidade é um processo que visa o envolvimento do casal e no qual ambos devem participar de forma ativa e conjunta, logo pode ser considerada como um tempo de conflito interno e de desequilíbrio que leva ao estabelecimento de novas estruturas afetivas e cognitivas (Barata, 2013; Cowan & Cowan, 2000 como referido por Carvalho, 2009), consistindo num processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva, que permite a criação de laços de aliança e filiação, permitindo a dois adultos tornarem-se pais (Bayle, 2005).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (2011) a parentalidade é definida como:

Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p. 66)

Na transição para a parentalidade, os autores Abreu e Assude (2014), sintetizam um conjunto de tarefas vivenciadas pelos progenitores e família: adaptação à notícia da gravidez; reavaliar e reestruturar a relação com os pais; bem como a relação com o cônjuge; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade; construir uma relação com a criança, enquanto ser humano único e indivisível.

Tornar-se família constitui um dos processos de mudança mais significativos da vida Humana. Transformar-se em pai ou mãe origina um período de mudança e instabilidade para o casal e para cada um na sua individualidade, independentemente da parentalidade ser biológica ou adotiva, de serem casais de marido e mulher, casais que coabitam, famílias monoparentais, mães solteiras ou qualquer outra forma relacional (Brazelton, 2000; Pedrosa, 2011).

Os autores Silva e Carneiro (2014) apontam a parentalidade como um modelo cultural, onde a família do casal serve de modelo, mas onde a construção de cada parentalidade vai sofrendo influências sociais, económicas, políticas e religiosas que produzem impacto na maneira como o casal vivencia a gravidez, o nascimento e o

pós-parto. Deste modo a parentalidade surge como uma tarefa, mas é também uma relação, que começa antes do nascimento dos filhos e se mantém por toda a vida. É o início de uma nova e importante fase de transição do ciclo vital da família que exige mudanças e transformações na organização familiar, em função de um conjunto de tarefas e responsabilidades bem definidas. Assim, podemos dizer que a parentalidade assume um carácter irreversível e vitalício (Pedrosa, 2011; Relvas, 2000).

Mesmo já tendo planeado e aceite a função parental, o processo de se tornar mãe/pai apesar de ser trivial é de intensa transformação existencial na vida da mulher e do homem e é nas primeiras semanas após o parto que estes enfrentam os maiores desafios, procurando desesperadamente definições, papéis, valores e até guias de conduta (Leal, 2005).

Assim, o período pós-parto, também designado por puerpério ou quarto trimestre da gravidez, é um período da vida do casal que precisa de ser avaliado com especial atenção, pois além de todo o stress que o parto implica, envolve inúmeras alterações e adaptações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social (inexperiência em cuidar do filho, alterações na rotina diária, consolidação das relações mãe/filho, pai/filho e relação conjugal bem como de todo o relacionamento familiar) (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Mendes, 2009).

Mendes (2009) define o pós-parto como sendo:

...um período de transição, de continuidade de um anterior processo já vivido e, pelas circunstâncias pessoais e interpessoais que envolvem a mulher, o homem e a família, confere uma vivência e experiências únicas nas dimensões físicas, psíquicas e sociais. (p. 68)

Ou seja, as transições advêm das mudanças de vida, da saúde, dos relacionamentos e do ambiente, tornando as pessoas vulneráveis, uma vez que estão perante uma situação/experiência nova e desconhecida com a qual se sentem inseguros e incapazes de enfrentar/resolver (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Deanne & Schumacher, 2000).

A psicanalista Ana Silva (2013), não partilha da mesma opinião, e por se lado refere que a transição para a parentalidade não é um tempo de crise, exceto se houver alguma complicação, mas sim uma mudança positiva, pois realça que em toda a mudança “há crescimento, amadurecimento, há um novo tipo de relações e há toda uma perspetiva nova sobre a vida” sendo esta uma experiência que vai enriquecer o indivíduo, o casal e a família, uma singular “experiência de amor” (Silva, Coutinho & Lourenço, 2013, p.20).

Os mesmos autores afirmam que, como se trata de um processo de transição, mas também de aquisição, a parentalidade envolve dois componentes, o primeiro relativo “ao conhecimento e às habilidades para cuidar do recém-nascido” e o segundo relacionado “ao afeto, à consciencialização e preocupação com a satisfação das necessidades do recém-nascido” (p. 22), admitindo que o talento parental não é algo inapto e inerente aos homens ou às mulheres. Ou seja, a capacidade de demonstrar carinho, amor e compreensão e de colocar o bem-estar do outro acima do próprio, não está limitado somente à mulher, são capacidades humanas, independentes do sexo, e atualmente designam-se por capacidades maternas (Williams, 1999). Assim sendo, após o parto inicia-se imediatamente um ajustamento da mulher e do homem ao seu novo papel, onde ambos embarcam num longo percurso, onde aprendem o comportamento materno e paterno e se identificam como mãe e pai (Mendes, 2009).

Segundo Canavarro (2001) ser pai e ser mãe representa ser agente de continuidade, ser capaz de assegurar os limites e as diferenças entre gerações. É o assegurar da transmissão de heranças genéticas, valores, costumes e significados em intimidade e aceitando com naturalidade e respeito as diferenças.

Na literatura, as capacidades maternas são definidas como tarefas maternas que são vivenciadas na transição para a maternidade, que começam a desenvolver-se na gravidez mas que são ajustadas antes e após o nascimento de modo a padronizar os cuidados maternos:

Tarefa 1: Aceitar a gravidez – sem a aceitação e integração da gravidez, a mulher não pode progredir para as tarefas seguintes. Os homens têm mais dificuldade em aceitar a gravidez como real, uma vez que não sentem os desconfortos que este estado acarreta.

Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto – após a primeira ecografia onde se vê o bebé, quando se ouve o coração dá-se a aceitação pelos pais do feto como real.

Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais – existe um reviver da infância e um reaproximar aos seus pais, pois é tempo de interiorizar o que considera positivo e negativo para o adequar a si e ao seu novo papel.

Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar o relacionamento conjugal – no sentido de ajustar a relação conjugal, no plano afectivo, sexual e de rotina diária, para formar a relação parental.

Tarefa 5: Aceitar e relacionar-se com o bebê enquanto pessoa separada – dá-se a confrontação com a ambivalência entre o sentimento de perda do bebê com o nascimento e a vontade de conhecer o seu bebê.

Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a própria identidade – existe a necessidade dos pais integrarem a sua nova identidade, ou seja, integrar a função e significado de ser mãe e de ser pai.

Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos (caso existam) – o nascimento de uma criança, implica sempre reajustamentos, pelo que a diferenciação resulta da experiência dos pais.

Como concluem os autores Cowan e Cowan (2000 como referido por Carvalho, 2009), a transição é muitas vezes considerada sinónimo de mudança, implicando adaptações cognitivas e comportamentais que necessitam de ser incorporadas pelo indivíduo que as experimentam, visto que, quando bem sucedidas levam a um melhor e mais diferenciado nível de integração e adaptação.

Os autores Steele e Pollack (1968 como referido por Williams, 1999) reconhecem algumas capacidades maternas, independentes do género dos progenitores, implícitas na transição para a parentalidade:

Competências cognitivo-motoras que abrangem atividades do cuidado à criança como “alimentar, segurar/acarinhar, vestir, tratar da higiene, proteger do mal e promover mobilidade” (p. 468), sendo estas competências influenciadas pela cultura e experiência dos pais, exigindo competência parental para a satisfação das necessidades de alimentação, higiene e conforto, temperatura e evitar perigos no RN.

Competências cognitivo-afetivas “incluem uma atitude de ternura, atenção e interesse quanto às necessidades e desejos da criança” (p. 468), estando relacionadas com as experiências anteriores dos pais, no que diz respeito ao amor e à figura materna. Permitem identificar a segurança dos pais e a sua competência para satisfazer as necessidades de comunicar, se divertir/aprender e de sono/repouso do recém-nascido

As exigências impostas pelo processo de transição podem ocasionar descompensação e aquisição de vulnerabilidades pelo casal, uma vez que originam diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas que implicam uma adaptação e reorganização particular ao longo da vida e crescimento/evolução do seu filho. Além da satisfação produzida pela parentalidade e de sabermos que as aprendizagens implícitas neste papel se efetuam de forma instintiva ou se aprendem através de gestos, comportamentos, posturas do corpo, sequências e interações com

o recém-nascido, esta transição acarreta também sentimentos de tensão, ansiedade, insegurança e incerteza (Pedrosa, 2011).

A transição para a parentalidade deve ser percebida como um acontecimento normativo e previsível na vida do casal, mas muitas vezes, devido à necessidade de reorganização e adaptação a este processo é vivido como um momento de crise, instituindo por vezes situações perturbadoras e indutoras de stress (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

A auto-percepção do casal acerca da capacidade de cuidar do recém-nascido desencadeia sentimentos de realização, sucesso e competência, o contrário, provoca sentimentos de fracasso e tristeza, podendo indicar que o casal está a experienciar algumas dificuldades na sua relação com o recém-nascido (Pedrosa, 2003 como referido por Canavarro & Pedrosa, 2005).

Nos estudos de Moura-Ramos e Canavarro (2007) concluiu-se que existem diferenças na Reactividade Emocional e na Psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o nascimento, sendo que as mães apresentam maior emocionalidade negativa (*Tristeza*) e menor emocionalidade positiva (*Felicidade*), assim como sintomatologia psicopatológica mais elevada do que os pais. A causa deste facto deriva de uma adaptação mais difícil e exigente da mãe ao seu novo papel e à reorganização da sua vida em coexistência com o novo ser.

A ideia de que a mulher está “programada” para a maternidade e que, por conseguinte, se converterá instintivamente numa boa mãe, é ilusória. A transição para a parentalidade trata-se antes de um processo social e cognitivo complexo que é aprendido e não intuitivo, ou seja, as competências essenciais para uma transição positiva são alcançadas à medida que se vai praticando e experimentando, rejeitando a noção de instinto maternal.

As mães, sobretudo as primíparas, têm a sensação que com a chegada do filho deverão oferecer protecção em vez de recebê-la, subtraindo-lhes o bebé o seu papel de protagonista. Este sentimento invade sobretudo as mulheres que foram superprotegidas na infância e que muitas vezes continuam a sê-lo pelos seus companheiros. A mulher sente que agora que tem de cuidar do seu filho e não terá ninguém que cuide dela (Farré & Peyrí, 1997).

Por vezes, as exigências de um filho fazem com que a mãe anule a sua própria personalidade, ou seja há um sentimento de perda de identidade. Já não se vê a si própria como um ser autónomo e independente, com inquietações e aspirações próprias, mas passa a sentir-se escrava do seu papel. Esta sensação tem a ver com

as exigências que a sociedade impõe no seu conjunto ou a própria família. Julga-se que uma nova mãe deve dedicar-se totalmente ao filho e relegar-se a si mesma para segundo plano. Quando a mulher tem dificuldades para aceitar estas exigências, surge a tensão entre o que se espera dela (ou o que ela, condicionada pela sua educação, espera de si mesma) e o que realmente deseja (Farré & Peyrí, 1997).

As mães têm tendência a descrever os primeiros dias de relação com o recém-nascido como estranhos, confusos e com sentimentos de desconforto. É na confrontação com a alta da maternidade, no facto de passar a estar sozinhos com o recém-nascido e de terem de lhe satisfazer todas as necessidades corporais, afetivas e psíquicas, que surgem as maiores dúvidas, preocupações e dificuldades dos pais, associando-se muitas vezes, a informações contraditórias da família e dos amigos, gerando sentimentos de ansiedade e insegurança (Marques, 1997).

Por mais que a mulher se sinta segura e madura, a maternidade despoleta o início da autêntica maturidade na mãe. O apoio do companheiro é fundamental para que a mulher se permita a momentos de fraqueza e lide com as exigências, não ultrapassando os limites das suas capacidades.

O papel do pai em todo o processo de gravidez e no pós-parto tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos. Actualmente é considerado fundamental e verifica-se um maior envolvimento e um aumento da participação do pai nos cuidados ao bebé, nas tarefas domésticas, na preparação para o parto e nascimento. Segundo Camarneiro (1998), é durante a gravidez, que o homem que vai ser pai, toma consciência das mudanças que ocorrerão na sua vida, procurando de forma pessoal e ativa experienciar/vivenciar todo este processo.

Nesta fase de adaptação ao seu novo papel, o homem apresenta receios e algumas dúvidas. Ao tornar-se pai, vê-se coagido a alterar os parâmetros mais básicos da sua vida, as suas atitudes e, até, repensar os seus valores. Faz parte destas mudanças enquanto pai, aprender os novos papéis sociais relativamente ao filho, e aos outros, como pai. (Brazelton, 2000 & Montgomery, 2005). Nesta fase, a sua vivência baseia-se numa transformação pessoal e social, ou seja, a assunção de um papel paterno que acarreta um conjunto de mudanças que culminam com uma redefinição de papéis e uma integração maturacional, tal como acontece com o papel materno (Colman & Colman, 1994; Mendes, 2009; Montgomery, 2005).

Apesar de tudo, Widarsson, Engstrom, Berglund, Tydén e Lundberg (2013) referem que a parentalidade tem mais efeitos negativos na mãe do que no pai, uma vez que

esta é, na maioria das vezes, a primeira e principal cuidadora, conduzindo à existência de conflitos de papéis e à restrição da sua liberdade.

Através dos depoimentos dos pais recolhidos por Silva e Carneiro (2014), o processo de transição maternal foi caracterizado como fatigante e ambivalente e o processo de transição paternal como observante e secundário. As mães associaram a fadiga/cansaço físico aos dias que estiveram internadas, referindo dificuldade em dormir e o cansaço na execução dos cuidados ao recém-nascido. A ambivalência durante o puerpério é difícil de explicar para as mães, pois referiram que apesar de estarem felizes com o nascimento do seu filho, contraditoriamente tiveram períodos de choro, sensibilidade, estranheza e tristeza. Por seu lado, os pais sentiram que no puerpério o seu papel foi apenas de observador, ficando resumido à observação da prestação de cuidados ao recém-nascido pela mãe e pelo enfermeiro. Concomitantemente, o pai caracterizou-se também como secundário, admitindo que a mãe continua a ter o papel principal no processo de parentalidade, uma vez que lhe é vedada a possibilidade de permanecer na maternidade com a mãe e o recém-nascido, acusando os profissionais de saúde de não o integrarem nos cuidados ao seu filho.

Nesta linha de pensamento, Brazelton e Cramer (1993 como referido por Barata, 2013) referem ainda que o pai experiencia: sentimentos de exclusão, inveja e competição face à companheira em relação ao filho, preocupações financeiras, habitacionais e com a saúde da companheira e do filho e isolamento devido à ansiedade com a “tomada de posse” do seu novo papel.

Independentemente de quanto os pais possam gostar do bebé acabado de nascer, de quão fácil tenha sido o parto ou de como esteja a ser a sua experiência como pais, ir para casa com aquele novo ser constitui um salto muito importante. As primeiras semanas são muito cansativas e a maioria dos pais sentir-se-ão esgotados e sem contacto com o resto do mundo, apesar das constantes recompensas que o cuidar do bebé lhes oferece.

Aprender a reorganizar uma família é um passo importante e exige muito a todos, quando surgem dificuldades em enfrentar certos aspetos da parentalidade, é útil pensar que se trata de uma série de fases e que não somos obrigados a gostar de cada uma delas, é o que sugere Figes (1998). Nesta reorganização/transição quanto mais ansiosa a mãe estiver por ser uma boa mãe para o bebé, mais exigente será este período a nível psicológico. Assim como o homem, que acabou de ser pai, alterna entre a felicidade de o ser e o sentir-se assoberbado pela nova responsabilidade. Este período de desorganização e grande stress, segundo Brazelton (2000), conduz a um

nível superior da nova organização familiar, desenvolvida a partir dos problemas dos três participantes, todos em contacto uns com os outros, impulsionados pelo seu gosto em desenvolverem um novo mundo de relações viáveis.

No entanto, e em concordância com Coutinho (2013), por muita complexidade que traga o nascimento de um filho, este muda a vida do casal para melhor.

1.2. TEORIA DE SUPORTE À TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A palavra transição é definida como um movimento de mudança, processo e resultado que ocorre a nível individual e familiar no desenvolvimento humano (Zagonel, 1999).

Para Chick e Meleis (1986, como referido por Abreu, 2011) a transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, estando todos os processos de transição relacionados com a mudança e desenvolvimento. Refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a perceção da alteração e os padrões de resposta (Meleis, 2010).

Na opinião de Mercer et al. (1988, como referido por Zagonel, 1999) as transições são definidas como "pontos de mudança que resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações conduzindo a novas autoconceções." (p.144)

O conceito de transição aparece definido, por diversos autores, a partir de duas perspetivas teóricas. A primeira corresponde a uma perspetiva normativa e reporta às transições relacionadas com o ciclo de vida da pessoa, dizendo respeito a eventos marcantes no seu ciclo de desenvolvimento, como o casamento ou nascimento de um filho. Numa perspetiva idiossincrática, refere-se a eventos de vida de natureza singular, que produzem desequilíbrio entre dois períodos estáveis, como é o exemplo da hospitalização e de uma doença grave. A duração e a intensidade da influência transicional variam ao longo do tempo, assim como o significado atribuído. O seu princípio e fim não ocorrem simultaneamente, existindo uma sensação de movimento, desenvolvimento e fluxo associado (Magalhães, 2011; Meleis, 2010; Pereira, 2010; Zagonel, 1999).

No domínio da disciplina de Enfermagem as transições surgem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007).

A prática de enfermagem humanizada, científica e holística exige conhecimento e respeito pelo crescimento e desenvolvimento da pessoa ao longo do seu ciclo vital. Logo, este novo paradigma tem despertado grande atenção à enfermagem, uma vez que é necessário um grande investimento para reorganizar os momentos transaccionais, pois é nos pontos de transição da mudança de estado, que surgem grandes causas de stress.

Ao utilizar o modelo de transição no cuidar do indivíduo, o enfermeiro não tem como foco apenas a cura, o objetivo deste é fornecer suporte, criando condições condutivas a uma transição saudável (Zagonel, 1999). Ou seja, no sentido de alcançar um estado de bem-estar, o propósito da enfermagem será facilitar os processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994 como referido por Abreu, 2011).

O processo de transição sendo uma mudança de um estado de saúde para outro, não implica obrigatoriamente situações de doença, podendo requerer apenas ajustamento ou adaptação. Assim a enfermagem irá disponibilizar cuidados a indivíduos em situações de transição, no sentido de promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado (Abreu, 2011).

Deste modo o enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo, como por exemplo, a preparação à maternidade (Murphy, 1990 como referido por Zagonel, 1999).

Zagonel (1999), diz-nos que:

O cuidado transicional humano traz respostas à valorização do ser, uma vez que é o sujeito da ação do cuidado, não se limita a funções, papéis ou tarefas. O cuidado está ligado de alguma forma a cada estágio do desenvolvimento humano, favorece a maturidade, o crescimento em busca de maior equilíbrio e estabilidade. (p. 30)

Também Chick e Meleis (2010) consideram que a transição é essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao vivenciá-la, alcança uma maior maturidade e estabilidade. Algumas das possíveis dimensões que podem descrever as transições são a duração, magnitude, reversibilidade, efeito, meta e limites bem definidos. O conhecimento dos padrões e dimensões das transições pode ser útil para a Enfermagem, como ponto de partida para o desenvolvimento de um instrumento que permita criar um perfil de como os indivíduos percebem as transições (Meleis, 2010).

Segundo a mesma autora, a Teoria das Transições compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais guiam o cuidado de enfermagem.

A instabilidade transacional que o ser humano passa ao longo do ciclo vital é desencadeada por mudanças significativas na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou de estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, podendo causar mudança de comportamentos e criar uma outra definição de si mesmo no contexto social. Assim, Meleis identifica quatro categorias major de transições, nas quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos. De acordo com a sua natureza, as transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde e doença e organizacionais. (Chick & Meleis, 1986; Murphy, 1990; Schumacher & Meleis, 1994 como referido por Zagonel, 1999; Meleis, 1997 como referido por Abreu, 2011).

Quanto às transições desenvolvimentais, o foco da enfermagem recai sobre a parentalidade, a adolescência e a menopausa, sendo que o trabalho desenvolvido a este nível se centra quase exclusivamente na perspetiva individual.

A parentalidade é considerada uma transição desenvolvimental, uma vez que ocorre durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, ou seja o nascimento de um filho é considerado um acontecimento que redefine a relação conjugal, previamente, a única existente no núcleo familiar.

As transições situacionais correspondem a situações ao nível dos programas educacionais e a nível profissional. Outros autores centram-se mais nas transições que ocorrem em determinadas situações familiares, por exemplo a saída de um dos membros da família para um lar, ou emigração (Meleis, 2010).

As transições de saúde-doença têm sido muito estudadas, nomeadamente o seu impacto ao nível individual e familiar. Segundo a autora, estas incluem situações onde ocorrem mudanças repentinas de papéis que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença, incorporando as mudanças repentinas e graduais de papéis de saúde para doenças crónicas, mudanças de papéis de doença para saúde, mudanças de paradigma assistencial (de internamento para ambulatório e/ou reabilitação), transição de hospitais psiquiátricos para a comunidade entre outros.

As organizações também podem experimentar transições que afetam a vida das pessoas que ali trabalham assim como as dos seus clientes. Estas representam transições no ambiente e podem ter sido precipitadas por mudanças sociais, políticas, económicas ou mudanças na estrutura ou dinâmica intra-organizacional.

Convém referir que as transições podem não ser exclusivas, são um processo complexo e multifatorial, no qual, múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente, durante um período de tempo, em que fatores pessoais e ambientais, como sentimentos, expectativas, nível de conhecimento e capacidade, nível de planeamento e bem-estar físico e emocional, podem afetar este processo (Meleis, 2010).

Apesar da diversidade das transições, existem propriedades universais que podem ser comuns. Uma destas propriedades reside no facto de as transições serem processos que ocorrem através do tempo, envolvem desenvolvimento, fluxo, ou movimento de um estado para outro. Outra propriedade reside na natureza da mudança que ocorre nas transições. Por exemplo a nível individual e familiar há mudanças na identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento. A nível organizacional ocorrem alterações na estrutura, função ou dinâmica. Estas propriedades ajudam a distinguir as transições das mudanças não transicionais, tendo por exemplo a doença aguda limitada, que, ao contrário da doença crónica e prolongada, não é considerada uma transição (Meleis, 2010).

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduz ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções de Enfermagem que são congruentes com as experiências únicas dos doentes, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição. Foram identificados três tipos de indicadores de transições saudáveis que aparecem como relevantes em todos os tipos de transição: sentido subjetivo de bem-estar, domínio de novos comportamentos, e bem-estar nas relações interpessoais (Meleis, 2010).

É da reflexão sobre estes aspetos que surge o cuidado transacional em enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização dos cuidados. Assim, as intervenções dos enfermeiros deveriam ser planeadas tendo em linha de conta as transições, considerando o tempo, o padrão, o tipo de transição e o tempo da intervenção.

Nesta linha de pensamento Zagonel (1999) afirma que a Enfermagem ao realizar o cuidado baseado num modelo de transição, está a contribuir para o aumento das possibilidades de ajuda à pessoa, não se limitando aos aspetos de doença ou cura. O mais importante no papel do enfermeiro é fornecer suporte à pessoa em transição, auxiliando-a e protegendo-a, para que mantenha o seu equilíbrio e proteja a sua saúde no futuro, criando e favorecendo condições para uma transição saudável.

Assim, os enfermeiros que promovam o cuidado transacional estão a valorizar a pessoa, uma vez que esta é o sujeito da ação de cuidados, não se limitando a

funções, papéis ou tarefas. O cuidado está sempre relacionado, de alguma forma, com cada estágio do desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento, com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. O cuidado transacional surge, então, da compreensão da pessoa como ser holístico, em permanente interação com o meio envolvente, facilitando o cuidado individualizado a cada situação, com foco de atenção na mudança, considerando que as transições estão presentes em todos os momentos da vida das pessoas.

Assim sendo, as terapêuticas de enfermagem visam intervenções que permitem regular e estabilizar algo que está em transição através da proteção e da prestação de cuidados, da estimulação de subsistemas do corpo e por mecanismos externos, com o objetivo de defender, inibir ou facilitar a transição do cliente. A sua aplicação tem como foco o cliente na sua situação de desequilíbrio, mais propriamente, as suas respostas padrão ao stress, de forma a reduzir o nível do mesmo, guiar o cliente na sua defesa e adaptação, de forma a ocorrer um desenvolvimento natural do processo de transição (Meleis, 2007).

Na perspetiva desenvolvimental, apesar da transição para a parentalidade ser considerada um acontecimento normativo que faz parte da vida das famílias, Barata (2013), refere que a fase de gravidez e pós parto são fases geradoras de stress que perturbam o funcionamento familiar, pois acarretam fatores stressantes, sejam eles físicos, psicológicos e/ou financeiros. Logo, perante o nascimento de uma criança há que ter em conta a singularidade de cada casal e o contexto em que o stress é vivenciado por cada família.

1.3. STRESS PARENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR

O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais importantes na vida de um indivíduo, representando para a família uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, comportando-se como uma causa de stress expectável e normativa (crise), constituindo-se como uma transição-chave no ciclo de vida familiar (Relvas & Lourenço, 2001). Ou seja, ao mesmo tempo que é uma satisfação, pela realização pessoal, pelas emoções que permite, é também uma fonte de stress devido às exigências de cuidados e pela obrigatoriedade de uma reorganização individual, conjugal, familiar, profissional e social (Canavarro & Ramos, 2007).

O aspecto e as necessidades de um bebé são misteriosos para os seus pais, todavia há consciencialização de que vão começar a fazer algo que desconhecem totalmente

(Medinas & Santos, 2002) e que pode ser concomitantemente desafiante e estimulante, mas é também causador de ansiedade e stress.

Este stress na óptica de Carver (2010) resulta da experiência de implementar esforços para prevenir ou resolver adversidades e existe quando as pessoas confrontam situações que as põem à prova ou excedem a sua habilidade para os gerir. Os recursos pessoais e psicológicos dos pais, as características das crianças e as fontes contextuais de stress e de suporte são diferentes e determinantes da parentalidade.

Na perspetiva de Albuquerque (1987) o stress faz parte essencial dos mecanismos do ser vivo e surge sempre que uma pessoa tem de se adaptar a uma nova situação. Considera que o stress é frequentemente associado a um resultado negativo de uma agressão ao organismo, o que é um erro, pois este nem sempre tem um efeito negativo.

Patrick (2014 como referido por Cronin, Becher, Christians, Maher & Dibb, 2015) aceita que o stress pode ser definido como “uma experiência emocional negativa acompanhada de mudanças previsíveis bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais que são direccionadas no sentido de alterar o evento stressante ou da acomodação dos seus efeitos” (p. 3), podendo acarretar riscos de saúde (físicos, emocionais e mentais), problemas na relação do casal e mesmo o uso de substâncias, quando o stress é em demasia. Mas, no entanto, por muito que seja considerado como uma experiência emocional negativa, em pequenas porções, o stress promove a longevidade e pode ser positivamente associado com hábitos parentais responsáveis, como a demonstração de sentimentos positivos em relação ao recém-nascido (Epel & Lithgow, 2014; Patrick, 2014 como referido por Cronin et al., 2015).

Também Cronin et al. (2015) apresentam a sua definição de stress como uma experiência inevitável e normal que é sentida quando um indivíduo está inseguro sobre se consegue corresponder às expectativas/ necessidades. Dependendo do contexto, o stress pode ser caracterizado como positivo e condutor de um desenvolvimento saudável, simplesmente tolerável sem efeitos significativos ou tóxicos, induzindo incapacidade física, emocional e mental. Ou seja, estes autores defendem que o stress é definido não necessariamente pela experiência de um indivíduo, mas pelas suas respostas (comportamental, emocional, cognitiva, biológica e interpessoal) a essa experiência. Essa resposta pode diferir de pessoa para pessoa, portanto uma análise do stress requer examinação de ambas, isto é, das causas deste e das respostas às situações experienciadas como stressantes pelo indivíduo.

Em suma, o stress parental é definido como uma reação psicológica opONENTE, face às exigências de ser pai ou mãe e perante o medo de não conseguir responder adequadamente, podendo gerar sentimentos negativos acerca da criança e/ou de si próprio (Deater-Deckard, 2002 como referido por Costa, 2011).

Os sintomas do stress são diversos e variam de indivíduo para indivíduo, manifestando-se maioritariamente a nível comportamental, emocional, cognitivo e por sintomas vegetativos (Silva, 2012). Tendo em conta estes factores, o stress apresenta-se como um destabilizador das funções parentais, uma vez que envolve factores stressantes a nível financeiro, extra familiar, da relação conjugal e relacionados com a própria criança (Holden & Banez, 1996 como referido por Costa, 2011).

Abidin (1992 como referido por Costa, 2011) indica que o stress parental determina o comportamento dos pais (mãe e pai), pois ele depende de uma diversidade de factores, compostos pelas características dos pais, das crianças e do meio, que funcionam como indutores de stress. Também Cronin et al. (2015) corrobora com estas afirmações, dizendo que o stress parental define o stress que os pais vivenciam, não apenas por cuidarem de um filho, mas também devido às circunstâncias sociais, do meio e das responsabilidades da vida diária.

Em 2007 Moura-Ramos e Canavarro concluíram que em alguns estudos os pais relatam menores níveis de stress do que as mães e maior nível de felicidade com o nascimento do filho, uma vez que admitem que as mães sofrem maiores perturbações no seu quotidiano a vários níveis, como no sono, tempo de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, visto que elas se encontram física e psicologicamente mais envolvidas na transição para a parentalidade.

Mais recentemente, através da análise de diversos estudos sobre o stress parental, concluiu-se que o stress parental não apresenta diferenças significativas em função do género dos pais, que a idade das figuras parentais também não o afeta e que quanto maior é o stress do quotidiano maior será o stress parental (Costa, 2011; Silva, 2012); os pais solteiros vivenciam níveis de stress mais elevado em comparação com os casados (Caldwell, Horne, Davidson & Quinn, 2006 como referido por Costa, 2011); a coabitação da criança apenas com um progenitor (ou nos casos de guarda unilateral) gera um nível de stress maior do que quando a criança coabita com os dois progenitores (Szelbracikowski, 2009 como referido por Costa 2011); nos primeiros meses pós-parto a mãe apresenta níveis de stress mais elevados (Lu, 2000 como referido por Costa, 2011); quanto maior for o nível socioeconómico, menor o nível de

stress parental e maior a auto-estima parental (Silva & Aiello, 2009 como referido por Costa, 2011); quanto melhor a relação do casal, menor o nível de stress parental (Siman-Tov & Kaniel, 2010 como referido por Costa, 2011).

Para além das características individuais como a idade, género e saúde física, Cronin et al. (2015) referem que existem factores ecológicos e contextuais, que incluem a localização geográfica, o estatuto socioeconómico, raça e etnicidade, que têm impacto no nível do stress e ameaçam a saúde física e mental dos pais. Os mesmos autores afirmam que, circunstâncias sociais como violência na vizinhança, instabilidade do lar assim como dificuldades económicas têm sido relacionadas, por vários investigadores, com o stress parental.

Já em 2009 Gomez e Leal expuseram os primeiros estudos sobre stress parental, onde atribuíam a causa a condições extremas, como más condições económicas ou problemas com o recém-nascido. Apesar de na maioria das vezes a pressão económica estar associada a uma influência negativa nos pais e no bem-estar das crianças, Cronin et al. (2015) defendem que esta mesma pressão demonstrou ter incrementado os sintomas de ansiedade que estão positivamente associados com pais mais sensibilizados para a tarefa, levando a um aumento da vigilância e atenção para as necessidades da criança. Alguém que está preocupado em corresponder às suas responsabilidades económicas pode também estar recetivo e inclinado a preocupar-se com as suas outras responsabilidades, como a parentalidade. Logo, os mesmos autores defendem que, apesar da pressão económica poder ter efeitos diversos na parentalidade, a ansiedade mínima relacionada com stress económico está associada com um papel de progenitor mais sensetivo e responsável.

De uma forma geral considera-se que existem diferenças individuais na parentalidade e no stress parental, pois as experiências de parentalidade são sentidas individualmente pelo pai e pela mãe. Na perspetiva de Widarsson et al. (2013) os pais que trabalharem em conjunto os seus papéis parentais, adotarem um casamento funcional e cooperarem na sua relação reduzem o stress parental e ainda melhoram a sua eficácia parental.

Segundo os estudos de Lopes, Dixe e Catarino (2010), concluiu-se que no cuidado à criança, os fatores causadores de stress para as mães foram fatores relacionados com a criança, ou seja, problemas de saúde, comportamento da criança, respostas às necessidades básicas da criança e o seu choro. Para os pais, as dificuldades foram encontradas no desempenho do papel parental, na resposta às necessidades básicas da criança e o seu choro. De uma forma geral o desempenho do papel parental a

interpretação e a resposta ao choro, a amamentação e a falta de experiência para cuidar foram as subcategorias onde se verificaram mais dificuldades para os pais e os levaram a pedir apoio.

No entanto, há que considerar que existem diferenças individuais na parentalidade e no stress parental, pois as experiências de parentalidade são sentidas individualmente pelo pai e pela mãe.

Um mediador entre stress e saúde é apontado por Widarsson et al. (2013) como o sentido de coerência (SOC), que envolve a capacidade de compreensão, de gestão e de valorização. Deste modo, relacionaram o stress parental com um baixo SOC e defende que os indivíduos com um elevado SOC, gerem com maior eficácia o stress do que aqueles que apresentam um baixo SOC. Afirmam ainda que um baixo SOC está associado a classes sociais mais baixas.

Para lidar com dificuldades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress, os indivíduos utilizam o *coping*, ou seja, utilizam um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais (Lazarus & Folkman, 1984 como referido por Lopes, Dixe & Catarino, 2010).

O *coping* como estratégia de gestão de stress

Perante uma mesma situação as famílias podem adotar diferentes mecanismos de *coping*, consoante o significado que elas atribuem a um acontecimento indutor de stress, podendo estes mecanismos serem adequados ou inadequados, levando respetivamente à superação ou à dificuldade em superar a crise, sendo este facto designado por Serra (1999) como perceção familiar.

A capacidade da família, perante situações adversas, de recuperar e desenvolver-se ao invés de se imobilizar é definida por Boss (2002 como referido por Canavarro & Pedrosa, 2005) como resiliência familiar. Na inevitabilidade de no ciclo de vida a família se deparar com situações indutoras de stress, a sua capacidade de reorganização perante essas situações é avaliada pelas estratégias de *coping* mobilizadas e pela resiliência (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Folkman e Lazarus (1980 como referido por Lopes, Dixe & Catarino, 2010) apontam um modelo que divide o *coping* em duas classes funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O *coping* focalizado na emoção tem a função de reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress e é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress. Este é

empregue em situações avaliadas como inalteráveis. O *coping* focalizado no problema, tem a função de alterar o problema existente, consistindo num esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. Tende a ser utilizado em situações avaliadas como modificáveis.

Cronin et al. (2015) também nos apresentam duas categorias de estratégias de *coping* associadas com o stress reduzido nos pais: controlo de *coping* primário e secundário.

Coping primário inclui esforços intencionais para gerir uma situação stressante como por exemplo, fazer uma pausa para respirar fundo, e gestão de emoções difíceis (regulação emocional). Pais que usam técnicas de resolução de problemas experienciam menos stress parental.

Coping secundário envolve a adaptação por si a uma situação stressante através de meios como a aceitação, reestruturação cognitiva e pensamento positivo. Exemplos de estratégias de *coping* secundário abarcam a identificação de algo positivo numa dada situação, fazendo uma reformulação num evento stressante para parecer mais positivo, procurando o conforto e compreensão dos outros. Há crescente evidência de que o uso de “*reframing*” positivo de eventos potencialmente traumáticos e stressantes possa ser uma das poucas estratégias de *coping* efetivas sob condições extremas, onde é muito difícil agir diretamente para reduzir o impacto de um agente stressante.

Pintos e Silva et al. (2005 como referido por Costa, 2011) falam ainda de outro *coping*, a estratégia de interação social, dependendo esta dos recursos pessoais e sociais de cada indivíduo e da disponibilidade dos mesmos para o auxiliar em caso de necessidade. Funciona como um comportamento de apoio, que é tanto mais eficaz quanto maior for a empatia e a perceção da mesma pelo indivíduo, que o ajuda a enfrentar o problema e a sentir-se compreendido.

Na mesma linha de pensamento Cronin et al. (2015) apresentam-nos o Modelo de Stress de Lazarus. É um modelo clássico de stress que sublinha a experiência do stress. Este modelo identifica quatro aspetos distintos do stress parental, sendo eles:

- 1- Agente do stress (a pessoa ou coisa que instiga o stress) pode ser qualquer coisa que um pai perceceione como uma exigência difícil de satisfazer (Patnaik, 2014 como referido por Cronin et al., 2015). A tentativa de equilibrar a vida familiar com o trabalho, as exigências económicas, a saúde, pode ser difícil para os pais e, assim, todos estes agentes se tornam um agente stressante;
- 2- Interpretação do stress (pode variar entre positivo e negativo) é a consideração, estimativa que cada progenitor atribui ao stress. A avaliação que cada progenitor

faz dos eventos causadores de stress depende das variáveis do meio e da própria pessoa;

- 3- Mecanismos de *coping* (lidar com o comportamento) são utilizados de acordo com a consideração que cada progenitor atribui ao stress e depende de cada situação. O *coping* pode ser adaptativo quando uma circunstância é considerada tolerável e pode ser um *coping* desadaptado, mal conseguido ou disruptivo quando esta é considerada aterradora;
- 4- Reação ao stress (reação no momento) é o resultado do processo de experimentação de um evento stressante com a avaliação do mesmo e acontece quando os mecanismos de *coping* são exibidos. Ou seja, é a forma como o progenitor sente e age em resposta ao evento causador de stress. O comportamento exposto pelo progenitor em resposta ao stress, traduz o que ele sente no momento e também no futuro, estas reações têm impacto na forma como o progenitor age e sente determinada situação, mas também podem ter outras implicações na vida do mesmo.

Em suma pode dizer-se que o Modelo de Stress de Lazarus é por natureza transacional, pois existem interações entre cada passo do processo. Ou seja, a forma como cada progenitor caracteriza um agente de stress não impõe automaticamente o mecanismo de *coping* a utilizar, o próprio *coping* pode ser responsável por modificar a identificação atribuída ao stress (Cronin et al., 2015).

Folkman e Lazarus (1988 como referido por Cronin et al., 2015) consideram a complexidade dos indivíduos e o contexto no qual estes experienciam o stress, “cada encontro, mesmo o mais simples, é usualmente complexo e contém múltiplas facetas e implicações para o bem-estar” (p. 7), ou seja, o stress é uma experiência complexa e multi-facetada afetada por cada passo do modelo de Lazarus, caracterizado pela nossa personalidade e pelo que está a acontecer no meio que nos rodeia.

Como conclusão dos seus estudos Gomez e Leal (2009) referem que os pais beneficiariam com programas preventivos, antes do nascimento, de modo a favorecer o bem-estar individual e o desenvolvimento da criança, prevendo possíveis fatores de stress e encontrando intervenções familiares que os ajudassem a lidar com as dificuldades. Anteriormente, já Folkman e Moskowitz (2004 como referido por Lopes, Dixe & Catarino, 2010) propunham um *coping* preventivo e proactivo que acautelasse a resolução da situação de stress de modo a serem incluídas medidas educacionais de forma a capacitar os indivíduos a gerirem e/ou reduzirem o impacto das situações desfavoráveis e maximizarem as oportunidades para o ganho com a experiência.

Algumas estratégias de intervenção efetivas que promovem o desenvolvimento de técnicas saudáveis de *coping* são apontadas por Cronin et al. (2015) e incluem:

- o ensino de práticas parentais saudáveis, através de programas de educação para pais que também forneçam conexões a outros pais e a criação de comunidades;
- o ensino de estratégias de *coping* específicas, estratégias saudáveis de *coping* parental estão associadas com aptidões sociais positivas nas crianças. Wadsworth et al. (2013 como referido por Cronin et al., 2015) ilustraram que quer o controlo de *coping* primário como o secundário reduziram os efeitos negativos da problemática económica nos comportamentos parentais. *Coping* saudável reduz os sintomas depressivos parentais e as interações negativas pais-criança, o que em conjunto diminui os problemas de internalização e externalização da criança;
- tratar da família como uma unidade, Kiser et al. (2015 como referido por Cronin et al., 2015), trataram famílias que experienciaram acontecimentos traumáticos e descobriram que o ensino de estratégias positivas de *coping* a ambos (pais e criança) diminuiu o stress pós-traumático na criança e aumentou o funcionamento adaptado da família. Depois de aprenderem técnicas de gestão de stress e comunicação, os pais reportaram uma diminuição no stress parental e no comportamento problemático da criança, como sintomas depressivos e a utilização da mentira.

Trabalhar com todos os membros da família e tratar a família como uma unidade traduz-se numa redução significativa do stress para os pais e para as crianças.

Os estudos de Lopes, Dixe & Catarino (2010) evidenciam que os profissionais de saúde são os mais procurados como recurso de *coping* dos pais, logo estes devem estar capacitados para o planeamento de ações educativas de modo a munir os pais de estratégias de *coping* adequadas a cada situação.

É de salientar que a participação dos pais em grupos de preparação para a parentalidade é um fator adjuvante para a redução do stress no período pós-parto, principalmente nas mães primíparas (Matthey et al., 2004 como referido por Mendes, 2009).

1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR NO PAPEL PARENTAL

O apoio e orientação do enfermeiro no período pós-parto são incontornáveis, uma vez que os pais vivenciam uma nova fase nas suas vidas, com inúmeros desafios e experiências que solicitam uma nova reorganização pessoal e familiar.

Na transição para a parentalidade, situação em que as exigências e o stress são elevados, a rede de suporte social e a qualidade das relações significativas são fundamentais para garantir a qualidade de cuidados à mãe, ao pai, ao recém-nascido e à família (Mendes, 2009).

Nos estudos realizados por Moreira (2001 como referido por Costa, 2011) na relação do stress com outros fatores, à medida que aumenta o suporte social verifica-se que os níveis de stress diminuem, sendo este percebido de forma diferente conforme o género da figura parental. Verificou assim que, comparativamente às mães, os pais têm uma melhor perceção do suporte social, logo a figura paterna apresenta-se menos stressada.

No que diz respeito aos profissionais de saúde a literatura aponta para uma desvalorização por parte destes profissionais do período pós-parto, pois consideram esta fase como passageira, sem grandes riscos e/ou problemas (Shimo & Nakamo como referido por Prazeres & Castro, 2000). Talvez devido a este facto os cuidados de saúde não satisfazem as necessidades e expectativas dos pais referentes aos cuidados com o bebé, à fragilidade física da mãe, à inexperiência e insegurança a cuidar do bebé. Tendo sido estas as grandes dificuldades enumeradas pelos pais nos estudos de Mendes (2009).

Como é evidente, nesta fase, a relação que se estabelece entre a família e os profissionais de saúde deve fomentar a confiança, o apoio e o desenvolvimento, o que certamente ajudará os pais a lidar com a transição que vivenciam.

A resolução do stress parental reveste-se assim de grande importância uma vez que este sentimento de insegurança pode ser transmitido, ainda que de forma involuntária ao bebé (Deater-Deckard, 2002 como referido por Costa, 2011). Como verificaram os autores Silva e Aiello (2009 como referido por Costa, 2011), existe uma correlação não favorável entre o stress parental e o ambiente onde a criança cresce. Ou seja, quanto mais stressados forem os pais, pior o ambiente oferecido por estes às crianças. Pais que vivem em contextos sociais com maior stress são mais vulneráveis aos efeitos negativos do stress parental, particularmente nas suas práticas de parentalidade (Cronin et al., 2015). Estes mesmos autores revelam que a adversidade financeira

pode levar a práticas parentais menos corretas, que estão relacionadas com o aumento dos problemas comportamentais das crianças, o que por sua vez desencadeia o aumento do stress parental.

Os autores Garcia, Marín e Currea (2006 como referido por Costa, 2011) apuraram também que a vulnerabilidade a problemas de exteriorização, a ansiedade e a depressão das crianças são induzidas pelo stress parental, observando-se posteriormente condutas agressivas. Logo à que ter em conta o “*background*” cultural e contextual no qual os pais estão inseridos, pois este é crucial para intervenções bem sucedidas (Cronin et al., 2015).

A parentalidade, além de assegurar a satisfação das necessidades da criança, deve ser fonte de gratificação psicológica e proporcionar aos pais crescimento e realização pessoal (Roque, 2013), logo é fundamental que se ajude os pais a abordar a parentalidade de uma forma realista e a serem pessoas ao mesmo tempo que são pais. Os profissionais de saúde poderão ter um papel fundamental no ajustamento parental no pós-parto, se facilitarem a compreensão do desenvolvimento do bebé, se promoverem a aprendizagem parental, potencializando o seu desenvolvimento e se apoiarem os pais a empreenderem o seu papel. (Lopes, Dixe & Catarino, 2010).

Assim sendo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO), surge em lugar primordial e com um papel fundamental como mediador na transição para a parentalidade. O apoio e a orientação do enfermeiro EESMO no período pós-parto são incontornáveis, uma vez que os pais vivenciam uma nova fase nas suas vidas, com inúmeros desafios e experiências que solicitam uma nova reorganização pessoal e familiar. Deste modo, entre os profissionais de saúde, o enfermeiro é reconhecido como elemento facilitador/mediador da informação/formação dos pais no seu ajustamento para a parentalidade no pós-parto. (Mendes, 2009)

Num estudo realizado por Smart e Hiscock (2007) com pais de crianças de 2 semanas a 7 meses e para responder aos problemas de comportamento, do sono e do choro da criança identificaram que a procura de apoio e informação foram as estratégias que os pais mais mencionaram para gerir a situação. Os recursos de apoio foram os profissionais da área da saúde, da parentalidade, familiares e livros. O profissional mais procurado foi a enfermeira de saúde infantil e materna.

Também na nossa experiência profissional, ao trabalhar num serviço de puerpério, corroboramos estas afirmações pois inúmeras vezes os pais manifestam o sentimento de como seria bom que a enfermeira fosse com eles para casa após a alta; quando chegam a casa após a alta ligam para o serviço de puerpério para esclarecer dúvidas

ou ainda para sentirem apenas que não estão desamparados em casa. Deste modo parece-nos inevitável concluir que o profissional de saúde da área de saúde materna funciona como um importante mediador na transição para a parentalidade e em consequência como facilitador de estratégias de redução/gestão do stress parental.

Nesta linha de pensamento Silva e Carneiro (2014) apresentam-nos no seu estudo sobre a adaptação à parentalidade o que os pais esperam do enfermeiro: a mulher espera o acompanhamento e orientação, enquanto o elemento masculino do casal deseja poder envolver-se mais neste processo, pois considera que a mãe e o recém-nascido assumem um papel central enquanto o seu é apenas acessório.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (2011), de forma a potenciar a saúde da mulher e família nesta fase de transição e adaptação à parentalidade, cabe ao enfermeiro:

- ✓ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional;
 - ✓ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - ✓ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - ✓ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal.
- (p.8662)

Deste modo, o enfermeiro EESMO deve possuir um conjunto de competências por forma a responder a todas estas responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem.

Logo, é imprescindível, compreender o modo como os pais vivenciam e se adaptam à parentalidade, assim como o que influencia essa transição para que os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros EESMO, possam adquirir conhecimentos e competências para atuarem nesse sentido, a fim de facilitar o sucesso deste processo, pois como conclui Santos (2011) os conhecimentos e habilidades adquiridos pelos pais durante a gravidez e na sua curta estadia na maternidade não permitem o esclarecimento de todas as suas dúvidas, nem proporciona a aquisição de todas as habilidades necessárias à prestação de cuidados adequados ao recém-nascido permitindo a continuidade de um desenvolvimento saudável.

Ser pai e ser mãe, além de todas as vicissitudes que este papel acarreta, é a máxima satisfação e realização na vida do ser humano.

“Criar uma família implica alguns reajustes. Mas o amor ultrapassa todos os obstáculos.” (Bayle, 2005, p. 343)

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Nesta fase, o investigador, de acordo com os objetivos do seu estudo, vai determinar a maneira de proceder para realizar a investigação, “define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados” (Fortin, 2009, p. 53).

2.1. TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (2009), o investigador ao escolher uma metodologia particular de investigação, “adapta uma visão do mundo e um fundamento filosófico”. (p.19)

O método de investigação utilizado é o método quantitativo do tipo descritivo-correlacional, com o desenho transversal, de nível II, uma vez que se pretende medir e relacionar variáveis e obter resultados numéricos de modo a poder generalizá-los a outros contextos e populações. Fortin (2009) refere que, a investigação quantitativa baseia-se na crença que o estudo do ser humano compartimentalizado é mais importante do que o estudo do todo. Com isto, conclui-se que os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis e ao predizermos e conferirmos estes fenómenos baseamo-nos numa corrente positivista, onde a objectividade, a predição, o controlo e a generalização definem a metodologia quantitativa.

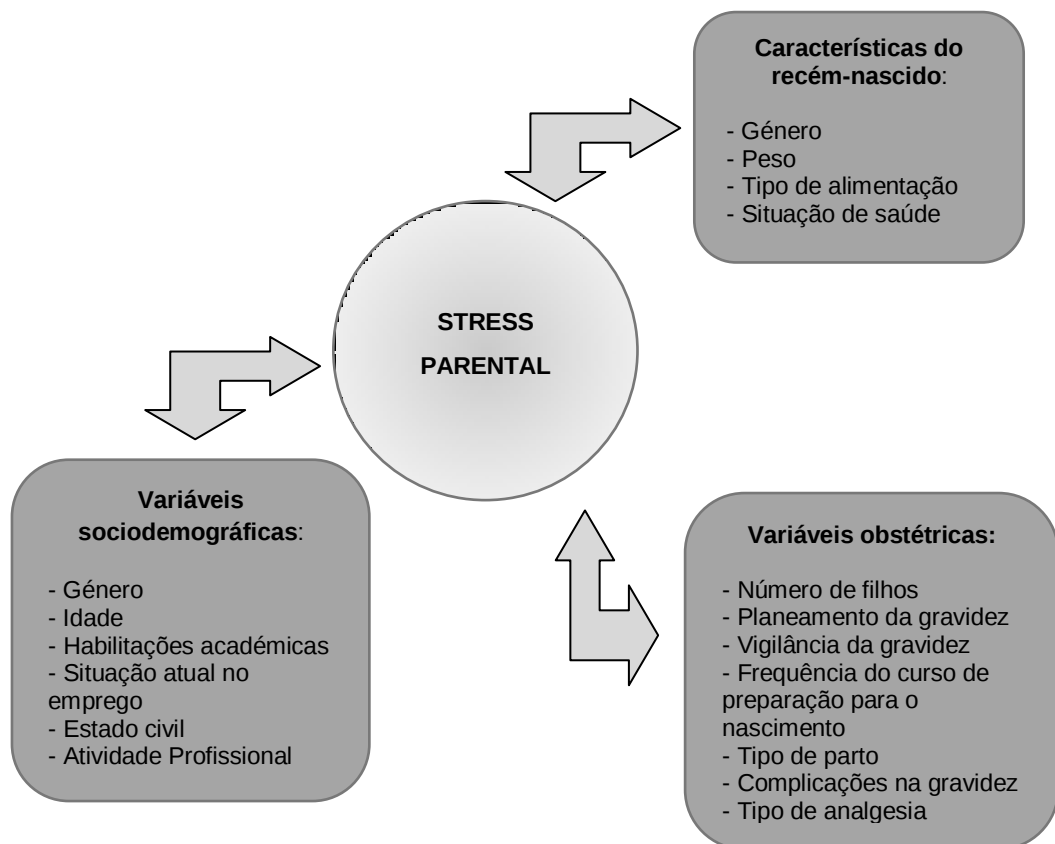


Figura 1 – Desenho de investigação

2.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos de uma investigação são aquilo a que o investigador gostaria de responder (Polit & Hungler, 1995). Têm o propósito de orientar a investigação a fim de obter a informação desejada (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), o objetivo do estudo "... especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação". (p.160)

Os objetivos definidos para este estudo são:

- ✓ Analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas dos pais (mãe e pai) e características do recém-nascido no nível de stress parental.
- ✓ Avaliar o nível de stress parental em ambos os pais nas primeiras 6 semanas após o parto.

2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são enunciados interrogativos, escritos no presente. São mais específicas que os objetivos, orientando o investigador a encontrar as respostas da investigação. Ou seja, "as questões decorrem diretamente do objetivo e indicam o que o investigador quer obter como informação" (Fortin, 2009, p.164).

Para este estudo elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

Q₁ "Qual o nível de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai) às 6 semanas após o parto?"

Q₂ "Será que as variáveis sociodemográficas dos pais (mãe e pai) influenciam o nível de stress parental após o nascimento do seu filho?"

Q₃ "Será que as variáveis obstétricas influenciam o nível de stress parental após o nascimento do seu filho?"

Q₄ "Será que as características do recém-nascido influenciam o nível de stress parental?"

2.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese é uma previsão experimental sobre a relação entre duas ou mais variáveis, traduzindo o enunciado do problema para uma previsão clara dos resultados

esperados, estando sujeita à aferição empírica através da recolha e análise de dados (Polit & Hungler, 1995). Segundo Fortin (2009), “a hipótese estabelece uma ligação de associação ou de causalidade entre variáveis e é objeto de uma verificação empírica”. (p.47)

Deste modo, através da revisão da literatura anteriormente apresentada, surgiram as seguintes hipóteses:

H₁ A idade influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₂ O género influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₃ As habilitações académicas influenciam o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₄ A sua situação atual no emprego influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₅ O número de filhos influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₆ O planeamento da gravidez influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₇ A frequência do curso de preparação para o nascimento influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai);

H₈ O tipo de parto influencia o índice de stress parental descrito pela mãe;

H₉ O peso de nascimento do bebé influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai).

2.5. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Uma variável é um conceito mensurável. Segundo Fortin (2009) “corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico.” (p. 48) De acordo com a sua utilização na investigação as variáveis são classificadas de diferentes maneiras, podendo ser variáveis: dependente, independente, atributo e estranha.

Variável Dependente

É a variável que sofre o efeito da variável independente e produz um resultado (Fortin, 2009). É a “variável de resultado que interessa ao investigador” (Polit & Hungler, 1995, p.373).

Neste estudo a variável dependente é o “stress parental” descrito pelos pais, que é avaliado pela Escala de Stress Parental de Maria de Lurdes Mixão, Isabel Leal e João Maroco (2007).

Stress Parental

Não sendo esta variável diretamente observável, foi necessário torná-la mensurável, para tal utilizámos a Escala de Stress Parental de Maria de Lurdes Mixão, Isabel Leal e João Maroco criada em 2007, cuja utilização foi autorizada via e-mail pela autora responsável, Isabel Leal.

Esta escala foi desenvolvida a partir da “Parental Stress Scale” (PSS) de J. O. Berry e W.H. Jones (1995) é uma escala constituída por 17 itens de Likert, que pretende medir níveis de stress experimentados pelos pais, através de questões relacionadas com a satisfação no seu desempenho como pais, nas preocupações e dificuldades que o papel parental está a suscitar assim como as emoções que este papel acarreta (Leal & Maroco 2010).

Os autores Leal e Maroco (2010) referem que a Escala de Stress Parental pode ser aplicada tanto ao pai como à mãe, e, a pais de crianças com ou sem problemas. No nosso caso, aplicámos a escala ao pai e à mãe tendo por base a relação que estão a desenvolver com o seu filho recém-nascido, atribuindo a cada um dos 17 itens uma pontuação de 1 a 5 consoante o nível de concordância ou discordância, assinalando uma das 5 possibilidades: *Discordo totalmente* (1), *Discordo* (2), *Indeciso* (3), *Concordo* (4) e *Concordo Totalmente* (5).

Para esta escala os autores definiram quatro dimensões: *Preocupações Parentais*, *Satisfação*, *Falta de Controlo* e *Medos e Angústias*, que podem também ser designadas por fatores, aos quais correspondem os diferentes itens, sendo que:

- ao Fator I – *Preocupações Parentais*, correspondem os itens 8, 9, 10, 11 e 12;
- ao Fator II – *Satisfação*, correspondem os itens 2, 5, 6, 7 e 17;
- ao Fator III – *Falta de Controlo*, correspondem os itens: 1, 13, 14, 15 e 16;
- ao Fator IV – *Medos e Angústias*, correspondem os itens: 3 e 4.

Para obter a cotação da escala os itens são pontuados de acordo com os níveis de stress ou sentimentos negativos, pelo que, os itens 1, 2, 5, 6, 7, 16 e 17 formulados na positiva devem ser invertidos aquando da sua pontuação. O somatório da escala pode variar entre 17 e 85, e os resultados são categorizados em 3 intervalos onde:

- o intervalo de 17 a 42 corresponde à categoria de baixos níveis de stress parental,
- o intervalo de 43 a 66 corresponde à de níveis intermédios de stress parental e
- o intervalo de 67 a 85 à categoria de elevados níveis de stress parental (Leal & Maroco, 2010).

Variável Independente

É introduzida num estudo com a função de medir o efeito que ela produz na variável dependente (Fortin, 2009). É aquela que é manipulada (Polit & Hungler, 1995).

Neste estudo consideram-se variáveis independentes tanto para a mãe como para o pai:

- ✓ Idade;
- ✓ Género;
- ✓ Habilitações académicas;
- ✓ Situação atual no emprego;
- ✓ Número de filhos;
- ✓ Planeamento da gravidez;
- ✓ Frequência do curso de preparação para o nascimento;
- ✓ Tipo de parto;
- ✓ Peso de nascimento do recém-nascido.

Idade

A idade materna/paterna trata-se de uma variável quantitativa contínua, avaliada através de uma pergunta aberta e medida em anos, ou seja, corresponde aos anos que a mãe/pai apresentam na altura da colaboração neste estudo. O ano é uma unidade de tempo igual a 365 dias e a idade é contabilizada no tempo desde que a pessoa nasceu até à data atual.

De modo a facilitar a caracterização da amostra em estudo estabelecemos as seguintes categorias:

- Inferior a 20 anos;
- De 20 a 24 anos;
- De 25 a 29 anos;
- De 30 a 34 anos;
- De 35 a 39 anos;
- 40 anos ou superior.

Género

Refere-se à identidade de uma pessoa de acordo com a sua morfologia e as suas diferenças sociais, podendo dividir-se em feminino/mulher ou masculino/homem.

Neste caso é uma variável dicotómica em que o feminino respondia ao questionário intitulado “Mãe” e o masculino respondia ao questionário intitulado “Pai”.

Habilitações académicas

É a expressão habitualmente utilizada para designar o grau de classificação académica obtido através da escolaridade.

Constitui uma variável qualitativa ordinal, dividida em seis categorias:

- 1º Ciclo (1º - 4º anos de escolaridade);
- 2º Ciclo (5º - 6º anos de escolaridade);
- 3º Ciclo (7º - 9º anos de escolaridade);
- Ensino secundário;
- Ensino superior;
- Não sabe ler nem escrever.

Situação profissional

Constitui uma variável qualitativa nominal, avaliada através de uma questão fechada dividida em quatro categorias:

- Empregado(a);
- Desempregado(a);

- Doméstico(a);
- Reformado(a).

Esta questão era ainda complementada com uma questão aberta para os pais (mãe e pai) descreverem a sua actividade profissional.

Planeamento da gravidez

Constitui uma variável nominal dicotómica: sim ou não, ou seja, a gravidez foi planeada ou não foi planeada pelos pais (mãe e pai).

Frequência do curso de preparação para o nascimento

Constitui uma variável qualitativa e nominal dicotómica operacionalizada em duas categorias: sim ou não, isto é, se os pais frequentaram ou não frequentaram um curso de preparação para o nascimento.

Tipo de parto

Foi elaborada uma questão fechada com 4 hipóteses de resposta:

- Parto normal;
- Parto com ventosa;
- Parto com fórceps;
- Parto por cesariana.

Peso de nascimento do recém-nascido

Constitui uma variável quantitativa contínua avaliada através de uma questão de resposta aberta em que os participantes colocavam o peso do recém-nascido em gramas na altura do seu nascimento.

De modo a facilitar a caracterização da amostra em estudo, operacionalizámos as seguintes categorias:

- Inferior a 2000 gramas;
- De 2000 a 2499 gramas;
- De 2500 a 2999 gramas;
- De 3000 a 3499 gramas;
- 3500 gramas ou superior.

Variáveis Atributo

São as características observadas e mensuradas pelo investigador, preexistentes no sujeito que está a ser investigado (Polit & Hungler, 1995). Segundo Fortin (2009) “é uma característica própria do participante numa investigação”. (p.579)

Para uma melhor caracterização sociodemográfica da amostra mãe/pai incluímos as seguintes variáveis: estado civil, atividade profissional e o número de filhos. Para a caracterização das mães incluímos ainda a parte obstétrica: complicações na gravidez, vigilância da gravidez e tipo de analgesia. Nos recém-nascidos considerámos: o sexo, o tipo de alimentação e a situação de saúde do recém-nascido.

Estado civil

Constitui uma variável qualitativa nominal, avaliada através de uma pergunta fechada com 4 opções de resposta:

- Solteira(o);
- Casada(o)/ União de facto;
- Divorciada(o)/ Separada(o);
- Outra.

Atividade Profissional

Nesta variável qualitativa nominal, foi utilizada uma questão aberta para a sua avaliação, onde os participantes descreviam a sua profissão. Para facilitar a caracterização da amostra, dividimo-las de acordo com as suas especificidades por 10 grandes grupos descritos na Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (2011):

- Grande Grupo 0 – Profissões das Forças Armadas;
- Grande Grupo 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- Grande Grupo 2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- Grande Grupo 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio;
- Grande Grupo 4 – Pessoal administrativo;
- Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- Grande Grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- Grande Grupo 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;

- Grande Grupo 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem;
- Grande Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados.

Acrescentou-se ainda um décimo grupo, constituído pelos “Desempregados/Estudantes”, para conseguirmos incluir todas as situações da amostra.

Número de filhos

Refere-se ao número de filhos que cada pessoa tem e/ou teve.

Constitui uma variável nominal com duas opções de resposta: 1º filho ou 2º ou mais filhos.

Complicações ocorridas na gravidez

Para responder a esta variável foi colocada a questão fechada “a gravidez decorreu” com duas opções de resposta: sem complicações ou com complicações.

Vigilância da gravidez

Para uma caracterização da amostra mais pormenorizada, colocamos uma questão fechada onde as mães nos respondiam onde fizeram a sua vigilância da gravidez, podendo escolher mais do que uma opção, sendo elas:

- Não vigiada;
- Centro de saúde;
- Maternidade;
- Consultório privado.

Tipo de analgesia (anestesia)

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada com três opções de resposta:

- Analgesia epidural;
- Analgesia sistémica (sedação);
- Nenhuma.

Sexo do recém-nascido

Constitui uma variável nominal dicotómica: feminino ou masculino.

Tipo de alimentação

Refere-se ao modo como os pais estão a alimentar o recém-nascido na altura em que responderam ao questionário.

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão com três possibilidades de resposta:

- Exclusivamente ao peito;
- Ao peito com leite adaptado;
- Só leite adaptado.

Situação de saúde do recém-nascido

Constitui uma variável nominal com três categorias de resposta:

- Sem problemas de saúde;
- Com algum problema de saúde;
- Com muitos problemas de saúde.

2.6. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população consiste num conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos, objetos) que possuem características comuns e que foram delineadas como critérios de inclusão para determinado estudo (Kerlinger & Lee, 1999 como referido por Fortin, 2009). Segundo Fortin (2009) “a definição da população permite delimitar com precisão o tema de estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupos homogéneos”. (p. 70)

A população que esteve na base do presente estudo foi constituída por pais, mães e recém-nascidos que estiveram internados numa maternidade pertencente à região centro de Portugal.

Como nem sempre é possível estudar uma população inteira, o investigador tira uma amostra da população, sendo esta representativa da mesma. Logo, segundo Fortin (2009) a amostra é “a fração da população que constitui o objeto de estudo. Ela corresponde em menor dimensão à população” (p. 312) e informa-nos sobre as características da mesma.

Neste estudo o processo de seleção da amostra caracteriza-se por ser do tipo não probabilístico, por seleção acidental, uma vez que nem todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem escolhidos para formar a amostra,

pois têm de obedecer aos critérios de inclusão e exclusão, encontrando-se facilmente acessíveis num determinado local e no momento certo.

A amostra deste estudo será constituída por 154 sujeitos, que contemplam 77 pais, 77 mães e ainda 77 recém-nascidos, às 6 semanas pós-parto, que estiveram internados na maternidade de uma zona da região centro de Portugal, que aceitaram participar no estudo após explicada a natureza e objetivos do mesmo, sendo efetuado posteriormente o pedido de consentimento informado.

Como referimos anteriormente o recrutamento dos elementos do estudo foi efetuado no internamento de uma maternidade da região centro, no período entre Fevereiro de 2016 e Maio de 2016.

Com vista a obter uma maior homogeneidade da amostra foram definidos critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão correspondem às características essenciais que desejamos que estejam presentes nos elementos da amostra. Os critérios de exclusão determinam as características dos elementos que não são pretendidos como parte da amostra.

Critérios de inclusão:

- Ser mãe/pai de um recém-nascido com 6 semanas pós-parto;
- Parto de feto único;
- Primíparas e multíparas;
- Participar voluntariamente na investigação;
- Perceber bem, falar e escrever a língua portuguesa;
- Ter capacidade de responder de forma escrita ao instrumento de avaliação.

Critérios de exclusão:

- Ser mãe/pai de uma criança com doença crónica;
- Puérperas de parto gemelar;
- Pais com doença do foro mental/psiquiátrico;
- Não perceber, falar ou escrever a língua portuguesa;
- Pais que não aceitaram participar no estudo.

2.7. INSTRUMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS

Consiste no elemento ou técnica que um pesquisador utiliza para recolher os dados, pois os conceitos de interesse do investigador necessitam de ser traduzidos em fenómenos que possam ser registados e mensurados (Polit & Hungler, 1995).

Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001) o instrumento para a recolha de dados deve ser objetivo, uma vez que os dados não devem ser influenciados por quem recolhe a informação e sistemáticos, querendo dizer que os dados devem ser recolhido de igual forma a todos os participantes. Estes mesmos autores afirmam que estes instrumentos “são operações identificáveis e repetíveis que definem as principais variáveis que estão a ser estudadas.” (p. 175)

Existem diversos instrumentos para a recolha de dados, logo cabe ao investigador escolher o seu método de acordo com o problema que está a ser estudado, a natureza dos sujeitos da pesquisa e os custos e benefícios de cada método, ou seja, o investigador deve ter em conta o nível de investigação, o tipo de fenómeno ou de variável e os instrumentos disponíveis mais convenientes para responderem às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009).

Neste estudo considerámos que o melhor método para a recolha de dados seria o questionário, uma vez que este pode ser auto-administrado, é um meio rápido e pouco dispendioso que permite recolher dados junto de um grande número de pessoas, é anónimo e não necessita da presença do investigador.

Foi aplicado um questionário ao Pai e outro à Mãe, constituído por questões abertas, fechadas e mistas, de resposta única e múltipla, que estava dividido em duas partes. No questionário do Pai a primeira parte continha sete questões iniciais que nos permitiam recolher informação sociodemográfica e de seguida apresentavam-se mais quatro questões relativas ao planeamento e aceitação da gravidez, frequência do curso de preparação para o nascimento e à obtenção ou não de apoio à paternidade (APÊNDICE IV). No questionário da mãe, além destas questões, constavam ainda quatro questões relativas aos dados obstétricos da mesma e cinco questões referentes ao recém-nascido (APÊNDICE III).

A segunda parte era constituída pela Escala de Stress Parental (Mixão, Leal & Maroco, 2007), com a qual pretendíamos determinar o nível de stress parental manifestado pelos pais após o nascimento do seu filho, a qual já foi apresentada anteriormente neste capítulo e que consta dos anexos (ANEXO II).

Para avaliar a consistência interna global da escala aplicada, Escala de Stress Parental, calculámos o coeficiente *alpha* de Cronbach, o qual mede a correlação entre cada item da escala e os restantes que pertencem ao mesmo universo. O valor do coeficiente varia de 0,00 a 1,00; o valor mais elevado indica uma maior consistência interna (Fortin,1999). Através da Tabela 1, podemos verificar que neste estudo, os valores obtidos comprovam que a escala apresenta uma boa consistência interna para ambos os pais (0,838), assim como para as suas dimensões Preocupações Parentais (0,779), Satisfação (0,744), enquanto nas dimensões Falta de Controlo (0,693), Medos e Angústias (0,660) os valores se apresentam um pouco inferiores ao desejável, sendo de ressaltar que a dimensão Medos e Angústias é constituída apenas por dois itens o que justifica o valor obtido. Para o grupo das mães (0,817) e para o grupo dos pais (0,854) separadamente a consistência interna revela-se boa. Para estudos de natureza exploratória, a maioria dos autores considera que valores para *alpha* superiores a 0,70 são reveladores de uma boa consistência interna.

Após exposição e entendimento do tema em estudo, os pais (mãe e pai) eram convidados a participar no mesmo; aos que acedessem eram entregues os questionários da mãe e do pai, juntamente com um envelope selado e endereçado ao investigador e explicada a maneira a proceder posteriormente. Deste modo, ambos eram convidados a preencher o questionário decorridas seis semanas após o parto, devendo depois este ser reenviado ao investigador. Sete semanas após o parto eram contactados via telefone, após a sua prévia autorização, de modo a serem lembrados a preencherem e reenviarem os respetivos questionários.

Tabela 1 – Coeficiente *alpha* de Cronbach para a Escala de Stress Parental

	Mães n = 77	Pais n = 77	Escala de Stress Parental n = 154
Preocupações Parentais	0,796	0,765	0,779
Satisfação	0,717	0,761	0,744
Falta de Controlo	0,638	0,725	0,693
Medos e Angústias	0,693	0,622	0,660
Escala de Stress Parental	0,817	0,854	0,838

2.8. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados obtidos utilizámos o programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23.0.

Procedemos ao tratamento estatístico descritivo pelo cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), de medidas de tendência central: média (M) e de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (DP).

Para verificação do pressuposto da normalidade da variável dependente, Stress Parental, recorremos ao Teste Kolmogorov-Smirnov (Tabela 2), que apresentou uma distribuição não normal ($p < 0,05$), determinando o uso de teste estatísticos não paramétricos.

Tabela 2 – Resultados do Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Escala de Stress Parental	0,104	154	0,000	0,930	154	0,000

Em relação à estatística inferencial, para testar as nossas hipóteses recorremos aos testes não paramétricos Teste Kruskal-Wallis e o Teste U-Mann-Whitney uma vez que há violação da normalidade.

Utilizamos um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ($\alpha=0,05$), o que permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%. Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades. Na análise estatística considerámos os seguintes valores de significância:

- a) $p < 0,05^*$ – Diferença estatística significativa
- b) $p < 0,01^{**}$ – Diferença estatística bastante significativa
- c) $p < 0,001^{***}$ – Diferença estatística altamente significativa
- d) $p \geq 0,05$ n.s. – Diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a tabelas, onde constam os dados mais relevantes. Uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de recolha de dados, dispensámos a identificação do local, data e fonte na apresentação dos mesmos.

2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DA INVESTIGAÇÃO

Na investigação, principalmente no domínio da saúde, é imprescindível ter em conta a responsabilidade do investigador no respeito da proteção dos direitos da pessoa em

todas as fases do processo, assim como todas as questões éticas, legais e deontológicas inerentes à profissão.

Para a concretização deste estudo começámos por solicitar autorização ao Senhor Diretor de Serviço da maternidade da região centro, para podermos aplicar os nossos instrumentos de recolha de dados (Anexo I). Após a obtenção da mesma requeremos ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. uma autorização para podermos aplicar o nosso instrumento de recolha de dados (Apêndice I), compilando um conjunto de documentos requeridos pelo mesmo segundo o Modelo 3/2010.

Posteriormente, foi obtido um parecer positivo ao nosso pedido para a elaboração da investigação e consequentemente para a aplicação do nosso instrumento de recolha de dados.

Para obtermos uma participação voluntária dos sujeitos, garantimos o anonimato e confidencialidade do questionário e após informação sobre o tema e objetivos do estudo, era solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice II).

Relativamente à autorização para a aplicação da Escala de Stress Parental, que constitui a segunda parte do nosso instrumento de recolha de dados, foi solicitada autorização à autora responsável, Isabel Leal, que gentilmente acedeu à nossa pretensão.

Foi também submetido um Pedido de Apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), que emitiu parecer favorável.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta fase é interpretada por alguns autores como a da realização da investigação, onde se procede à recolha de dados e à sua análise. Neste capítulo iremos pôr em prática o plano elaborado anteriormente para esta investigação, ou seja, será feita a apresentação e análise dos dados e resultados obtidos da aplicação do instrumento de recolha de dados, procurando dar resposta aos objetivos/questões de investigação.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo é constituída por 154 indivíduos, dos quais 77 mães (50%) e 77 pais (50%).

Na Tabela 3 estão expostas as características sociodemográficas da amostra, divididas em: idade, estado civil, habilitações académicas, agregado familiar e situação profissional.

No que diz respeito à idade, verificamos que a média do total da amostra é de 33 anos.

O grupo etário dos 31 a 35 anos tanto nos pais (38,5%) como nas mães (49,5%) é o que apresenta uma amostra quantitativamente superior, assim como, no seu total (44,4%). Já relativamente ao segundo grupo etário mais numeroso, registamos diferenças, sendo nas mães o de 26 a 30 anos (24,6%) e nos pais o grupo etário dos 36 a 40 anos (29,8%).

Em relação ao estado civil, 66 casais (85,7%), ou seja a maioria dos pais (mãe e pai) são casados ou vivem em união de facto (85% do total). O segundo maior grupo é o dos casais que são solteiros (13,7% do total).

Apesar deste facto, relativamente ao agregado familiar, 94,9% dos casais da amostra referem que vivem com o cônjuge/companheiro(a).

Relativamente às habilitações académicas apenas 20,3% da amostra possui o 3º ciclo ou uma instrução inferior, predominando os pais (mãe e pai) que concluíram o ensino secundário (62,1% do total). O mesmo resultado não se verifica se fizermos a análise a partir do género, onde a maioria dos pais se encontra, na realidade, ao nível do ensino secundário (43,4%), possuindo a maioria das mães o ensino superior (46,8%), enquanto apenas 28,9% dos pais possui este grau académico.

Quanto à situação de emprego, a maioria dos pais (mães e pais) (92,8%) referiu estar empregado, 6,5% desempregado e 0,7% é doméstico. É de realçar que 90% da situação de desemprego se verifica nas mães.

Tabela 3 – Características sociodemográficas da amostra, pais, mães e total: idade, estado civil, habilitações académicas, agregado familiar e situação profissional

	Pais n (%)	Mães n (%)	Total n (%)
	77 (49,7)	77 (50,3)	154 (100,0)
Grupo etário			
De 20 a 25 anos	4 (5,1)	4 (5,1)	12 (7,8)
De 26 a 30 anos	14 (18,1)	19 (24,6)	33 (20,9)
De 31 a 35 anos	30 (38,9)	38 (49,3)	68 (44,4)
De 36 a 40 anos	23 (29,8)	11 (14,2)	34 (22,2)
≥ 40	6 (7,7)	1 (1,2)	7 (4,6)
Estado Civil			
Solteiro	10 (13,0)	10 (13,0)	21 (13,7)
Casado/União de facto	66 (85,7)	66 (85,7)	130 (85,0)
Divorciado/Separado	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (1,3)
Habilitações académicas			
2º Ciclo	8 (10,5)	3 (3,9)	11 (7,2)
3º Ciclo	14 (17,1)	7 (9,1)	21 (13,1)
Secundário	33 (43,4)	31 (40,3)	64 (62,1)
Superior	22 (28,9)	36 (46,8)	58 (37,9)
Agregado familiar			
Cônjuge	71 (92,2)	73 (94,8)	146 (94,9)
Pais	6 (7,8)	2 (2,6)	7 (4,5)
Outros	0 (0)	1 (1,3)	1 (0,7)
Situação Profissional			
Empregado	76 (53,2)	67 (46,8)	143 (92,8)
Desempregado	1 (10,0)	9 (90,0)	10 (6,5)
Doméstica	0 (0)	1 (100)	1 (0,7)

Na Tabela 4 estão expostas as profissões dos pais em estudo, de acordo com a distribuição da Classificação Portuguesa das Profissões 2010, e de forma adaptada, lembrando que acrescentamos o grupo 10, que atribuímos aos desempregados e estudantes.

Analisando os resultados apresentados na Tabela 4 podemos verificar que o Grupo 8 (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) é o que reúne um total da amostra mais elevado 38,9%, sendo que 57,1% pertence somente aos pais e apenas 20,8% às mães. O Grupo 3 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas) é o que possui um maior número de mães 31,2% enquanto os pais possuem apenas 26%.

Relativamente ao Grupo 2 (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos) este apresenta-se bastante equilibrado com 6,5% dos pais e 7,8% das mães da amostra.

Já não tão equilibrado, encontram-se os Grupos 5 (Pessoal administrativo) e o Grupo 10 (Desempregados e estudantes) onde há uma predominância das mães, 11,7% e 10,4% respetivamente; relativamente aos pais, a incidência é de 2,6% para ambos os grupos.

As profissões relativas ao Grupo 1 (Profissão Forças Armadas), ao Grupo 9 (Trabalhadores não qualificados) e ao Grupo 7 (Agricultores e trabalhadores qualificados da agrícola, da pesca e floresta) não foram referidas por nenhum dos pais e mães da amostra do estudo.

Tabela 4 – Distribuição das profissões dos pais, das mães e o total da amostra, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões 2010

	Pais	Mães	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	77 (100,0)	77 (100,0)	154 (100,0)
Grupo 1	0	0	0
Grupo 2	5 (6,5)	6 (7,8)	11 (7,2)
Grupo 3	20 (26,0)	24 (31,2)	44 (28,5)
Grupo 4	0	1 (1,3)	1 (0,6)
Grupo 5	2 (2,6)	9 (11,7)	11 (7,2)
Grupo 6	4 (5,2)	13 (16,9)	17 (11,1)
Grupo 7	0	0	0 (0)
Grupo 8	44 (57,1)	16 (20,8)	60 (38,9)
Grupo 9	0	0	0 (0)
Grupo 10	2 (2,6)	8 (10,4)	10 (6,5)

Legenda:

Grupo 1 – Profissão Forças Armadas

Grupo 2 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

Grupo 3 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas

Grupo 4 – Técnicos e profissões de nível intermédio

Grupo 5 – Pessoal administrativo

Grupo 6 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

Grupo 7 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agrícola, da pesca e floresta

Grupo 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados

Grupo 10 – Desempregados e estudantes

Na Tabela 5 apresentamos as informações relativas ao número de filhos, planeamento da gravidez e sua aceitação, assim como a frequência do curso de preparação para o nascimento.

A maioria dos pais está a vivenciar a paternidade pela primeira vez (54,3% do total), ou seja, este é o seu primeiro filho, sendo que para 35 casais (44,7%) este é já o 2º filho ou mais.

No que diz respeito, ao planeamento da gravidez, 88,3% dos pais (mãe e pai) respondeu afirmativamente, contrastando com os 11,7% que não planearam.

Na aceitação da gravidez temos uma adesão de 100% da amostra, mesmo apesar de 11,7% não ter sido planeada, como analisámos anteriormente.

No que concerne à frequência do curso de preparação para o nascimento podemos apurar que 56 pais e 44 mães (65% do total) referiram não ter frequentado estas aulas, tendo-o realizado apenas 35% do total da amostra. Dos 54 pais (mãe e pai) que frequentaram o curso de preparação para o nascimento, tivemos um número superior de mães (42,8%) em relação aos 27,6% de adesão dos pais.

Tabela 5 – Características relativas ao número de filhos e percurso da gravidez das mães, dos pais e do total da amostra: número de filhos, planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência do curso de preparação para o nascimento

	Pais n (%)	Mães n (%)	Total n (%)
	77 (50,0)	77 (50,0)	154 (100,0)
Número de filhos			
1º Filho	42 (54,3)	42 (54,3)	84 (54,3)
2º Filho ou mais	35 (45,7)	35 (45,7)	70 (45,7)
Gravidez planeada			
Sim	68 (88,3)	68 (88,3)	136 (88,3)
Não	9 (11,7)	9 (11,7)	18 (11,7)
Aceitação da gravidez			
Sim	77 (100)	77 (100)	154 (100)
Não	0	0	0
Curso de preparação para o nascimento			
Sim	21 (27,6)	33 (42,8)	54 (35,0)
Não	56 (72,4)	44 (57,2)	100 (65,0)

As características referentes à gravidez relativas ao local da vigilância, tipo de parto, tipo de anestesia e complicações encontram-se agrupadas na Tabela 6.

Relativamente à vigilância da gravidez, todas as mães da amostra realizaram a sua vigilância pré-natal (100%), dividindo-se 82,5% pelo centro de saúde e maternidade, recorrendo apenas 17,1% à consulta privada.

Podemos observar, que felizmente, a maior parte das mães não apresentou complicações na gravidez (80,4%), existindo porém 15 mães que referiram complicações (19,5%).

O tipo de parto predominante na amostra foi o parto por via baixa (79,2%), em detrimento dos partos por cesariana (20,8%). De relevar o facto de a maioria dos partos ser do tipo normal (54,5%), enquanto somente 24,7% foram instrumentados: 3 partos com ventosa (3,9%) e 16 partos com fórceps (20,8%).

Quanto ao tipo de analgesia, podemos concluir que ainda existem muitas mães a recorrer a analgesia por via epidural (85,7%), sendo que apenas 7 mães da amostra (9,1%) não recorreram a nenhum tipo de analgesia.

Tabela 6 – Características relativas à gravidez e parto da mãe: local de vigilância da gravidez, tipo de parto, analgesia e complicações na gravidez

	Mães
	n (%)
	77 (100,0)
Vigilância na Gravidez	
Não vigiada	0
Centro de Saúde	32 (41,6)
Maternidade	32 (41,6)
Consulta Privada	13 (17,1)
Tipo de Parto	
Normal	42 (54,5)
Cesariana	16 (20,8)
Ventosa	3 (3,9)
Fórceps	16 (20,8)
Analgesia	
Nenhuma	7 (9,1)
Epidural	66 (85,7)
Sistémica	4 (5,2)
Complicações na gravidez	
Sim	15 (19,5)
Não	62 (80,5)

A Tabela 7 revela-nos os dados recolhidos relativos aos recém-nascidos, no que diz respeito ao género, peso de nascimento, alimentação e situação de saúde.

Podemos verificar que dos 77 recém-nascidos que constituem a amostra, 45 (58,4%) são do sexo masculino e 32 (41,6%) ao sexo feminino.

A maioria dos recém-nascidos possui um peso entre as 3000 e as 3499 gramas (44,2%) e na amostra não existem recém-nascidos com um peso inferior a 2000 gramas.

Às seis semanas após o parto, é notório e louvável, o facto de 65 recém-nascidos (84,4%) estarem a ser amamentados, 12 recém-nascidos são alimentados com aleitamento misto (15,6%) e não foi descrito nenhum caso onde o recém-nascido esteja a ser alimentado apenas com leite adaptado.

Relativamente à saúde do recém-nascido, foram mencionados apenas 3 casos com algum problema de saúde (3,9%) e 96,1% dos recém-nascidos não apresentam qualquer problema de saúde.

Tabela 7 – Características do recém-nascido: género, peso de nascimento, tipo de alimentação e situação de saúde

	Recém-nascidos
	n (%)
	77 (100,0)
Sexo	
Masculino	45 (58,4)
Feminino	32 (41,6)
Peso de nascimento (gramas)	
< 2000	0
2000-2499	5 (6,5)
2500-2999	17 (22,1)
3000-3499	34 (44,2)
≥ 3500	21 (27,3)
Tipo de Alimentação	
Exclusivamente peito	65 (84,4)
Ao peito com leite adaptado	12 (15,6)
Só leite adaptado	0
Situação de Saúde	
Sem problemas de saúde	74 (96,1)
Com problemas algum problema de saúde	3 (3,9)
Com muitos problemas de saúde	0

3.2. RESULTADOS DESCRITIVOS DO STRESS PARENTAL

Os resultados do estudo serão expostos em tabelas de modo a facilitar a sua visualização e compreensão, sendo feita, neste subcapítulo, a sua análise e realce dos dados mais significativos.

A Escala de Stress Parental foi avaliada tendo em conta 4 dimensões consideradas pelos autores, assim, o valor global do stress parental é calculado pela soma dos valores das dimensões. O valor total foi dividido em intervalos, como referimos anteriormente aquando da apresentação da escala, sendo que:

- de 17 a 42 corresponde a baixo nível de stress parental,
- de 43 a 66 corresponde a nível intermédio de stress parental e
- de 67 a 85 corresponde a elevado nível de stress parental.

Podemos observar os dados da amostra ($n = 154$) através da Tabela 8.

O valor global da escala varia entre o mínimo de 17 e o máximo de 67, com média de 29,54 e desvio padrão de 7,419. Na dimensão Preocupações Parentais encontramos um valor mínimo de 5,00 e um máximo de 24,00 com média $10,98 \pm 3,861$. Quanto à dimensão Satisfação verificamos que o valor obtido oscilou entre 5,00 e 12,00 com média $5,49 \pm 1,145$. Relativamente à dimensão Falta de Controlo o valor mínimo e máximo foram, respetivamente, 5,00 e 21,00, com média $6,42 \pm 2,147$. Na dimensão Medos e Angústias obtivemos o valor mínimo de 2,00 e o valor máximo de 10,00 com média $6,65 \pm 2,262$.

Tabela 8 – Médias, desvios-padrão, valor mínimo e valor máximo nas dimensões e total da Escala de Stress Parental

Dimensões Escala de Stress Parental	Média (M)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\min}$)	Valor Máximo ($X_{\max}$)
Preocupações Parentais	10,98	3,861	5,00	24,00
Satisfação	5,49	1,145	5,00	12,00
Falta de Controlo	6,42	2,147	5,00	21,00
Medos e Angústias	6,65	2,262	2,00	10,00
Escala de Stress Parental	29,54	7,419	17,00	67,00

Através da Escala de Stress Parental aplicada no nosso estudo, obtivemos os resultados expostos na Tabela 9, onde podemos concluir que 72 mães (93,5) e 74 pais (96,1%) apresentam um baixo nível de stress parental, representando estes valores a

maioria da nossa amostra. No nível intermédio de stress parental situaram-se 5 mães (6,5%) e 2 pais (2,6%) e com elevado nível de stress parental apenas foi encontrado um pai (1,3%), não havendo descrição das mães para este nível de stress.

Logo podemos concluir que a nossa amostra de pais (mãe e pai) apresenta um baixo nível de stress parental às 6 semanas após o parto, respondendo assim à primeira questão de investigação, onde pretendíamos perceber “Qual o nível de Stress Parental descrito pelos pais (mãe e pai) às 6 semanas após o parto?”.

Tabela 9 – Níveis percentuais de Stress Parental nos pais (mãe e pai) de acordo com a Escala de Stress Parental

	Mães n (%)		Pais n (%)	
	77 (50%)		77 (50%)	
	n	%	n	%
Baixo Nível de Stress Parental	72	93,5	74	96,1
Intermédio Nível de Stress Parental	5	6,5	2	2,6
Elevado Nível de Stress Parental	0	0,0	1	1,3

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS FACE ÀS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De seguida apresentaremos os resultados tendo em consideração as hipóteses formuladas.

H₁ A idade influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a primeira hipótese utilizámos o Teste Kruskal-Wallis, de modo a percebermos se existem diferenças significativas nos diferentes grupos etários relativamente ao stress parental.

Através da Tabela 10 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas para a variável “Idade” em relação ao stress parental. No entanto, salientamos que os pais (mãe e pai) mais jovens (de 20 a 25 anos) demonstram um nível de stress mais elevado na dimensão Medos e Angústias (M = 100,0) em relação às restantes faixas etárias.

Na dimensão Preocupações Parentais são os pais com idades entre 36 a 40 anos que apresentam um nível de stress superior ($M = 84,76$) relativamente às restantes faixas etárias.

As mães e pais com mais de 40 anos são os que demonstram um nível de stress superior às demais faixas etárias na dimensão Satisfação ($M = 87,07$), assim como na dimensão Falta de Controlo ($M = 103,29$).

Para o total da Escala de Stress Parental, os pais (mãe e pai) com idades entre os 36 e os 40 anos ($M = 87,82$) são os que se demonstram mais stressados no desempenho do seu papel de pais.

Tabela 10 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis

		De 20 a 25 anos		De 26 a 30 anos		De 31 a 35 anos		De 36 a 40 anos		+40 anos		X ²	p
		n	M	n	M	n	M	n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Pais	4	44,88	14	34,57	30	40,08	23	39,89	6	36,58	1,015	0,908
	Mães	8	39,75	19	38,55	38	37,20	11	48,73	1	3,00	4,972	0,290
	Total	12	82,29	33	73,77	68	76,35	34	84,76	7	62,79	2,098	0,718
Satisfação	Pais	4	36,88	14	38,54	30	38,75	23	39,07	6	42,50	0,275	0,991
	Mães	8	36,50	19	36,24	38	42,17	11	35,27	1	32,00	3,453	0,485
	Total	12	70,38	33	73,38	68	80,08	34	76,88	7	87,07	1,939	0,747
Falta de Controlo	Pais	4	33,38	14	32,93	30	40,77	23	37,02	6	55,67	5,530	0,237
	Mães	8	38,13	19	36,37	38	37,57	11	51,09	1	17,50	5,129	0,274
	Total	12	72,21	33	69,17	68	77,25	34	82,65	7	103,29	4,590	0,332
Medos e Angústias	Pais	4	55,38	14	29,82	30	38,17	23	41,57	6	43,83	5,329	0,255
	Mães	8	47,88	19	33,32	38	38,66	11	46,32	1	8,50	5,685	0,224
	Total	12	100,0	33	62,95	68	76,35	34	86,06	7	77,07	8,116	0,087
Escala de Stress Parental	Pais	4	45,75	14	30,96	30	38,75	23	40,72	6	47,92	3,273	0,513
	Mães	8	41,81	19	35,61	38	37,86	11	50,18	1	1,50	6,242	0,182
	Total	12	85,25	33	66,48	68	75,80	34	87,82	7	82,50	4,396	0,355

H₂ O género influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a segunda hipótese utilizámos o Teste U-Mann-Whitney, de modo a podermos comparar as médias do género. Podemos verificar através dos resultados da Tabela 11 que não existe diferença significativa do ponto de vista estatístico para o total da Escala de Stress Parental, no entanto, podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa entre mães e pais na dimensão Satisfação ($p = 0,025$), onde os pais ($M = 83,68$) se demonstram mais stressados que as mães ($M = 71,32$), e consequentemente, menos satisfeitos na execução das suas tarefas parentais.

Concluimos ainda que as mães apresentam um nível de stress mais elevado nas dimensões Preocupações Parentais ($M = 78,47$), enquanto os pais apresentam um nível de stress superior nas restantes dimensões da Escala de Stress Parental: Falta de Controlo ($M = 79,21$) e Medos e Angústias ($M = 78,71$), assim como para o total da Escala de Stress Parental ($M = 78,71$), não assinalando porém diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães e os pais, em função do género: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney.

	Mães		Pais		UMW	p
	n	M	n	M		
Preocupações Parentais	77	78,47	77	76,53	2890,0	0,787
Satisfação	77	71,32	77	83,68	2489,0	0,025*
Falta de Controlo	77	75,79	77	79,21	2833,0	0,616
Medos e Angústias	77	76,55	77	78,45	2891,5	0,789
Escala de Stress Parental	77	76,29	77	78,71	2871,0	0,735

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

H₃ As habilitações académicas influenciam o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Na variável habilitações académicas, redimensionámos as categorias inicialmente consideradas, ou seja, agrupamos os pais que terminaram o 2º ciclo e o 3º ciclo no novo grupo “até ao 3º ciclo”, pois devido à pequena dimensão destes grupos, considerámos que poderia comprometer a análise inferencial dos resultados.

O Teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para testarmos a terceira hipótese de modo a podermos comparar os diferentes níveis de escolaridade dos pais.

Através dos dados obtidos e apresentados na Tabela 12, podemos observar que para o total (mães e pais) se verificam diferenças estatisticamente significativas no total da Escala de Stress Parental ($p = 0,037$) e na dimensão Medos e Angústias ($p = 0,014$), estatisticamente bastante significativas ($p < 0,01$) para a dimensão Falta de Controlo ($p = 0,007$), onde os pais (mãe e pai) que possuem a escolaridade até ao 3º ciclo registam um nível de stress parental superior a ambos os pais que concluíram o ensino secundário. Em relação à dimensão Medos e Angústias, ambos os pais que possuem até ao 3º ciclo de escolaridade revelam diferença estatisticamente significativa ($p = 0,017$) comparativamente aos pais (mãe e pai) que terminaram o ensino superior, demonstrando-se os menos instruídos mais stressados e receosos, por oposição, aos mais instruídos academicamente.

Relativamente às mães, também encontramos diferença estatisticamente significativa para o valor total da Escala de Stress Parental ($p = 0,028$) e detetámos diferenças que se revelam bastante significativas ($p < 0,01$) nas dimensões Falta de Controlo ($p = 0,009$) e Medos e Angústias ($p = 0,009$). Através da aplicação do Teste Post Hoc – Tukey, podemos localizar as diferenças entre os pares de grupos, com significância estatística, posto isto, verificámos que:

- Na dimensão Falta de Controlo a diferença ($p = 0,040$) encontra-se entre as mães que possuem uma escolaridade até ao 3º ciclo ($M = 57,85$) e as que possuem o secundário ($M = 34,87$), onde as primeiras relataram um nível de stress mais elevado em relação às segundas, e consequentemente, menor falta de controlo no desempenho do seu papel maternal.
- Na dimensão Medos e Angústias a diferença demonstra-se estatisticamente altamente significativa ($p < 0,001$) entre as mães “até o 3º ciclo” e as mães com o ensino secundário ($p = 0,000$) e apresenta diferença bastante significativa ($p < 0,01$) relativamente às mães com o ensino superior ($p = 0,010$), demonstrando as mães com um menor grau académico, um maior nível de stress parental relativamente às mães com maior instrução académica, tendo como corolário, maiores receios e angústias relativamente ao seu papel enquanto mães.
- Para o total da Escala de Stress Parental as mães com o ensino até ao 3º ciclo ($M = 56,65$) revelam diferença significativa do ponto de vista estatístico ($p = 0,038$) relativamente às mães com o ensino secundário ($M = 36,19$), onde as primeiras descrevem um nível de stress parental superior às segundas.

Em relação aos pais, concluímos que são os homens que possuem um ensino superior que demonstram um nível mais elevado de preocupações parentais ($M = 41,27$), enquanto os que estudaram até ao 3º ciclo se demonstram menos satisfeitos ($M = 42,91$), mais receosos ($M = 44,52$), com menor falta de controlo ($M = 44,73$), e consequentemente, um maior nível de stress parental associado ao seu papel como pais, quando comparados com os pais que possuem mais habilitações literárias, não desvendando porém diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função das habilitações académicas: médias e valores do Teste de Kruskal-Wallis

		Até ao 3ºciclo		Secundário		Superior		χ^2	p
		n	M	n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	10	45,50	31	37,47	36	38,51	1,015	0,602
	Pais	22	38,80	33	37,62	22	41,27	0,359	0,836
	Total	32	81,31	64	74,71	58	78,47	0,517	0,772
Satisfação	Mães	10	47,00	31	35,76	36	39,57	4,333	0,115
	Pais	22	42,91	33	39,20	22	34,80	2,068	0,356
	Total	32	90,23	64	74,73	58	73,53	5,616	0,060
Falta de Controlo	Mães	10	57,85	31	34,87	36	37,32	9,385	0,009**
	Pais	22	44,73	33	40,05	22	31,70	4,278	0,118
	Total	32	97,63	64	75,09	58	69,05	9,796	0,007**
Medos e Angústias	Mães	10	58,65	31	37,50	36	34,83	9,357	0,009**
	Pais	22	44,52	33	35,95	22	38,05	2,072	0,355
	Total	32	97,66	64	73,13	58	71,21	8,575	0,014*
Escala de Stress Parental	Mães	10	56,65	31	36,19	36	36,51	7,180	0,028*
	Pais	22	43,82	33	37,41	22	36,57	1,452	0,484
	Total	32	95,50	64	73,26	58	72,25	6,613	0,037*

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

**Estatisticamente bastante significativo ($p < 0,01$)

Tabela 13 – Teste de Post-Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas da mãe e o stress parental.

		Até ao 3ºciclo/Secundário	Até ao 3ºciclo/Superior
		p	p
Falta de Controlo	Mães	0,040*	
	Total	0,016*	
Medos e Angústias	Mães	0,010**	0,000***
	Total	0,029*	0,017*
Escala de Stress Parental	Mães	0,038*	
	Total	0,041*	

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

**Estatisticamente bastante significativo ($p < 0,01$)

*** Estatisticamente altamente significativo ($p < 0,001$)

H₄ A sua situação atual de emprego influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a quarta hipótese utilizámos o Teste U-Mann-Whitney para compararmos as médias dos dois grupos.

Através dos resultados obtidos e apresentados na Tabela 14, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o stress parental e a situação de emprego dos pais, no entanto, podemos observar que no total da Escala de Stress Parental os pais (mãe e pai) empregados ($M = 78,13$) apresentam um nível de stress parental mais elevado que os pais (mãe e pai) sem emprego ($M = 69,32$).

Em relação aos resultados nas diferentes dimensões da escala, podemos verificar que as mães desempregadas apresentam um nível de stress superior às mães que possuem um emprego, nas dimensões Preocupações Parentais, Satisfação e Medos e Angústias, sendo apenas esta situação contrária para a dimensão Falta de Controlo.

Nos pais a situação inverte-se, ou seja, os pais empregados apresentam um nível de stress superior aos pais desempregados em todas as dimensões da escala.

Tabela 14 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da situação atual de emprego: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney

		Empregado		Desempregado		UMW	p
		n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	67	38,93	10	39,50	330,00	0,939
	Pais	76	39,28	1	18,00	17,00	0,341
	Total	143	77,63	11	75,86	768,50	0,899
Satisfação	Mães	67	38,97	10	39,20	333,00	0,964
	Pais	76	39,17	1	26	25,00	0,485
	Total	143	78,07	11	70,05	704,50	0,454
Falta de Controlo	Mães	67	40,33	10	30,10	246,00	0,153
	Pais	76	39,28	1	17,50	16,50	0,308
	Total	143	79,13	11	56,36	554,00	0,085
Medos e Angústias	Mães	67	38,92	10	39,55	329,00	0,933
	Pais	76	39,43	1,00	2,00	1,00	0,090
	Total	143	78,00	11	71,05	715,50	0,613
Escala de Stress Parental	Mães	67	39,10	10	38,30	328,00	0,915
	Pais	76	39,43	1	6,50	5,50	0,143
	Total	143	78,13	11	69,32	696,50	0,527

H₅ O número de filhos influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a quinta hipótese, utilizámos o Teste U-Mann-Whitney para compararmos as médias entre os grupos de pais primíparos e pais múltiparos.

Podemos concluir através dos resultados da Tabela 15 que não existe diferença significativa do ponto de vista estatístico para o total da Escala de Stress Parental, no entanto, podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa na dimensão Medos e Angústias ($p = 0,049$), onde os pais com mais do que um filho ($M = 85,12$) demonstram um nível de stress superior comparativamente aos pais que tiveram o seu primeiro filho ($M = 71,15$).

Apesar de nos restantes resultados não encontrarmos diferenças significativas do ponto de vista estatístico, podemos verificar que para o total da Escala de Stress Parental os pais (mãe e pai) com 2 ou mais filhos ($M = 81,75$) exibem um nível de

stress superior aos pais que estão a vivenciar a paternidade pela primeira vez ($M = 73,96$).

Analisando as dimensões em particular, podemos concluir que nas dimensões Preocupações Parentais e Satisfação, os pais (mãe e pai) primíparos apresentam um nível de stress mais elevado em relação aos pais múltiparos, verificando-se o inverso apenas na dimensão Falta de Controlo, onde os segundos se revelam mais stressados que os primeiros e consequentemente com uma menor falta de controlo nas suas tarefas parentais.

Também é curioso constatar através dos resultados que os pais que tiveram o seu primeiro filho se apresentam mais stressados nas dimensões Preocupações Parentais ($M = 40,85$) e Satisfação ($M = 39,85$) enquanto os pais que já têm mais do que um filho apresentam o nível de stress mais elevado nas dimensões Falta de Controlo ($M = 40,57$) e Medos e Angústias ($M = 43,19$).

Relativamente às mães, são as múltiparas que se demonstram mais stressadas em todas as dimensões da escala e inclusive para o seu total ($M = 41,36$), quando comparadas com as mães primíparas ($M = 37,04$).

Tabela 15 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do número de filhos: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney

		1º Filho		2º Filho ou mais		UMW	p
		n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	42	38,38	35	39,74	709,0	0,789
	Pais	42	40,85	35	36,79	657,5	0,425
	Total	84	78,57	70	76,21	2850,0	0,743
Satisfação	Mães	42	38,55	35	39,54	716,0	0,772
	Pais	42	39,85	35	37,99	699,5	0,665
	Total	84	77,95	70	76,96	2902,0	0,858
Falta de Controlo	Mães	42	36,70	35	41,76	638,5	0,296
	Pais	42	37,69	35	40,57	680,0	0,553
	Total	84	73,90	70	81,81	2638,0	0,247
Medos e Angústias	Mães	42	36,13	35	42,44	614,5	0,211
	Pais	42	35,51	35	43,19	588,5	0,126
	Total	84	71,15	70	85,12	2406,5	0,049*
Escala de Stress Parental	Mães	42	37,04	35	41,36	652,5	0,398
	Pais	42	37,44	35	40,87	669,5	0,502
	Total	84	73,96	70	81,75	2642,5	0,280

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

H₆ O planeamento da gravidez influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a sexta hipótese, utilizámos o Teste U-Mann-Whitney para compararmos os grupos dos pais que planearam dos que não planearam a gravidez.

Analisando os resultados expostos na Tabela 16, é notória a existência de diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) para a Escala de Stress Parental ($p = 0,001$), onde se verifica que o nível de stress parental é mais elevado em casais que não planearam ($M = 108,9$) a gravidez em comparação com os pais (mãe e pai) que o fizeram ($M = 73,34$).

Podemos também encontrar diferenças estatisticamente significativas na dimensão:

- Preocupações Parentais, com diferença estatística altamente significativa ($p = 0,000$) para o total da dimensão e diferença estatística significativa ($p < 0,05$)

em particular para os pais ($p = 0,019$) e para as mães ($p = 0,003$), onde o resultado é o que se verificou anteriormente, ou seja, os pais e mães que não planearam a gravidez ($M = 114,7$) demonstram um nível de stress superior aos que fizeram o seu planeamento ($M = 72,57$);

- Medos e Angústias, os pais ($p = 0,042$) que não planearam a gravidez com as suas mulheres ($M = 52,94$) apresentam um nível de stress superior aos que fizeram esse planeamento ($M = 37,15$). Também o total desta dimensão apresenta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,021$) confirmando que as mães e pais se demonstram mais stressados quando não planeiam a gravidez ($M = 99,86$) comparativamente quando a gravidez é planeada ($M = 74,54$).

Tabela 16 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do planeamento da gravidez: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney.

		Não Planeada		Planeada		UMW	p
		n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	9	59,61	68	36,27	120,50	0,003 ^{***}
	Pais	9	55,39	68	36,83	158,50	0,019 [*]
	Total	18	114,7	136	72,57	554,00	0,000 ^{***}
Satisfação	Mães	9	44,00	68	38,34	261,00	0,288
	Pais	9	44,89	68	38,22	253,00	0,316
	Total	18	87,64	136	76,16	1041,5	0,182
Falta de Controlo	Mães	9	45,78	68	38,10	245,00	0,305
	Pais	9	48,56	68	37,74	220,00	0,151
	Total	18	94,22	136	75,29	923,00	0,074
Medos e Angústias	Mães	9	47,44	68	36,87	230,00	0,222
	Pais	9	52,94	68	37,15	180,50	0,042 [*]
	Total	18	99,86	136	74,54	821,50	0,021 [*]
Escala de Stress Parental	Mães	9	55,11	68	36,87	161,00	0,021 [*]
	Pais	9	54,11	68	37,00	170,00	0,031 [*]
	Total	18	108,9	136	73,34	658,00	0,001 ^{***}

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

**Estatisticamente bastante significativo ($p < 0,01$)

***Estatisticamente altamente significativo ($p < 0,001$)

H₇ A frequência do curso de preparação para o nascimento influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a sétima hipótese, utilizámos o Teste U-Mann-Whitney para podermos comparar as médias dos dois grupos que categorizamos.

Analisando os resultados organizados na Tabela 17, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas nos pais e nas mães que fizeram um curso de preparação para o nascimento, quando comparados com os pais e mães que não o fizeram.

Podemos, no entanto, verificar que para o total da Escala de Stress Parental, são os pais e mães que não fizeram um curso de preparação para o nascimento ($M = 80,73$) que demonstram um nível de stress superior aos pais (mãe e pai) que estiveram presentes num curso de preparação para o nascimento ($M = 71,53$). Para os totais de todas as dimensões e para os pais este facto é consistente, porém, as mães com e sem curso de preparação para o nascimento demonstram diferenças, ou seja, as mães que frequentaram um curso de preparação para o nascimento ($n = 33$), apresentam-se mais stressadas do que as mães que não o fizeram ($n = 44$) nas dimensões Preocupações Parentais e Satisfação e menos stressadas nas dimensões Falta de Controlo e Medos e Angústias.

Tabela 17 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função da frequência do curso de preparação para o nascimento: médias e valores do Teste U-Mann-Whitney

		Sem curso de preparação		Com curso de preparação		UMW	p
		n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	44	38,42	33	39,77	700,50	0,792
	Pais	56	40,13	21	35,98	524,50	0,465
	Total	100	78,19	54	76,22	2631,0	0,793
Satisfação	Mães	44	38,19	33	40,08	690,50	0,586
	Pais	56	40,74	21	34,36	490,50	0,183
	Total	100	79,45	54	73,90	2505,5	0,338
Falta de Controlo	Mães	44	40,44	33	37,08	662,50	0,489
	Pais	56	40,38	21	35,31	510,50	0,350
	Total	100	80,62	54	71,72	2388,0	0,212
Medos e Angústias	Mães	44	39,88	33	37,83	687,50	0,688
	Pais	56	41,64	21	31,95	440,00	0,084
	Total	100	81,32	54	70,44	2318,5	0,142
Escala de Stress Parental	Mães	44	39,28	33	38,62	713,50	0,897
	Pais	56	41,54	21	32,24	446,00	0,104
	Total	100	80,73	54	71,53	2377,5	0,221

H₈ O tipo de parto influencia o índice de stress parental descrito pela mãe

Utilizámos o Teste Kruskal-Wallis para testarmos a oitava hipótese, de modo a podemos comparar as médias das diferentes categorias da variável independente, tipo de parto.

Através da Tabela 18 podemos perceber que os resultados obtidos não demonstram diferenças significativas do ponto de vista estatístico, no entanto, podemos reter que os partos por cesariana (M = 35,19) são os que causaram menos stress nas mães para o total da Escala de Stress Parental, pelo contrário os partos com ventosa (M = 47,56) foram os que causaram um nível de stress mais elevado.

Podemos constatar que à exceção para os resultados obtidos para o total da escala, obtivemos na dimensão Satisfação um nível de stress menos elevado nas mães que tiveram um parto com fórceps (M = 32,00) em comparação com os restantes tipo de parto.

Tabela 18 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, em função do tipo de parto: médias e valores do Teste Kruskal-Wallis

	Normal (n=42)	Ventosa (n=16)	Fórceps (n=3)	Cesariana (n=16)	X ²	p
	M	M	M	M		
Preocupações Parentais	37,73	44,50	39,83	36,69	1,289	0,732
Satisfação	37,43	42,44	32,00	41,00	2,233	0,525
Falta de Controlo	37,95	47,31	36,00	34,00	3,541	0,315
Medos e Angústias	37,55	44,59	41,83	36,69	1,435	0,697
Escala de Stress Parental	37,21	47,56	38,67	35,19	3,087	0,378

H₉ O peso de nascimento do recém-nascido influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai)

Para testarmos a nona hipótese, utilizámos o Teste Kruskal-Wallis para podermos comparar as médias dos diferentes intervalos de peso dos recém-nascidos.

Podemos concluir através dos resultados obtidos e apresentados na Tabela 19 que existem diferenças significativas do ponto de vista estatístico na Escala de Stress Parental ($p = 0,014$) onde os pais (mães e pai) de recém-nascidos com um peso igual ou superior a 3500 gramas ($M = 95,38$), apresentam um nível de stress superior aos pais (mães e pai) de recém-nascidos com um peso entre 2000 e 2499 gramas ($M = 63,30$).

Na dimensão Preocupações Parentais encontramos também diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,033$) entre os pais (mãe e pai) que tiveram um recém-nascido com peso igual ou superior a 3500 gramas ($M = 94,63$) e os pais (mãe e pai) que tiveram um recém-nascido com peso entre 3000 e 3499 gramas ($M = 70,64$), onde os primeiros apresentam um nível de stress superior aos segundos.

De uma maneira geral, podemos verificar através dos resultados obtidos que os pais (mãe e pai) com recém-nascidos com peso igual ou superior a 3500 gramas apresentam um nível de stress superior aos pais (mãe e pai) com recém-nascidos pertencentes aos restantes intervalos de peso em todas as dimensões da escala. No entanto, para estes resultados não se verificaram diferenças estatisticamente significativas à exceção da dimensão Preocupações Parentais, como expusemos anteriormente.

Ressalvamos ainda o facto de existir uma exceção à conclusão anterior, quando fazemos uma análise mais pormenorizada, as mães com recém-nascidos com peso no intervalo de 2500 a 2999 gramas, apresentam-se mais stressadas na dimensão Satisfação (M = 42,94) do que as mães dos restantes intervalos de peso para a mesma dimensão.

Tabela 19 – Resultados das dimensões da Escala de Stress Parental, para as mães, pais e total da amostra, em função do peso do recém-nascido: médias e valores do Teste de Kruskal-Wallis

		2000-2499		2500-2999		3000-3499		≥3500		X ²	p
		n	M	n	M	n	M	n	M		
Preocupações Parentais	Mães	5	36,40	17	33,76	34	35,76	21	49,10	6,034	0,110
	Pais	5	40,60	17	36,91	34	35,47	21	46,02	3,132	0,137
	Total	10	75,95	34	70,51	68	70,64	42	94,63	8,734	0,033*
Satisfação	Mães	5	32,00	17	42,94	34	36,84	21	40,98	3,325	0,344
	Pais	5	32,60	17	36,76	34	39,62	21	41,33	1,188	0,756
	Total	10	64,40	34	79,09	68	76,12	42	81,57	2,238	0,525
Falta de Controlo	Mães	5	34,00	17	38,24	34	35,63	21	46,26	3,652	0,302
	Pais	5	37,80	17	41,12	34	34,15	21	45,43	3,886	0,274
	Total	10	72,00	34	78,59	68	69,31	42	91,19	7,164	0,067
Medos e Angústias	Mães	5	31,10	17	40,15	34	35,01	21	46,40	4,161	0,245
	Pais	5	29,10	17	42,41	34	35,54	21	44,19	3,449	0,327
	Total	10	60,15	34	82,07	68	70,03	42	90,02	7,320	0,062
Escala de Stress Parental	Mães	5	31,30	17	37,62	34	34,34	21	49,50	6,782	0,079
	Pais	5	32,70	17	40,47	34	34,71	21	46,26	3,948	0,267
	Total	10	63,30	34	77,66	68	68,46	42	95,38	10,59	0,014*

*Estatisticamente significativo (p <0,05)

Tabela 20 – Teste de Post-Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o peso dos recém-nascidos e o stress parental

		2000-2499/ 3000-3499	2000-2499/ ≥ 3500	3000-3499/ ≥ 3500
		p	p	p
Preocupações Parentais	Total			0,018
Falta de Controlo	Total		0,034	
Escala de Stress Parental	Total	0,013	0,014	

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase da investigação o investigador tem como tarefa analisar e explicar os resultados, dando-lhe significado, baseando-se na teoria e estabelecendo comparações com trabalhos de investigação anteriores (Fortin, 2009).

Polit e Hungler (1995) referem que o processo de interpretação “constitui a tentativa do pesquisador para explicar as descobertas, à luz daquilo que é conhecido, em decorrência de trabalhos anteriores na área, e à luz da adequação dos métodos utilizados na investigação” (p. 36).

É nesta fase, após a análise dos dados, que o investigador “junta as peças finais do quebra-cabeça para ter uma visão total do quadro e um olhar crítico” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001, p.223).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com este estudo pretendia-se conhecer quais as principais características do recém-nascido, sociodemográficas de ambos os pais e obstétricas da mãe que às 6 semanas após o nascimento do seu filho influenciam o nível de stress parental sentido por ambos. Com isto, almejava-se demonstrar, com rigor científico, a importância de os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia poderem intervir para assegurar uma transição para a parentalidade o mais calma e menos stressante possível.

Após a apresentação dos resultados no capítulo anterior, torna-se pertinente salientar os resultados obtidos que assumem maior relevância na concretização dos objetivos de investigação traçados inicialmente e discuti-los de acordo com as variáveis independentes definidas, começando com uma abordagem aos valores encontrados na caracterização da amostra prosseguindo-se para os resultados obtidos através da Escala de Stress Parental.

IDADE DOS PAIS E STRESS PARENTAL

A nossa amostra apresenta uma média de idades de 33 anos, apresentando um valor mínimo de 20 anos e um valor máximo de 41 anos para as mães e um valor mínimo de 22 anos e um valor máximo de 44 anos para os pais.

Relacionada com a idade estava a nossa primeira hipótese formulada neste estudo, que afirmava que a idade influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Ao testarmos esta hipótese verificámos que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idades e para o total da Escala de Stress Parental, logo concluímos que não existe relação entre a idade dos pais (mãe e pai) e o stress parental.

No entanto verificámos que foram as mães e os pais mais jovens com idades entre os 20 e os 25 anos que demonstraram um nível de stress parental mais elevado na dimensão Medos e Angústias ($M = 100,0$) em relação aos restantes intervalos de idades. Nas dimensões Satisfação e Falta de Controlo, foram as mães e os pais com mais de 40 anos que apresentaram um nível de stress parental superior às restantes faixas etárias. Na dimensão Preocupações Parentais ($M = 84,76$) e para o total da Escala de Stress Parental os pais (mãe e pai) com idades entre os 36 e os 40 anos

(M = 87,82) foram os que se demonstraram mais stressados no desempenho do seu papel de pais.

Assim como concluímos no nosso estudo, também Lau (2001, como referido por Rocha, 2012), nos seus estudos sobre stress parental em crianças hospitalizadas e Silva (2012) nos seus estudos sobre fatores preditivos do stress parental referiram não terem encontrado uma relação significativa entre a idade dos pais e o stress parental. No entanto, Rocha (2012) citando Olafsen et al. (2007) concluiu que as mães mais novas apresentam níveis de stress mais elevados, pois têm menos recursos e estratégias para lidar com as situações relacionadas com a saúde dos recém-nascidos e possuem menor capacidade para cuidar dos filhos indo este resultado ao encontro do nosso estudo, onde as mães mais novas demonstraram o nível de stress mais elevado relativamente à dimensão Medos e Angústias em desenvolverem o seu papel parental adequadamente. Também Santos (2011) citando Figueiredo (2004), Fredman e Philips (1981), referiram que as mães mais jovens e imaturas em comparação com as mães mais adultas, estabelecem menos interação com o recém-nascido, apresentam mais dificuldades nas tarefas relacionadas com o desenvolvimento do recém-nascido e apresentam maiores possibilidades de desajuste e desagregação familiar, contudo relativamente às mães com mais de 35 anos, estes mesmos autores referem que estas se demonstram mais preocupadas e cansadas em relação às tarefas relacionadas com o cuidar do recém-nascido.

Já Andrade (1999 como referido por Santos, 2011) é de opinião contrária, referindo que as mães mais velhas demonstram maior competência, autonomia e autoconfiança, assim como parecem estar mais aptas a lidar com as necessidades de atenção, disponibilidade e afeto que uma criança exige. Cruz (2005), Aguiar (2006) e Belo (2006 como referido por Cruz 2014) também defendem que as mães mais velhas, além de proporcionarem ambientes familiares de maior qualidade, demonstram maior sensibilidade interativa e satisfação no papel maternal e tendem a perceber maiores competências para cuidar de bebés, o que parece ser um dado positivo uma vez que parece ser uma tendência da nossa população ter filhos cada vez mais tarde.

No entanto, Santos (2011) citando Sherwen, Scoloveno e Weingarten (1999) refere que quanto maior a idade da primípara, maior é o risco de surgirem conflitos no desenrolar do papel maternal, a consolidar esta afirmação Mendes (2011) e Ramos (2012 como referido por Cruz, 2014) declaram que quanto mais elevada é a idade materna, menores são as competências autopercebidas no cuidar do recém-nascido, apresentando assim fragilidades a nível do ajustamento materno, o que poderá justificar os nossos resultados onde os pais (mãe e pai) com mais de 40 anos são os

menos satisfeitos e com maior falta de controlo no desempenho das suas tarefas parentais e onde o grupo de pais (mãe e pai) com idades entre os 36 e os 40 anos revelam maiores preocupações parentais e um nível de stress mais elevado para o total da escala, comparativamente com pais (mãe e pai) de grupos etários inferiores.

GÉNERO DOS PAIS E STRESS PARENTAL

A nossa amostra era constituída por 77 pais\homens e 77 mães\mulheres.

A segunda hipótese do nosso estudo afirmava que o género influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Para esta hipótese não foram detetadas diferenças significativas do ponto de vista estatístico para o total da Escala de Stress Parental, logo admitimos que não existe relação entre o género e o stress parental.

Contudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Satisfação ($p = 0,025$), ou seja, podemos concluir que os pais ($M = 83,68$) se demonstram mais stressados e consequentemente menos satisfeitos no desempenho do seu papel parental do que as mães ($M = 71,32$).

Apesar de os resultados não demonstrarem diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões da Escala de Stress Parental, averiguámos que as mães demonstram um nível de stress superior aos pais na dimensão Preocupações Parentais ($M = 78,47$) enquanto os pais se demonstram mais stressados nas dimensões Falta de Controlo ($M = 79,21$) e Medos e Angústias ($M = 78,71$), assim como para o total da escala ($M = 78,71$).

No geral, estes resultados vêm contrariar estudos anteriores, onde o mais comum é atribuir às mães o maior nível de stress, justificando-se estes resultados com o facto de a mãe ser, geralmente, mais sobrecarregada com as tarefas parentais do que os pais (Levy-Shiff, 1999 como referido por Gomez & Leal, 2009). Talvez por esta sobrecarga sentida maioritariamente pelas mães o seu nível de stress seja mais elevado na dimensão Preocupações Parentais como concluímos no nosso estudo, pois para além de ter de cuidar do recém-nascido, muitas vezes as mães têm que cuidar da casa e dos outros filhos. Silva (2012) num estudo sobre “Fatores Preditivos do Stress Parental” chegou à mesma conclusão que os nossos resultados relativamente à dimensão Preocupações Parentais, onde as mães se revelam mais stressadas que os pais nesta dimensão. Delmore- Ko et al. (2000 como referido por Gomez & Leal, 2009) também atribuíram às mulheres um nível de stress mais elevado

quando comparadas com os homens. Já em 2007 Moura-Ramos e Canavarro expunham que em alguns estudos os pais relatam menores níveis de stress do que as mães e maior nível de felicidade com o nascimento do filho, uma vez que admitem que as mães sofrem maiores perturbações no seu quotidiano a vários níveis, como no sono, tempo de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, uma vez que estas se encontram física e psicologicamente mais envolvidas na transição para a parentalidade.

Indo ao encontro do nosso resultado relativamente ao facto de os pais apresentarem um nível de stress mais elevados que as mães, também Levy-Shiff (1999 como referido por Gomez & Leal, 2009) num estudo sobre o ajustamento dos homens à parentalidade, aferiu que os homens no fim do primeiro ano pós-parto, reportaram um elevado nível de stress, alguns dos quais revelaram ainda sintomas depressivos. Este facto pode ser justificado pela situação que o pai/homem ainda apresenta na nossa sociedade, ou seja o pai ainda está a dar os primeiros passos num papel mais ativo no que concerne às responsabilidades com os cuidados ao recém-nascido, logo, estes sentem-se mais stressados nas dimensões Medos e Angústias, com receio de não conseguirem corresponder às expectativas da sociedade, da mulher e do recém-nascido, demonstrando conseqüentemente maiores níveis de Falta de Controlo e menores níveis de Satisfação no desempenho do seu papel parental porque ainda não são integrados totalmente nos cuidados do mesmo. A corroborarem os dados do nosso estudo encontramos os resultados do estudo de Silva (2012), onde os níveis de satisfação dos pais são inferiores comparativamente aos níveis das mães.

Como refere Mendes (2009) até ao final o século XIX, ser pai significava ser educador e disciplinador, ou seja este era o chefe da família, que tinha a responsabilidade principal de sustentar a família. Já a mulher era a doméstica, que tinha como principal função tratar da casa e dos filhos. Com a evolução dos tempos, a emancipação da mulher e a sua entrada para o mundo do trabalho, toda esta dinâmica foi revolucionada e desde aí o homem viu-se obrigado a participar tanto nas lides domésticas como na criação e educação dos filhos. Assim cada vez mais, a imagem do homem é associada à imagem de pai ativo, não só como sustento económico, mas como crucial no desenvolvimento e cuidados aos filhos (Mendes, 2009).

Em estudos anteriores também é bastante comum encontrar resultados em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de stress parental entre os sexos, como é o caso dos estudos de Gomez e Leal (2009) sobre stress parental no período pós-parto, e no de Deater-Deckard & Scarr (1996 como referido por Gomez & Leal, 2009) intitulado "Parenting stress among dual-earner mothers and fathers".

Szelbracikowski (2009 como referido por Costa, 2011) justifica esta homogeneidade de stress pelo “facto das vidas atuais não diferirem conforme o género e ambos os progenitores revelarem dificuldades em desempenhar esta função” (p.60).

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS DOS PAIS E STRESS PARENTAL

A nossa amostra era constituída maioritariamente por pais (mãe e pai) que concluíram o ensino secundário (62,1%). Quando analisada por género, foi notório o facto de que 46,8% das mães possuía o ensino superior contrastando com 28,9% relatado pelos pais para o mesmo grau académico. Apenas 20,3% da amostra continha o 3º ciclo ou uma instrução inferior.

A terceira hipótese do nosso estudo afirmava que as habilitações académicas influenciam o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Os resultados para esta hipótese revelaram diferenças estatisticamente significativas para o total da Escala de Stress Parental ($p = 0,037$), assim como para o total da dimensão Medos e Angústias ($p = 0,014$) e diferença estatística bastante significativa ($p < 0,01$) para a dimensão Falta de Controlo ($p = 0,007$), que nos revelou que os pais (mãe e pai) do grupo “até ao 3º ciclo” demonstraram um nível de stress parental superior aos pais (mãe e pai) que concluíram o ensino secundário. Em relação à dimensão Medos e Angústias os pais (mãe e pai) que concluíram o 3º ciclo, também revelaram diferença estatisticamente significativa ($p = 0,017$) relativamente aos pais (mãe e pai) que terminaram o ensino superior, demonstrando-se os menos instruídos mais stressados e receosos em relação aos mais instruídos academicamente. Desta forma, concluímos que existe relação entre as habilitações académicas de ambos os pais e o stress parental.

Para o grupo das mães também foram detetadas diferenças estatísticas bastante significativas ($p < 0,01$) nas dimensões Falta de Controlo ($p = 0,009$), Medos e Angústias ($p = 0,009$) e diferença estatística significativa para o valor total da Escala de Stress Parental ($p = 0,028$). Na dimensão Falta de Controlo ($p = 0,040$) foram as mães com uma escolaridade até ao 3º ciclo ($M = 57,85$) que se revelaram mais stressadas e com menor falta de controlo no desempenho do seu papel maternal quando comparadas com as mães que possuem o ensino secundário ($M = 34,87$). Na dimensão Medos e Angústias as mães com instrução académica até ao 3º ciclo revelaram-se significativamente mais stressadas e mais receosas relativamente às mães com o ensino secundário ($p = 0,000$) e também relativamente às mães que terminaram o ensino superior ($p = 0,010$). Para o total da Escala de Stress Parental as

mães do grupo “até ao 3º ciclo” ($M = 56,65$) mostraram diferença significativa do ponto de vista estatístico ($p = 0,038$) relativamente às mães com o ensino secundário ($M = 36,19$), onde as primeiras descrevem um nível de stress parental superior às segundas.

A corroborarem os nossos estudos, encontramos os estudos realizados na Suécia por Widarsson, Engstrom, Berglund, Tydén e Lundberg (2014), os quais demonstraram que as mães e pais com um baixo nível educacional apresentaram um elevado nível de stress parental quando comparadas com mães com um nível educacional superior. Também Rocha (2012) nos seus estudos sobre stress parental em crianças hospitalizadas, apurou a existência de significância estatística em relação ao nível de escolaridade dos pais, concluindo que os pais com escolaridade básica e com o 2º e o 3º ciclo apresentavam níveis mais elevados de stress em todas as dimensões do stress parental relativamente aos pais com uma escolaridade superior. Num estudo de Olafsen et al. (2007 como referido por Rocha, 2012), realizado com mães de bebés prematuros, reportou níveis mais elevados de stress parental nas mães com menos escolaridade, comparativamente às mães com mais habilitações literárias. Roque (2013), como conclusão do seu estudo “Variáveis sociodemográficas e familiares e sentido de competência parental”, sublinhou que as mães com mais escolaridade demonstram maiores níveis de satisfação mas níveis mais baixos de eficácia parental percebida, o que corrobora os nossos resultados onde as mães que possuem o ensino superior se demonstram menos stressadas ($M = 39,57$) na dimensão Satisfação, logo consequentemente mais satisfeitas, em relação às mães que só concluíram o 3º ciclo ($M = 47,00$).

Os estudos de Kitzinger (1978 como referido por Santos, 2011) vêm contrariar os nossos resultados, pois concluíram que as mães com menos habilitações literárias referiam que não tinham problemas para criar os filhos e que as suas dificuldades se relacionavam com as tarefas domésticas. As mães com o ensino secundário consideravam-se incapazes para criarem filhos felizes e obedientes. As mães com o ensino superior não demonstravam preocupações com as lides domésticas, mas sim com o facto de serem ou não boas mães e de as suas crianças desenvolverem as suas aptidões em pleno. Também Roque (2013) cita Goetting (1986), referindo que os pais com uma escolaridade mais baixa sentem-se mais completos no papel de pais, dando assim mais valor à parentalidade do que os pais que possuem mais habilitações académicas.

Relativamente aos pais, no nosso estudo não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, porém concluímos que são os homens que possuem

qualificações superiores que demonstraram um nível mais elevado de preocupações parentais ($M = 41,27$), enquanto os que estudaram até ao 3º ciclo se demonstram menos satisfeitos ($M = 42,91$), mais receosos ($M = 44,52$), com menor falta de controlo ($M = 44,73$) e consequentemente com um maior nível de stress parental relativamente à sua tarefa parental, quando comparados com os pais que possuem mais habilitações literárias.

SITUAÇÃO NO EMPREGO DOS PAIS E STRESS PARENTAL

Da nossa amostra, 92,8% revelou estar empregada, 6,5% desempregada e 0,7% doméstica. De ressaltar que da amostra desempregada 90% correspondia às mães.

A quarta hipótese do nosso estudo afirmava que a situação no emprego influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Nos resultados que obtivemos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para esta hipótese, logo concluímos que não existe relação entre a situação de emprego dos pais (mãe e pai) e o stress parental.

Todavia vislumbramos que no total da Escala de Stress Parental os pais (mãe e pai) empregados ($M = 78,13$) apresentaram um nível de stress parental mais elevado que os pais (mãe e pai) sem emprego ($M = 69,32$). A reforçar estes resultados, encontramos os estudos de Padilla e Álvarez-Dardet (2010) sobre “Estrés y competencia parental”, que mostraram que o número de horas dedicadas ao trabalho e a falta de flexibilidade para conciliar a vida laboral, podem influenciar de maneira negativa os progenitores que trabalham, aumentando o nível de stress que estes experimentam no seu desempenho como mães e pais. Estes autores salientam ainda que existe uma interação recíproca entre estes microssistemas, ou seja, as experiências que acontecem em contexto familiar geralmente influenciam o ambiente laboral e vice-versa. Porém, estes mesmos autores revelam como resultados dos seus estudos que a quantidade de horas dedicadas ao trabalho está associada a menores níveis de stress em mães e pais trabalhadores. Estes autores explicam este resultados dizendo que um maior número de horas de trabalho repercute-se na otimização e fruição do tempo disponível com os filhos, gerando assim menores níveis de stress associados ao seu desempenho parental.

Os resultados que obtivemos para as mães, vão contra os resultados obtidos para o total da Escala da Stress Parental, revelando que as mães desempregadas apresentam um índice de stress parental superior às mães que possuem um emprego

em todas as dimensões da escala, exceto na dimensão Falta de Controlo. Pensamos que estes resultados se devem ao facto de as mães se sentirem mais preocupadas monetariamente em satisfazer as necessidades dos seus filhos (Preocupações Parentais), com receios de não lhes poderem proporcionar um crescimento adequado (Medos e Angústias) e menos satisfeitas com o seu papel parental uma vez que não se encontram a contribuir financeiramente para a família com um rendimento (Satisfação). As más condições económicas, foram consideradas nos estudos de Gomez e Leal (2009) uma das causas para o stress parental. Já Cronin et al. (2015) defende que apesar de na maioria das vezes a pressão económica estar associada a uma influência negativa nos pais e no bem-estar das crianças, esta mesma pressão demonstrou ter aumentado os sintomas de ansiedade que estão positivamente associados com pais mais sensibilizados para a tarefa, levando a um aumento da vigilância e atenção para as necessidades da criança. Alguém que está preocupado em corresponder às suas responsabilidades económicas pode também estar recetivo e inclinado a preocupar-se com as suas outras responsabilidades, como a parentalidade. Logo, os mesmos autores defendem que, apesar da pressão económica poder ter efeitos diversos na parentalidade, a ansiedade mínima relacionada com stress económico está associada com um papel de progenitor mais sensível e responsável.

NÚMERO DE FILHOS E O STRESS PARENTAL

Da nossa amostra 54,3% do total, ou seja 42 mães e 42 pais, estavam a vivenciar a paternidade pela primeira vez, enquanto 35 mães e 35 pais constituíam 45,7% da amostra que já possuía filhos anteriores ao atual.

A quinta hipótese do nosso estudo afirmava que o número de filhos influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Para esta hipótese os nossos resultados não demonstraram diferenças estatisticamente significativas para o total da Escala de Stress Parental, pelo que concluímos que não existe relação entre o número de filhos e o stress parental dos pais (mãe e pai).

No entanto foi encontrada diferença estatisticamente significativa na dimensão Medos e Angústias ($p = 0,049$), onde os pais com mais do que um filho ($M = 85,12$) demonstram um nível de stress superior comparativamente aos pais que tiveram o seu primeiro filho ($M = 71,15$).

Apesar de os restantes resultados do nosso estudo não revelarem diferenças significativas do ponto de vista estatístico, denotamos que para o total da Escala de Stress Parental os pais (mãe e pai) múltiparos ($M = 81,75$) apresentaram um nível de stress tendencialmente mais elevado que os pais (mãe e pai) primíparos ($M = 71,15$). Quando analisados os resultados pelas dimensões, constatámos que os pais (mãe e pai) que estavam a vivenciar a parentalidade pela primeira vez se apresentaram mais stressados nas dimensões Preocupações Parentais ($M = 78,57$) e Satisfação ($M = 77,95$) e os pais que já possuíam filhos anteriores manifestaram um nível de stress superior na dimensão Falta de Controlo ($M = 81,81$).

Analisados os resultados por género, verificamos que os pais primíparos se demonstram mais stressados nas dimensões Preocupações Parentais e Satisfação comparativamente aos pais com mais do que um filho, enquanto estes se demonstram mais stressados nas dimensões Falta de Controlo e Medos e Angústias. Relativamente às mães é unânime para todas as dimensões da escala que as múltiparas relataram um nível de stress mais elevado que as mães de primeira viagem.

A coadjuvar os nossos resultados também Padilla e Álvarez-Dardet (2010) referem como conclusão dos seus estudos sobre stress e competência parental que ser pai e mãe de um maior número de filhos, tende a aumentar a sensação de stress parental, pois nas famílias alargadas e com outras crianças, o nascimento de um novo filho exige um reorganizar das interações familiares (Mendes, 2012). Apesar destes resultados, estes mesmos autores concluíram ainda que o número de filhos se relaciona com o nível de stress experimentado pelos progenitores, de maneira que nas famílias mais numerosas, se observa uma maior intensidade na resposta ao stress tanto nas mães como nos pais.

Também Widarsson, Engstrom, Berglund, Tydén e Lundberg (2014) através do estudo "Parental stress and dyadic consensus in early parenthood among mothers and fathers in Sweden" revelam que as mães que já possuem experiência parental anterior apresentaram um elevado nível de stress parental quando comparadas com mães sem experiência parental prévia, decorrente das dificuldades sentidas no cuidar e na avaliação das tarefas parentais, bem como, dos sentimentos de incompetência no desempenho do papel parental, reforçando assim os nossos resultados. Santos (2011) relembra ainda que os pais múltiparos, além de terem que alterar todas as rotinas do dia-a-dia, também necessitam fazer uma nova revisão e organização do relacionamento e da dinâmica familiar com a chegada de um novo elemento familiar,

pois não pretendem negligenciar os cuidados e a relação que já têm com os filhos anteriores.

Contrariando os resultados obtidos no nosso estudo, Lopes, Lopes, Catarino e Dixe (2010) no seu estudo “Parentalidade nos primeiros três anos da criança” encontraram tendência de significado estatístico para os pais de filhos únicos sentirem mais dificuldade em resolver as situações no desempenho do papel parental do que os pais com outros filhos ($p = 0,091$). Também os resultados do estudo “Fatores preditivos do Stress Parental” de Silva (2012), afirmavam que quando não existem irmãos, os pais revelam maiores níveis de stress ($M = 30,00$) quando comparados com os níveis de stress parental dos pais quando existem irmãos ($M = 24,51$). Quando analisadas as dimensões deste mesmo estudo, os resultados em relação à dimensão Falta de Controlo vão ao encontro dos resultados que obtivemos, ou seja, os pais com mais do que um filho revelam um maior nível de stress e menor nível de falta de controlo, enquanto que quando são pais pela primeira vez o nível de falta de controlo é maior. Também Delmore-Ko et al. (2000 como referido por Gomez & Leal, 2009) ressaltavam que a adaptação à parentalidade pode ser especialmente exigente para os pais sem experiência prévia, pois como defende Mendes (2009) “o nascimento de um filho (...) provoca um grande impacto a nível intra pessoal e interpessoal na mãe, no pai e restante família” (p. 27) sendo necessário toda uma nova adaptação e reajuste da dinâmica familiar e como refere Meleis (2012), as transições fazem-se acompanhar por um variado leque de emoções, muitas das quais evidenciam as dificuldades encontradas no processo, sendo o stress umas das dificuldades que os autores mais enfocam.

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ PELOS PAIS E STRESS PARENTAL

Da nossa amostra 88,3% dos pais planearam a gravidez e apenas 18 pais (mãe e pai), ou seja 11,7%, não fizeram o planeamento da gravidez. Associada ao planeamento está consequentemente a aceitação da gravidez, e apesar de 11,7% dos pais (mãe e pai) não terem planeado a gravidez, 100% da nossa amostra aceitou a gravidez.

A nossa sexta hipótese afirmava que o planeamento da gravidez influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Os nossos resultados revelaram a existência de diferença estatística bastante significativa ($p < 0,01$) para a Escala de Stress Parental ($p = 0,001$), diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) na dimensão Preocupações Parentais ($p = 0,000$) e diferença estatística significativa

($p < 0,05$) na dimensão Medos e Angústias ($p = 0,021$), levando assim à conclusão da existência de relação entre o stress parental e o planeamento da gravidez.

Assim e através dos resultados obtidos concluímos que o nível de stress parental é mais elevado em casais que não planearam a gravidez ($M = 108,9$) comparativamente aos casais que planearam a sua gravidez ($M = 73,34$).

Relativamente aos resultados encontrados, foi muito difícil encontrar estudos anteriores que ajudassem a fundamentá-los, no entanto apesar de Carvalho (2009) nos seus estudos sobre “Adaptação à Parentalidade: um desafio para novos pais” não ter encontrado diferenças estatisticamente significativas na relação do planeamento da gravidez com o stress parental, esta autora concluiu que o total de pais (mãe e pai) e os pais (homens) que não planearam a gravidez com a sua companheira descreveram maiores níveis de stress ($M = 15,68$ e $M = 16,47$ respetivamente) quando comparados com o total de pais (mãe e pai) e com os pais (homens) onde a gravidez foi planeada ($M = 14,30$ e $M = 14,38$ respetivamente). Como este resultado foi obtido apenas para a subescala I da sua escala que corresponde à vinculação, foi também conclusivo do estudo de Carvalho (2009) que os pais que revelam mais stress parental, percecionam menor capacidade de vinculação com os seus filhos, sendo este facto atribuído aos pais que não planearam a gravidez.

Graça (2010) no seu estudo sobre “Contributos de Intervenção de Enfermagem na promoção da transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno” concluiu que as mulheres que fazem um planeamento e vigilância da gravidez ostentam mais ganhos entre a gravidez e o primeiro mês após o parto. A gravidez é um marco importante, que tem implicações físicas e psicológicas, logo é importante que esta seja planeada de modo a que todo o processo seja vivido com toda a estabilidade, tranquilidade e saúde que se almejam para este “estado de graça” de forma a evitar complicações no desenvolvimento do bebé e da mãe. Pereira (s.d.) refere que o planeamento de uma gravidez é muito importante para que aos poucos, o casal possa ir interiorizando e amadurecendo o papel que os espera, pois na maioria das vezes não é isso que acontece, uma vez que a gravidez é inesperada, não existindo um planeamento psicológico da gravidez. “Preparar psicologicamente a chegada de um bebé é um processo raro que só se torna visível mais tarde” conclui a mesma autora, que enfatiza a importância de para além da mulher saber que está grávida é sentir-se grávida, fazendo ainda referência à importância do planeamento da gravidez por forma a que o casal pense em conjunto na gravidez, fale abertamente das suas dúvidas, receios, medos e reflita sobre essas questões.

FREQUÊNCIA DO CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PELOS PAIS E STRESS PARENTAL

A nossa amostra era constituída por 21 pais e 33 mães que fizeram o curso de preparação para o nascimento (35%) e 56 pais e 44 mães que não frequentaram o curso de preparação para o nascimento (65%).

Na nossa sétima hipótese afirmávamos que a frequência do curso de preparação para o nascimento influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Ao testarmos esta hipótese, verificámos que não existiram diferenças estatisticamente significativas, nos pais e nas mães que fizeram um curso de preparação para o nascimento, quando comparados com os pais e mães que não o fizeram, ou seja, não existe relação entre a frequência do curso de preparação para o nascimento e o stress parental.

Concluímos, porém, que para o total da Escala de Stress Parental, os pais e mães que não fizeram o curso de preparação para o nascimento ($M = 80,73$) demonstraram um nível de stress superior aos pais (mãe e pai) que frequentaram o curso de preparação para o nascimento ($M = 71,53$). Também para os pais (homens) esta tendência se verificou, no entanto para as mães os resultados diferiram, ou seja, nas dimensões Preocupações Parentais e Satisfação foram as mães que frequentaram o curso de preparação para o nascimento que se demonstraram mais stressadas do que as mães que não estiveram presentes no mesmo curso, demonstrando-se estas mais stressadas nas dimensões Falta de Controlo e Medos e Angústias, ou seja as mães que frequentaram o curso de preparação para o nascimento apresentaram-se mais preocupadas com o seu desempenho parental e menos satisfeitas com o que se prevê ser o seu papel de mãe. Já as mães que não fizeram preparação para o nascimento apresentaram-se mais receosas com o que será esperado do seu desempenho maternal levando a uma maior falta de controlo nessas tarefas.

Dando consistência aos nossos resultados para o total da Escala de Stress Parental, também nos estudos de Carvalho (2009) sobre a adaptação à parentalidade se verificou que o stress parental descrito pelas mães e pelos pais que frequentaram o curso de preparação para o parto é significativamente menor ($M = 125,95$ e $M = 120,84$ respetivamente) do que para aqueles que não frequentaram o mesmo curso ($M = 142,06$ e $M = 130,70$ respetivamente).

A importância da frequência de um curso de preparação para o nascimento é salientada por diversos autores, uma vez que estes cursos pretendem proporcionar conhecimentos que promovam a preparação física e psicológica do casal para a

gravidez, parto e parentalidade, promovendo o desenvolvimento de competências que facilitem o decurso da gestação, o momento do nascimento e os cuidados ao recém-nascido. Couto (2006) refere que a preparação para o parto e parentalidade visa promover uma gravidez e parto felizes, saudáveis e o mais naturais possíveis, em que o autocontrolo seja a arma perfeita para a grávida poder vivenciar positivamente o seu papel enquanto mãe e o possa transmitir ao seu companheiro e restante família. Como conclusão dos seus estudos Bento (1992 como referido por Couto, 2006) promove a importância da preparação para o nascimento como fonte de informação, de confiança e espaço para aprender a lidar com os medos relativos à gravidez e ao nascimento, de forma a “tornar a mulher uma atriz numa peça que ela conhece perfeitamente” (Couto, 2006, p. 195). Deste modo, os conteúdos facultados nas aulas de preparação para o nascimento promovem no casal um sentido de auto-eficácia e competência, diminuindo, portanto, o sentimento de inadequação, a falta de conhecimento e a labilidade emocional (Vazão, 2012) e consequentemente os níveis de stress parental de ambos os pais, sentindo-se estes mais informados e preparados para receber o novo membro da família.

TIPO DE PARTO DAS MÃES E STRESS PARENTAL

Na nossa amostra existiram 61 partos por via vaginal (79,2%) e 16 partos por cesariana (20,8%). Dos partos por via baixa, 42 foram normais (54,5%), 3 com auxílio de ventosa (3,9%) e 16 com fórceps (20,8%).

A nossa oitava hipótese afirmava que o tipo de parto influencia o índice de stress parental descrito pelas mães. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ao testarmos esta hipótese, pelo que podemos afirmar que não existe relação entre o tipo de parto e o índice de stress parental.

Ao analisarmos os nossos resultados concluímos que os partos com ventosa ($M = 47,56$), foram os que provocaram um nível de stress mais elevado nas mães, enquanto os partos por cesariana ($M = 35,19$) foram descritos como os menos stressantes comparativamente com os restantes tipos de partos. No entanto, observando os nossos resultados podemos afirmar que as mães que tiveram um parto com fórceps foram as que se apresentaram mais satisfeitas, as de parto com ventosa as mães mais preocupadas, com mais medos e angústias e que sentiram mais falta de controlo durante o parto comparativamente aos restantes tipos de parto.

Carvalho (2009) nos seus estudos sobre a adaptação à parentalidade, corroboram os nossos resultados ao concluírem que para a sua subescala H – Sentido de competência, as mães que tiveram um parto por via vaginal relatam mais stress ($M = 31,65$) do que as submetidas a um parto por cesariana ($M = 29,15$), percecionando-se como menos competentes. Pedrosa (2011) referiu o estudo de Donelli, Lima e Piccinini (2005) sobre “o Antes e o Depois: Espectativas e Experiências de Mães sobre o Parto”, que pretendia perceber se o parto normal estaria associado com uma vivência positiva da experiência, enquanto a cesariana estaria associada com vivências negativas. Apesar de não serem encontradas tendências com significância estatística, foi perceptível que a cesariana esteve associada a maior incidência de sentimentos positivos do que de sentimentos negativos, o que valida os nossos resultados.

A contrariar estes resultados apresentamos o estudo de Santos (2011) sobre “Preocupações Maternas no Pós-parto”, onde foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a paridade e as preocupações maternas, ou seja, as mulheres de parto distócico apresentam maiores preocupações em relação à família, à comunidade e ainda no conjunto global das preocupações, justificando este facto com a perceção de que as mães têm um maior período de restabelecimento e um maior grau de dependência nos autocuidados e nos cuidados ao recém-nascido, quando comparadas com as mães de parto eutócico. Costa et al. (2003) e Figueiredo et al. (2002 como referido por Santos, 2011) defendem que as mulheres de parto eutócico se sentem mais satisfeitas em relação às que foram submetidas a cesariana, uma vez que o tempo de recuperação é mais curto e assim podem prolongar o tempo nos cuidados ao recém-nascido fomentando uma relação de maior proximidade/intimidade com o recém-nascido.

Muitas vezes mais importante do que o tipo de parto é quem acompanha o parto, quem está ao lado da mãe nesta altura. Mendes (2012) citando Brazelton e Cramer (1993) e Ribeiro (2005) referem que a presença do companheiro/cônjuge no momento do nascimento diminui a ansiedade e o stress manifestado pela mulher, o que consequentemente pode levar à menor necessidade de administração de analgésicos, levando ao culminar de uma experiência mais positiva para o casal.

PESO DOS RECÉM-NASCIDOS E STRESS PARENTAL

A amostra do nosso estudo era constituída por 77 recém-nascidos, 45 dos quais do sexo masculino e 32 do sexo feminino, onde 65 dos quais era alimentado exclusivamente ao peito (84,4%) e 12 faziam aleitamento misto (peito com leite

adaptado, 15,6%). Desta amostra 3 recém-nascidos apresentavam algum problema de saúde (3,9%) e os restantes 74 não apresentavam qualquer tipo de problema de saúde (96,1%).

No que concerne ao peso, a maioria da amostra de recém-nascidos ($n = 34$) apresentava um peso entre 3000 e 3499 gramas (44,2%), 21 recém-nascidos nasceram com um peso igual ou superior a 3500 gramas (27,3%), 17 recém-nascidos com um peso entre 2500 e 2999 gramas (22,1%) e 5 recém-nascidos apresentavam um peso entre as 2000 e 2499 gramas (6,5%).

A nossa nona e última hipótese afirmava que o peso de nascimento do recém-nascido influencia o índice de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai). Ao testarmos esta hipótese obtivemos diferença estatisticamente significativa na Escala de Stress Parental ($p = 0,014$), onde os pais (mães e pais) de recém-nascidos com um peso igual ou superior a 3500 gramas ($M = 95,38$) apresentam um nível de stress parental superior aos pais (mãe e pai) de recém-nascidos com um peso entre 2000 e 2499 gramas ($M = 63,30$), deste modo, concluímos que existe relação entre o peso de nascimento do recém-nascido e o stress parental descrito pelos pais (mãe e pai).

Encontramos também diferenças estatisticamente significativas na dimensão Preocupações Parentais ($p = 0,033$) entre os pais (mãe e pai) que tiveram um recém-nascido com peso superior ou igual a 3500 gramas ($M = 94,63$) e os pais (mãe e pai) que tiveram um recém-nascido com peso de 3000 a 3499 gramas ($M = 70,64$), onde os primeiros apresentaram um nível de stress superior aos segundos e consequentemente revelaram-se mais preocupados com o elevado peso do recém-nascido.

Foram os pais com um recém-nascido com peso igual ou superior a 3500 gramas que se apresentaram mais stressados para o total da Escala de Stress Parental, relatando também um nível de stress elevado para as diferentes dimensões da escala, salientando assim, que são estes pais que se demonstraram mais preocupados, que revelaram mais receios e angústias, que patentearam menor satisfação e maior falta de controlo relativamente ao peso do recém-nascido.

Não foram encontrados estudos que de alguma forma corroborem os resultados encontrados, no entanto no estudo de Carvalho (2009) “Adaptação à Parentalidade: um desafio para novos pais”, foram encontradas diferenças significativas para a subescala N – Isolamento social, onde as mães com recém-nascidos com peso entre 3000 e 3499 gramas ($M = 13,08$) descrevem menor isolamento social do que as mães com recém-nascidos onde o peso é igual ou superior a 3500 gramas ($M = 15,10$).

Também nos seus estudos sobre “Stress Parental e Prematuridade” Baião (2009) mostra que as mães de bebês prematuros (peso inferior a 2500 gramas) manifestam níveis mais baixos de stress (Total de Stress), comparativamente com as mães de bebês com peso superior a 2500 gramas.

Contrariando os nossos resultados Baião (2009) citando Singer et al. (1999) refere que as mães com RN com peso abaixo dos 2500 gramas, quando comparadas com as mães com recém-nascidos com peso superior a 2500 gramas, manifestavam níveis mais elevados de stress no desempenho do seu papel parental.

Para recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas, Lau (2001) e Pedrosa et al. (2005 como referido por Baião, 2009) concluíram dos seus estudos que as mães demonstram um nível de stress parental mais elevado em relação aos pais, justificando que a figura paterna manifesta menos emoções negativas, o que não se verifica para o nosso estudo, onde os pais ($M = 32,70$) se demonstram mais stressados do que as mães ($M = 31,30$) quando o recém-nascido apresenta um peso entre 2000 a 2499 gramas, estes resultados poderão ser justificados com os estudos de Baião (2009) onde afirma que os pais percecionam os filhos como alvo de maior exigência nos cuidados de que necessitam, sentindo-se menos competentes no desempenho parental.

De acordo com a nossa experiência profissional, associamos o elevado nível de stress descrito pelo pai quando o recém-nascido apresenta um peso superior a 3500 gramas, com o referencial social de um parto mais difícil e com mais complicações maternas quando o recém-nascido é muito grande, havendo também a preocupação e ansiedade da mãe em produzir leite materno suficiente para alimentar um recém-nascido com elevado peso (não tendo sido encontrado suporte literário que sustente estas afirmações).

Chegados a este ponto, podemos responder às questões de investigação formuladas para este estudo. No que concerne à questão de investigação “Será que as variáveis obstétricas influenciam o nível de stress parental após o nascimento do seu filho?”, podemos concluir através dos resultados expostos, que não foram encontradas variáveis obstétricas que demonstrassem diferença estatisticamente significativa, logo estas parecem não influenciar o nível de stress parental dos pais (mãe e pai).

Quanto à questão de investigação “Será que as variáveis sociodemográficas dos pais (mãe e pai) influenciam o nível de stress após o nascimento do seu filho?”, concluímos que das variáveis em estudo, as habilitações académicas e o planeamento da

gravidez revelam diferença estatisticamente significativa para o total da Escala de Stress Parental, pelo que confirmamos que estas variáveis influenciam o stress parental de ambos os pais.

Também para a questão: “Será que as características do recém-nascido influenciam o nível de stress parental?”, podemos responder afirmativamente para o peso do recém-nascido que demonstrou diferenças estatisticamente significativas para a Escala de Stress Parental.

Assim, afirmamos que o stress parental depende de um conjunto de fatores, sendo as características dos pais, criança e do meio, que irão determinar o comportamento parental (Abidin, 1992).

CONCLUSÃO

A presente dissertação que agora finalizamos constituiu uma oportunidade de aprendizagem, descoberta e um grande desafio nesta caminhada académica.

De modo a possibilitar que o conhecimento produzido possa ser analisado criticamente e integrado noutros estudos e para que haja possibilidade de validação dos resultados em diferentes contextos e/ou através de diferentes metodologias, é um dever ético do investigador fazer a divulgação dos resultados da sua pesquisa, podendo inclusive consignar ganhos em saúde através da criação de evidência científica que possa orientar os cuidados de enfermagem (Martins, 2008).

Objetivava-se com este estudo conhecer o nível de stress parental descrito pelos pais (mãe e pai) às seis semanas após o parto, assim como descobrir quais as características do recém-nascido, sociodemográficas e obstétricas dos pais (mãe e pai) que influenciassem o nível de stress parental após o nascimento do seu filho.

Desta forma e tendo em conta a amostra por nós considerada, verificou-se através da *Escala de Stress Parental* que os níveis de stress parental eram baixos para a maioria das mães (93,5%) e pais (96,1%) da nossa amostra, tendo apenas um pai revelado um nível de stress elevado.

Relativamente às características do recém-nascido, sociodemográficas e obstétricas dos pais (mãe e pai), podemos concluir através do exposto ao longo do último capítulo, que existem variáveis que revelaram diferenças estatisticamente significativas em detrimento de outras, provavelmente por motivos que se prendem com algumas limitações do estudo, como por exemplo o facto de os questionários serem respondidos todos às 6 semanas após o parto, estando sujeito às determinantes da maternidade/paternidade implícitas a esse momento do tempo.

Das características do recém-nascido e sociodemográficas dos pais (mãe e pai) que revelaram diferenças estatisticamente significativas detetamos:

- as habilitações académicas, onde os pais (mãe e pai) com um menor nível de instrução se demonstram mais stressados, com uma maior falta de controlo, mais receosos e mais angustiados relativamente ao papel parental comparativamente aos pais (mãe e pai) que terminaram o ensino secundário. Estes pais ainda demonstraram que relativamente à dimensão Medos e

Angústias o nível de stress é superior aqueles que concluíram um ensino superior. Estes resultados poderão ser consequência da existência de menos recursos e estratégias, dos pais com menos instrução académica, para lidar com as situações relativas ao recém-nascido e à transição para a parentalidade;

- o planeamento da gravidez, revelou-nos que os casais que não planearam a gravidez acusam um nível de stress mais elevado, demonstram mais preocupações parentais e mais medos e angústias em comparação com os pais (mãe e pai) que fizeram um planeamento da gravidez. A justificação destes resultados prende-se com a surpresa e o facto de os pais que não planearam a gravidez não estarem preparados para toda a panóplia de alterações que o ser mãe/pai exigem;
- o peso do recém-nascido, tem relação com o stress parental demonstrando que os pais (mãe e pai) com um recém-nascido com peso superior ou igual a 3500 gramas apresentam um nível de stress superior aos pais (mãe e pai) com um recém-nascido com um peso entre 2000 e 2499 gramas. Relativamente aos pais (mãe e pai) de recém-nascidos com um peso igual ou superior a 3500 gramas estes também revelaram significativamente maiores Preocupações Parentais do que os pais que tiveram um recém-nascido com um peso entre 3000 e 3499 gramas. Pela nossa experiência profissional, pensamos que podemos justificar este facto com o estereótipo social de que quanto maior o bebé, mais difícil será o parto e consequentemente maiores serão as complicações maternas daí resultantes.

Apesar de a variável género não ter revelado diferença estatisticamente significativa para o total da Escala de Stress Parental, demonstrou existir diferença estatisticamente significativa para uma das dimensões da escala, mais concretamente na dimensão Satisfação. Relativamente ao género dos pais (mãe e pai), podemos concluir que contrariamente aos resultados já existentes na literatura, os pais revelaram-se mais stressados e consequentemente menos satisfeitos no desempenho do seu papel parental do que as mães, o que pode advir do aumento da participação do pai nas atividades relacionadas com a gravidez e nos cuidados ao recém-nascido.

Também na variável “número de filhos”, não foi detetada diferença estatisticamente significativa para o total da Escala de Stress Parental, sendo revelada diferença estatisticamente significativa para a dimensão Medos e Angústias, onde os pais (mãe e pai) múltiparos se demonstram mais stressados que os pais (mãe e pai) primíparos

e consequente mais receosos no desempenho do seu papel como pais. Apesar de os resultados não revelarem diferenças significativas do ponto de vista estatístico para os restantes resultados, observou-se que os pais e mães com mais do que um filho se apresentam mais stressados e com maior falta de controlo nas suas tarefas parentais que os pais e mães que estão a vivenciar a parentalidade pela primeira vez. Por seu turno, estes demonstram-se mais preocupados com as suas responsabilidades parentais e menos satisfeitos no desempenho do seu papel parental. Era expectável que os pais (mãe e pai) primíparos fossem os mais stressados com esta nova situação de vida, uma vez que é tudo novidade e eles são inexperientes, no entanto os pais (mãe e pai) múltiplos além de terem de alterar toda a dinâmica de dia-a-dia têm ainda um outro filho para cuidar, educar e sustentar, o que, conhecendo todas as dificuldades que esse processo acarreta, poderá justificar os resultados obtidos neste estudo.

Quanto às características sociodemográficas dos pais (mãe e pai) e obstétricas da mãe que não revelaram significância estatística podemos reter que:

- os pais mais jovens (de 20 a 25 anos) são os que apresentam tendencialmente mais medos e angústias no desempenho do seu papel parental, enquanto os pais mais velhos (mais de 40 anos) se demonstram menos satisfeitos e revelam maior falta de controlo. Já os pais com idades entre os 36 e os 40 anos revelam maiores preocupações parentais e um maior nível de stress geral em relação às restantes faixas etárias. Enfatizando assim algumas contradições já descritas na literatura, onde se apontam os pais mais jovens como mais stressados e menos capazes de desenvolverem com sucesso o seu papel parental, ao invés de quem defende que são os pais com mais idade, que devido ao cansaço e falta de paciência, se demonstram mais stressados;
- os pais empregados revelaram um nível de stress superior relativamente aos pais desempregados. As mães desempregadas apresentam-se mais stressadas, mais preocupadas, menos satisfeitas, com maiores receios e mais angustiadas em relação às mães que possuem um emprego, demonstrando estas maior falta de controlo nas suas responsabilidades maternas. Ter um emprego significa segurança financeira e a possibilidade de poder proporcionar um melhor nível de vida à família, no entanto, também significa menos tempo junto dos nossos, o que obriga a uma maior valorização e aproveitamento do tempo que passamos com eles, justificando deste modo o resultado encontrado;

- os pais (mãe e pai) que não fizeram um curso de preparação para o nascimento demonstram um nível de stress superior aos pais que frequentaram as aulas de preparação para nascimento. Porém as mães que frequentaram estas aulas, apresentam-se mais stressadas nas dimensões Preocupações Parentais e Satisfação, ou seja, encontram-se mais preocupadas e menos satisfeitas com o seu papel maternal. Como concluímos anteriormente o curso de preparação para o nascimento é um bom ajudante na transição para a parentalidade, uma vez que empodera os pais no seu novo papel;
- as mães com um parto por cesariana demonstram-se menos stressadas que as mães com um parto por via vaginal, o que pode resultar de os partos por cesariana serem maioritariamente, programados e mais controlados sem necessidade de colaboração materna. As mães com partos com ventosa foram as que referiram um nível de stress mais elevado, talvez pelo receio que um parto instrumentado transmite e temor pelas deformações que a ventosa possa causar nos recém-nascidos.

Posto isto, conseguimos identificar as características maternas, paternas e do recém-nascido mais suscetíveis de desenvolverem um nível de stress parental elevado, pelo que é nelas que os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia, enquanto profissionais de saúde que mais contacta com os casais, se devem focar e trabalhar de modo a detetar precocemente situações de risco, por forma a atuar junto dos progenitores, na prevenção de grandes preocupações parentais, medos e angústias, falta de controlo e garantir uma maior satisfação dos pais (mãe e pai) no seu desempenho parental.

O stress parental constitui um processo complexo, cujos efeitos são diferentes para cada figura parental e para cada filho, com repercussões na dinâmica familiar, logo os enfermeiros EESMO devem possuir a experiência, o conhecimento e a competência para compreenderem as necessidades do casal e de cada figura paterna individualmente, de modo a poder empoderá-los no seu processo de transição, de acordo com as suas necessidades de aprendizagem, as suas necessidades emocionais e as suas estruturas sociais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações deste estudo, destacamos a dificuldade na recolha bibliográfica, uma vez que ainda existe pouca investigação na área do stress parental, assim como a

escassez da teoria que a sustenta, havendo necessidade de cada vez mais direccionar a investigação para a prática de enfermagem centralizada na pessoa em processo de transição.

O facto de ter um período de tempo de 6 semanas que serviu de suporte à realização deste estudo, poderá ter influenciado a caracterização do stress parental nas várias dimensões (Preocupações Parentais, Satisfação, Falta de Controlo e Medos e Angústias) e ser discutível se será o espaço temporal ótimo para responder ao questionário.

A investigação ter decorrido apenas numa instituição de saúde também se torna uma limitação do estudo, uma vez que a amostra fica confinada a um conjunto de pessoas de determinada área geográfica, com hábitos e dinâmicas de trabalho peculiares.

Quanto à constituição da amostra, a técnica de amostragem utilizada, por seleção accidental, constitui-se como uma limitação do estudo realizado. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendioso, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população, para além de que os resultados dependem da sinceridade, honestidade e disponibilidade dos participantes.

Apesar das limitações referidas e tendo em conta o tempo e os recursos disponíveis, consideramos que os métodos utilizados na realização deste estudo terão sido os mais exequíveis.

SUGESTÕES

Era essencial perceber o modo como os enfermeiros trabalham a consulta de planeamento familiar, as consultas pré-natais, as aulas de preparação para o nascimento, a alta para o domicílio, de modo a contornar as situações detetadas nos nossos resultados, por forma a promover a saúde e prevenir perturbações relativas à mesma.

Desenvolver um sistema de visitas domiciliárias de apoio à maternidade/ paternidade seria fundamental para que os pais se sentissem mais apoiados e acompanhados nesta transição.

Sugere-se a realização de estudos subsequentes desta natureza que possam aprimorar as limitações destacadas, com apoio fundamentado noutras fontes contextuais, com recurso a diferentes metodologias e a populações mais abrangentes.

Tornar-se pai e mãe é uma das maiores dádivas, proporcionando momentos únicos e gratificantes, mas ao mesmo tempo é sinónimo de grandes responsabilidades, competências e saberes necessários à sua efetividade, convertendo-se assim numa transição crítica devido às implicações na vida e saúde emocional dos pais, logo cabe ao enfermeiro EESMO dar-lhes as ferramentas necessárias para coadjuvar uma transição e manutenção dos papéis parentais bem sucedida.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamenese e recurso aos cuidados informais* (2ª ed.), 156 p.. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Abreu, T., & Assude, V. (2014). Nascimento de uma mãe e de um pai. *O nosso bebé*, 13.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress: causas, prevenção e controlo*, 176 p.. Lisboa: Texto Editora.
- Apóstolo, J. M. (1999). As perturbações afectivas no pós-parto. *Referência*, 2, pp.13-20. Coimbra.
- Barata, A. C. F. (2013). *Avaliação do estado funcional em pais primíparos e pais múltiparos às 6-8 semanas* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Baião, R. D. M. (2009). *Stress parental e prematuridade* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.) *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, Cap. 12 (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.), 1017 p.. Loures: Lusociência.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2005). Para uma nova clínica de pais e bebés. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, Cap. 15 (pp. 409-432). Lisboa: Fim de Século.
- Camarneiro, A. P. F. (1998). *A gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé: consequências da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.

- Camarneiro, A. P. F. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação* (Tese de doutoramento em Psicologia). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Portugal.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicopatologia da gravidez e da maternidade*, 407 p.. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade-compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, Cap. 9 (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M. C., & Ramos, M. M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 399-413. Lisboa.
- Carvalho, J. (2009). *Adaptação à Parentalidade: um desafio para novos pais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 1(61), 679-704.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. I. Meleis *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*, 209 p.. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 381-398. Lisboa. ISSN 0870-8231.
- Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise psicológica*, 3, 365-371. ISSN 0870-8231.
- Costa, C. (2011). *Indutores do stress parental* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa do Porto, Portugal.

- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha]. 14:2, p. 190-198. [Consult. 17 Novembro 2016]. Disponível na Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200007&lng=pt&nrm=iso
- Cronin, S., Becher, E. H., Christians, K. S., Maher, M., & Dibb, S. (2015). Parents and Stress: Understanding Experiences, Context and Responses. *Children, Youth & Family Consortium*, pp. 1-17. Minnesota.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*, 261 p. Coimbra: Quarteto.
- Cruz, A. C. F. F. (2014). *Perceção de dificuldades e competências no autocuidado e no cuidar do recém-nascido de termo: estudo entre primíparas e múltiparas no puerpério* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Farré, M. C. V., & Peyrí, M. T. P. S. (1997). *Nascer e crescer, o mundo do seu filho passo a passo: depois do parto*, Vol. 7. Barcelona: SALVAT.
- Figes, Kate (1998). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad.), 388 p.. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, 595 p.. Loures: Lusodidacta.
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos de intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno* (Tese de doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Gomez, R., & Leal, I. (2009). Stress parental no período pós-parto: adaptação do parental stress inventory para a população portuguesa. *Psychologica*, 50, p. 361-372. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Instituto Nacional de Estatística, I.O. (2011). *Classificação Portuguesa das profissões 2010*. Lisboa, Portugal: autor.
- Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, 447 p.. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, 246 p.. Porto: Livpsic.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.), 330 p.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). *Estratégias de coping no exercício da parentalidade e a sua relação com os factores sociodemográficos*. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Lopes, M. S., Lopes, F. O. C. F., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). *Parentalidade nos primeiros três anos da criança: stress e coping auto relatados pelos pais*. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Marques, F. (1997). *Dúvidas da grávida nulípara no terceiro trimestre* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Portugal.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética, 2 (12), 62-66. *Pensar Enfermagem*. Lisboa.
- Medinas, M. A., & Santos, A. C. (2002). O paradigma da maternidade: o desejo de ser mãe/capacidade para cuidar. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 3, 11-16. Almada.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., Deanne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Journal of Advances in Nursing Science*, 123, 12-28. Oxford: Aspen Publishers.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. LIPPENCOTT WILLIAMS & WIL.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company, Incorporated.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5ª ed.), 672 p.. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*, 305 p.. Coimbra: Mar da palavra.

- Montgomery, M. (2005). *O novo pai* (12ª ed.), 149 p.. São Paulo: Ediouro.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossintomatológica entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 399-413.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica [Em linha]. Acedido em 1 Março 2015 disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>>. 15 p.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*, 24 p.. Lisboa, Portugal: Autor.
- Padilla, J. P., Lara, B. L., & Álvarez-Dardet, S. M. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio com madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 1(17), 47-47. Bogotá.
- Pedrosa, A. M. (2011). *Competências das puérperas no cuidar do recém-nascido: estudo dos factores associados* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pereira, S. S. (s.d.) Planeamento psicológico da gravidez. [Em linha] Acedido em 18 de Novembro de 2016. Disponível em <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/planeamento-psicologico-da-gravidez>.
- Pereira, C. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: Contributos da Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Portugal.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed.), 690 p.. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 972-618-391-X
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.), 391 p.. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prazeres, A. T. A., & Castro, R. C. B. M. R. (2000). Revisão bibliográfica dos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Enfermagem*, 5-7. UNISSA.

Regulamento n.º 127/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica. (de 18 de Fevereiro de 2011). *Diário da República*, 2ª série. Nº 35, 8662-8666. Obtido em 28 de janeiro de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pt

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica* (2ª ed.), 236 p.. Porto: Edições Afrontamento.

Rocha, C. M. S. F. (2012). *Stress parental em crianças hospitalizadas: influência de variáveis socio demográficas e clínicas* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Roque, V. (2013). *Variáveis sociodemográficas e familiares e sentido de competência parental* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra, Portugal.

Santos, T. M. R. (2011). *Preocupações maternas no pós-parto: estudo em puérperas às três semanas após a alta da maternidade* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Schumacher, K. L., Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 2 (26), p. 119-127.

Silva, A. R. (2012). *Factores preditivos do stress parental* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

Silva, A. C. D., Coutinho, M., & Lourenço, S. (2013). Tornar-se família, quando dois passam a três. *O nosso bebé*, 8, 20-24.

Silva, C. S., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 17-26.

Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 43, 284-289. Doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x.

Stern, D., & Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Âmbra. 247 p..

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.

- Vazão, C. F. (2012). *Vinculação pré-natal: contributos da preparação para o parto e parentalidade* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Widarsson, M., Engstrom, G., Berglund, A., Tydén, T., & Lundberg, P. (2014). Parental stress and dyadic consensus in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Caring Sciences*, 28, 689-699.
- Williams, R. P. (s.d.) Dinâmica familiar após o nascimento. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.), Unidade V, Cap. 17 (pp. 467-480). Loures: Lusociência.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, 3(7), 25-32. Ribeirão Preto, Brasil.
- Zigel, E., & Cranley, M. S. (1985). *Enfermagem Obstétrica* (8ª ed.), 696 p.. Rio de Janeiro: Edições Guanabara.

ANEXOS

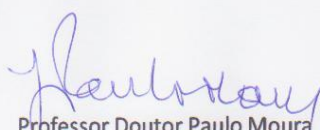
ANEXO I

Declaração de autorização do Exmo. Senhor Diretor da Maternidade Doutor Daniel de
Matos

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento, concordar e apoiar a realização do *Estudo de Investigação* apresentado Sra. Enfermeira Maria Emanuel Figueirinhas Luís, sob o tema: "TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E STRESS PARENTAL: ESTUDO EM PAIS ÀS SEIS SEMANAS PÓS PARTO".

Serviço de Obstetrícia A, 30 de janeiro de 2015


Professor Doutor Paulo Moura

Diretor de Serviço

ANEXO II

Escala de Stress Parental

COD: _____

ESCALA DE STRESS PARENTAL

(Maria de Lurdes Mixão, Isabel Leal, João Maroco; 2007)

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando o número no respetivo espaço, de acordo com a grelha seguinte.

1

Discordo

Totalmente

2

Discordo

3

Indeciso

4

Concordo

5

Concordo

Totalmente

1. Estou contente no meu papel de pai (mãe). ----- ☐
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s). ----- ☐
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.----- ☐
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s). ----- ☐
5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s). ----- ☐
6. Gosto de passar tempo com o(s) meu(s) filho(s). ----- ☐
7. O(s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afeto para mim. ----- ☐
8. A maior fonte de Stress da minha vida é o meu(s) filho(s). ----- ☐
9. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.----- ☐
10. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro. ----- ☐

11. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s). --- ☐
12. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante
para mim.----- ☐
13. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).----- ☐
14. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).----- ☐
15. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.----- ☐
16. Sinto-me satisfeito(a) como pai (mãe).----- ☐
17. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.----- ☐

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização ao Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, E.P.E.

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

Maria Emanuel Figueirinhas Luís, enfermeira na Maternidade Dr. Daniel de Matos, estudante do curso de mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a V.^ª Ex.^ª autorização para a aplicação de um questionário aos pais no puerpério da Maternidade Dr. Daniel de Matos, no âmbito da sua tese de mestrado cujo tema é a *“Transição para a Parentalidade e Stress Parental: estudo em pais às 6 semanas pós-parto”*, trabalho orientado pela Prof. Júlia Carvalho, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Com a realização deste estudo, pretendemos identificar e conhecer as dificuldades percecionadas pelo casal nos primeiros momentos após o nascimento do seu filho.

Comprometemo-nos a assegurar a participação voluntária e informada dos pais, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados, utilizados apenas para a concretização deste estudo.

Anexamos cópia do questionário a aplicar, assim como modelo do consentimento informado.

Pede Deferimento

(Maria Emanuel Figueirinhas Luís)

Coimbra, 19 de Janeiro de 2015

APÊNDICE II

Declaração de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu (nome em letra maiúscula), _____, abaixo-assinado, concordo em participar voluntariamente num estudo da autoria de Maria Emanuel Figueirinhas Luís cujo tema é a “*Transição para a Parentalidade e Stress Parental: estudo em pais às 6 semanas pós-parto*”, cujo objetivo principal é identificar e conhecer as dificuldades percebidas pelo casal nos primeiros momentos após o nascimento do seu filho.

A minha participação consiste no preenchimento de um questionário constituído por duas partes, a primeira relativa a questões de caracterização pessoal e a segunda composta por uma escala de stress parental.

Estou ciente de que terei:

1. A garantia de receber esclarecimento em qualquer momento que julgar necessário, antes e durante a minha participação no estudo;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade para mim;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
4. Assegurado que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico;
5. Os resultados do estudo estarão disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e directamente através da investigadora.

A assinatura abaixo representa a minha anuência em participar no presente estudo.

Data: ____ / ____ / 2016

(Assinatura da Mãe participante)

(Assinatura do Pai participante)

Forma de contacto com o participante (para envio de uma cópia do presente documento e/ou comunicação dos resultados):

Telefone da Mãe:

E-mail da Mãe:

Telefone do Pai:

E-mail do Pai:

Contacto com autora do estudo:

Maria Emanuel Figueirinhas Luís

E-mail: maryfigueirinhas@gmail.com

Telemóvel: 965643306

APÊNDICE III

Questionário de caracterização sociodemográfica e obstétrica – versão materna

COD: _____

PARTE I

MÃE

I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Estado civil:

Solteira ☐

Divorciada/Separada ☐

Casada/União de fato ☐

Outro ☐

3. Habilitações Literárias

1º Ciclo (1º - 4º anos de escolaridade) ☐

Secundário ☐

2º Ciclo (5º - 6º anos de escolaridade) ☐

Curso Superior ☐

3º Ciclo (7º - 9º anos de escolaridade) ☐

Não sabe ler nem ☐

escrever

4. Situação Profissional

Empregada ☐

Doméstica ☐

Desempregada ☐

Reformada ☐

5. Atividade Profissional (descreva por favor de forma completa)

6. Com quem mora?

Sozinha ☐

Com o marido/companheiro ☐

Com os pais ☐

Com os sogros ☐

Outra, qual? _____

II - DADOS OBSTÉTRICOS

7. Paridade

1º Filho ☐

2º ou mais filhos ☐

8. A atual gravidez foi planeada?

Sim ☐

Não ☐

9. A gravidez foi aceite por ambos os membros do casal?

Sim ☐

Não ☐

10. A gravidez decorreu

Sem complicações ☐

Com complicações ☐

11. Onde foi vigiada durante a gravidez?

Não vigiada ☐

Centro de saúde ☐

Maternidade ☐

Consultório Privado ☐

12. Frequentou algum curso de preparação para o nascimento?

Sim ☐

Não ☐

III – TRABALHO DE PARTO\PARTO

13. Tipo de parto atual?

Normal ☐

Fórceps ☐

Ventosa ☐

Cesariana ☐

14. Analgesia (anestesia) no trabalho de parto

Analgesia Epidural ☐

Analgesia Sistémica (sedação) ☐

Nenhuma ☐

IV – RECÉM-NASCIDO

15. Data de Nascimento __/__/2015 Idade: _____semanas

16. Sexo

Feminino ☐ Masculino ☐

17. Peso de Nascimento _____gr

18. Tipo de alimentação?

Exclusivamente ao peito ☐

Ao peito com leite adaptado ☐

Só leite adaptado ☐

19. Situação de saúde do seu filho

Sem problemas de saúde ☐

Com algum problema de saúde ☐

Com muitos problemas de saúde ☐

20. Obtém/obteve apoio perante as dificuldades que surgem/surgiram na adaptação à maternidade? Onde?

APÊNDICE IV

Questionário de caracterização sociodemográfica – versão paterna

COD: _____

PARTE I

PAI

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Estado civil:

Solteiro ☐

Divorciado/Separado ☐

Casado/União de fato ☐

Outro ☐

3. Habilitações literárias

1º Ciclo(1º - 4º anos de escolaridade) ☐

Secundário ☐

2º Ciclo(5º - 6º anos de escolaridade) ☐

Curso Superior ☐

3º Ciclo(7º - 9º anos de escolaridade) ☐

Não sabe ler nem escrever ☐

4. Situação Profissional

Empregado ☐

Doméstico ☐

Desempregado ☐

Reformado ☐

5. Atividade Profissional (descreva por favor de forma completa)

6. Com quem mora?

Sozinho ☐

Com a mulher/companheira ☐

Com os pais ☐

Com os sogros ☐

Outra, qual? _____ ☐

7. Quantos filhos tem

É o 1º filho ☐

É o 2º filho ou mais ☐

8. A atual gravidez da sua esposa, foi planeada?

Sim ☐

Não ☐

9. A gravidez foi aceite por ambos os membros do casal?

Sim ☐

Não ☐

10. Frequentou algum curso de preparação para o nascimento?

Sim ☐

Não ☐

11. Obtém/obteve apoio perante as dificuldades que surgem/surgiram na adaptação à paternidade? Onde?
