

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Adaptação à Parentalidade:
um desafio para novos pais**

Estudo do stresse parental em pais primíparos

Júlia Maria das Neves Carvalho

Coimbra, 2009

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**Adaptação à Parentalidade:
um desafio para novos pais**

Estudo do stresse parental em pais primíparos

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, área de Especialização em Educação e Desenvolvimento Social, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Sob a orientação da Professora Doutora
Maria Filomena Ribeiro da Fonseca Gaspar

**Júlia Maria das Neves Carvalho
Coimbra, 2009**

À minha filha Ana Rita, estrela da minha vida

À Professora Lígia Catarino,
por nos ter brindado com a sua presença
e apesar de já não estar entre nós
o seu exemplo de vida ficará para sempre gravado no nosso coração

AGRADECIMENTOS

A toda as mães e pais que tão generosamente aceitaram participar neste estudo partilhando connosco as suas experiências relativas à sua recente condição de pais. A atenção, simpatia e disponibilidade com que sempre nos brindaram foram notáveis, a todos eles o meu/nosso sincero obrigado.

À Senhora Professora Doutora Maria Filomena Ribeiro da Fonseca Gaspar pela orientação, amizade e estímulo dispensados desde a fase embrionária deste trabalho. Agradeço a confiança que em mim depositou desde o início e as palavras e mensagens de incentivo com que sempre me presenteou particularmente nos momentos de crise.

À Maternidade de Bissaya Barreto, com uma atenção especial para as colegas enfermeiras dos serviços de internamento do puerpério e para as colegas da consulta de vigilância pré-natal, por toda a colaboração prestada no recrutamento dos pais.

Às minhas colegas e amigas Ana-Bela e Isabel pelas sugestões, amizade, apoio, incentivo e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

Ao Jorge, meu marido um agradecimento especial pela compreensão e apoio e por todas as coisas que não é possível descrever.

A todos o meu sincero

MUITO OBRIGADO!

ÍNDICE

Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo I – A parentalidade no projecto de vida do casal	5
1.1. – Adaptação da mulher ao papel maternal	9
1.2. – Adaptação do homem ao papel paternal	13
1.3. – Teorias psicossociais sobre a adaptação à parentalidade	16
1.3.1. – Teoria da vinculação	16
1.3.2. – Teoria ecológica	18
1.3.3. – Teoria desenvolvimentalista	21
1.4. – Stresse e adaptação na transição para a parentalidade	23
Capítulo II – Impacto do nascimento dos filhos na família e na relação conjugal	30
2.1. – Na família	31
2.2. – Na dinâmica do casal	33
2.3. – Na integração da parentalidade.....	36
Capítulo III – Parentalidades tardias: contextualização do fenómeno	40
3.1. – Factores condicionantes da maternidade/paternidade tardia.....	42
3.2. – Vantagens e desvantagens associadas à maternidade/paternidade tardia.....	48
Capítulo IV – As intervenções do enfermeiro no processo de adaptação à parentalidade.....	55
4.1. – Intervenções do enfermeiro durante a gravidez.....	59
4.2. – Intervenções do enfermeiro após o nascimento do bebé.....	64

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO: CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

Capítulo V – Metodologia da investigação	71
5.1. – Desenho e objectivos da investigação.....	72
5.2. – Questões e hipóteses da investigação	73
5.3. – Variáveis	74
5.4. – População e amostra.....	83
5.5. – Instrumento de recolha de dados	85
5.6. – Procedimentos de análise dos dados	87
5.7. – Procedimentos éticos e formais.....	88
Capítulo VI – Apresentação e análise dos dados e resultados	90
6.1. – Caracterização da amostra	90
6.2. – Apresentação e análise dos resultados	99
6.2.1. – Idade e stresse parental	101
6.2.2. – Género e stresse parental	105
6.2.3. – Habilitações académicas e stresse parental	106
6.2.4. – Situação no emprego e stresse parental	108
6.2.5. – Nível socioeconómico e stresse parental	110
6.2.6. – Planeamento da gravidez e stresse parental	113
6.2.7. – Frequência do curso de preparação para o parto e stresse parental	115
6.2.8. – Tipo de parto e stresse parental	116
6.2.9. – Peso do recém-nascido e stresse parental	117
Capítulo VII – Discussão dos resultados	120
Conclusão.....	140
Referências bibliográficas.....	145
Anexos	162
Anexo I – Declaração de consentimento informado.....	163
Anexo II – Pedido de autorização ao Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.....	165

Lista de Quadros

Quadro 1 – Características sociodemográficas das mães, dos pais e do total da amostra: idade, estado civil, habilitações académicas, nível socioeconómico e situação profissional	92
Quadro 2 – Distribuição da profissão das mães, dos pais e do total da amostra, segundo a Classificação Nacional de Profissões.....	93
Quadro 3 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, segundo a maternidade/paternidade antes ou após os 30 anos de idade	94
Quadro 4 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, com 30 ou mais anos, segundo os motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia	95
Quadro 5 – Distribuição dos motivos para a maternidade tardia nas mães com 30 ou mais anos em função do nível socioeconómico	96
Quadro 6 – Distribuição dos motivos para a paternidade tardia nos pais com 30 ou mais anos em função do nível socioeconómico	96
Quadro 7 – Aspectos relativos ao percurso da gravidez das mães, dos pais e do total da amostra: planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência do curso de preparação para o parto.....	97
Quadro 8 – Características relativas à gravidez e trabalho de parto (complicações na gravidez, tipo de parto e tipo de analgesia): mães	98
Quadro 9 – Dados relativos ao recém-nascido: sexo, tipo de alimentação, situação de saúde e peso de nascimento	99
Quadro 10 – Médias e desvios-padrão das subescalas e total do ISP – Domínio dos pais: mães, pais e total da amostra.....	100
Quadro 11 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade dos pais agrupada em dois grupos: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	102

Quadro 12 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade dos pais agrupada em quatro grupos: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância.....	104
Quadro 13 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, entre mães e pais: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	105
Quadro 14 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função das habilitações académicas: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância	107
Quadro 15 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da situação actual de emprego: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	109
Quadro 16 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função do nível socioeconómico: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância	112
Quadro 17 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função do planeamento da gravidez: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	114
Quadro 18 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da frequência do curso de preparação para o parto: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	116
Quadro 19 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, de acordo com o tipo de parto: médias, desvios-padrão e valores do teste t de <i>Student</i>	117
Quadro 20 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães e pais, em função do peso do recém-nascido: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância	119

Resumo

O nascimento do primeiro filho é um dos acontecimentos mais marcantes na vida do casal, sendo geralmente acompanhado por mudanças significativas a nível do sistema familiar. Se até esse momento o casal se encontrava concentrado na sua vida conjugal e nos respectivos percursos individuais, a partir desse instante as suas vidas assumem uma nova configuração, onde as duas pessoas continuarão a viver a sua conjugalidade com uma nova tarefa ao nível da parentalidade, que é ser pai e mãe.

As implicações que daí advêm impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte dos indivíduos. Na verdade, esta opinião é também partilhada por Relvas (2000) ao afirmar que tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e à comunidade.

Com este estudo pretendemos conhecer a adaptação dos pais durante o percurso de transição à parentalidade, após o nascimento do primeiro filho em situação normal (6 semanas após), sob a perspectiva de stresse parental, bem como a influência de algumas variáveis.

Neste contexto, desenvolvemos um estudo quantitativo, junto de casais que pela primeira vez estavam a viver o papel de mãe e pai, de modo a conhecer as suas principais dificuldades durante a transição e adaptação a esta nova tarefa. Como indicador de adaptação parental utilizámos o Índice de Stresse Parental (ISP) – Domínio dos pais, versão portuguesa para 1 mês – 3 anos, do *Parenting Stress Index* (PSI) de Abidin. Este instrumento permite-nos determinar as principais fontes geradoras de stresse na relação pais-filhos.

Nesta investigação descritivo-correlacional que apresentamos foram inquiridos 358 indivíduos, dos quais 185 (51,68%) eram mães e 173 (48,32%) eram pais, recrutados na Maternidade de Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., no período entre Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009.

Dos resultados obtidos destacamos que o ISP – Domínio dos pais, difere em função do género e em função da frequência ou não do curso de preparação para o parto, sendo as diferenças estatisticamente significativas. No entanto e para as restantes variáveis em

estudo (idade, habilitações académicas, situação actual no emprego, nível socioeconómico, planeamento da gravidez, tipo de parto e peso do recém-nascido) verificámos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas para o total de stresse, elas são visíveis em algumas subescalas.

Os resultados encontrados sustentam a concepção ecológica do processo de adaptação na transição para a maternidade/parentalidade, onde se distinguem a multiplicidade e a interacção entre os contextos de influência na intelecção desse processo.

Abstract

The birth of the first child is one of the most important events in the couple's life, and it is normally accompanied by significant changes in the family system. If, until this moment, the couple was focused on their marital life and their own individual paths, from this moment on their lives take on a new configuration, in which two people will continue to live their conjugality with a new task in parenthood: being a father and a mother.

The consequent outcomes impose changes at the various levels and demand various responses by the individuals. In fact, this opinion is also shared by Relvas (2000), who argues that becoming a mother/father is an event which results in a change of roles, a redefinition of exterior boundaries, namely the family of origin and the community.

The purpose of this study is to understand the adaptation of parents during the period of transition to parenthood, after the birth of first child, in normal condition (after 6 weeks), under the perspective of parental stress and the influence of some variables.

In this context, a quantitative study was carried out with couples who were experiencing the roles of mother and father for the first time, in order to understand their main difficulties during the transition and adaptation to this new task. We used the portuguese version of the Abidin's Parenting Stress Index – Parent's domain (1 month – 3 years) as an indicator of parental adaptation. This instrument makes it possible to determine the main sources of stress in the parents-children relationship.

In this descriptive-correlational research, 358 individuals were surveyed, and of these, 185 (51.68%) were mothers and 173 (48.32%) were fathers, recruited at the Maternidade de Bissaya Barreto of the Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., from September 2008 to February 2009.

Based on these results, it should be underlined that the PSI – Parent's domain, shows statistically significant differences according to gender and the attendance or not of the childbirth preparation course. However, in the other variables under analysis (age, education, current job situation, socioeconomic level, pregnancy planning, type of delivery, and weight of the newborn), we verified that, although there were no statistically significant differences in the total stress scores, they were not visible in some subscales.

These findings support the ecological conception of the adaptation process in the transition to motherhood/fatherhood, in which the multiplicity and interaction between contexts that influence the intellection of this process are underlined.

Résumé

La naissance du premier fils est un des événements le plus marquant dans la vie du couple, en étant en règle générale accompagné par des changements significatifs à niveau du système familial. Si jusqu'à ce moment le couple se trouvait concentré dans sa vie conjugale et dans respectifs parcours individuels, à partir de cet instant leurs vies supposent une nouvelle configuration, où les deux personnes continueront vivre à leur conjugalité avec une nouvelle tâche au niveau de la parentalité, qui est être père et mère.

Les implications qui là arrivent imposent des changements à plus différents niveaux et exigent réponses variées de la part des personnes. En vérité, cet avis est aussi partagé par Relvas (2000) en affirmant que devenir mère/père est un événement qui mène à la modification de papiers, à la redéfinition des limites face à l'extérieur, notamment la famille d'origine et à la communauté.

Avec cette étude, nous prétendons connaître l'adaptation des parents pendant le parcours de transition à la parentalité après la naissance de leur premier fils, en condition normale (après 6 semaines), sous la perspective de stresse parentale et l'influence de certaines variables.

Dans ce contexte, nous développons une étude quantitative, près de couples qui pour la première fois étaient en vivant le rôle de mère et au père, afin de connaître leurs principales difficultés pendant la transition et adaptation à cette nouvelle tâche. Comme indicateur d'adaptation parentale nous avons utilisé l'Indice de Stresse Parental (ISP) – Domaine des parents, version portugaise pour 1 mois – 3 ans, du Parenting Stress Index (PSI) d'Abidin. Cet instrument nous permet de déterminer les principaux de sources génératrices de stresse dans la relation parents-fils.

Dans cette recherche descriptive-corrélacionnelle que nous présentons ont été enquêtés 358 personnes, desquels 185 (51.68%) étaient des mères et 173 (48.32%) étaient des pères, enrôlées à la Maternidade de Bissaya Barreto du Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., dans le période Septembre 2008 à Février 2009.

Des résultats obtenus nous détachons que ISP – Domaine des parents, diffère en fonction du genre et en fonction de la fréquentation ou non du cours de préparation pour l'accouchement, en étant les différences statistiquement significatives. Néanmoins et pour

les restantes variables en étude (âge, qualifications académiques, situation actuelle d'emploi, niveau socio-économique, planification de la grossesse, type d'accouchement et poids du nouveau-né) nous avons vérifié que malgré de différences statistiquement significatives n'ont pas été observées pour le total de stress, sont visibles dans quelques sub-échelles.

Les résultats trouvés soutiennent la conception écologique du processus d'adaptation dans la transition pour la maternité/parentalité, où se distinguent la multiplicité et l'interaction entre les contextes d'influence dans l'intellection de ce processus.

Introdução

O nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de adaptação na dinâmica do casal sendo responsável por várias mudanças a diversos níveis, nomeadamente conjugal, familiar e social.

As expectativas, com que a família se prepara para a chegada do novo membro, são de facto imensas, em particular para os pais¹ que vivenciam este acontecimento pela primeira vez. Cada criança que chega ao mundo não se incorpora num contexto vazio, muito pelo contrário, nasce em um contexto familiar repleto de fantasias, crenças e valores (Ramos, 2006).

A transição para a parentalidade é uma das mais importantes mudanças do ciclo de vida do casal, transportando consigo um conjunto de modificações individuais, conjugais e sociais para os novos pais. Esta tarefa representa um grande desafio para os pais que consiste em viver a parentalidade em pleno adaptando a vida conjugal à nova realidade.

Apesar de o período de gravidez já se observar, cada vez mais, ser vivido pelo casal como maternidade e paternidade (Rocha, 1993, cit. in Brasileiro, Jablonski & Féres-Carneiro, 2002), trata-se de uma fase onde as fantasias e expectativas do casal ganham expressão, não havendo ainda o impacto real da experiência de tornar-se mãe e pai. Com o nascimento do filho, a transição para a parentalidade não só se dá de forma súbita como também de forma muito intensa, já que cuidar de um bebé é uma actividade que exige disponibilidade integral. Ao tornarem-se mães e pais, mulheres e homens precisam assumir novos papéis sociais, os quais podem exigir uma grande adaptação das suas identidades individuais e principalmente da sua identidade enquanto casal. Na actualidade, este processo torna-se cada vez mais complexo devido às mudanças nas relações contemporâneas de género (Walzer, 1998, cit. in Brasileiro et al., 2002).

Actualmente, a complexidade da vida social e familiar coloca, novos desafios aos homens e às mulheres, ao quererem investir nas várias dimensões da vida. O feminino

¹ Utilizamos a designação pais para nos referirmos aos pais e mães biológicos. Sempre que se revelar necessário especificaremos se se trata do pai e/ou mãe.

deixou de ser definido apenas pelo materno e o masculino começa também a integrar o paterno (Leal, 1999). Neste âmbito, surge o conceito de parentalidade ou função “parental”, tendendo a designar uma atitude de co-responsabilização e co-partilha de tarefas de cuidar dos filhos² alertando para a necessidade da presença e da participação de ambos os progenitores nos cuidados aos seus filhos.

A transição para a parentalidade é reconhecida como um momento que implica um conjunto de mudanças individuais, conjugais e sociais para os novos pais. Apesar de um bebé ser desejado e esperado, a sua vinda acciona um processo irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Giampino, 2000, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005).

Se a adaptação à parentalidade é um processo de transição (com os riscos que qualquer transição pode suportar), a qualidade da interacção e relação pais/filhos pode então, desde logo ser afectada, daí a necessidade de compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período.

Quanto ao contributo do enfermeiro na manutenção da homeostasia deste processo, este é deveras importante porque a sua intervenção pode concorrer significativamente para o sucesso da transição. Daí a pertinência da realização deste trabalho, obtendo conhecimento científico com a finalidade de melhorar as práticas e proporcionarmos um acompanhamento efectivo às famílias.

A realização deste trabalho tem como objectivo principal conhecer a adaptação dos pais durante o percurso de transição à parentalidade após o nascimento do seu primeiro filho em situação normal sob a perspectiva de stresse parental nomeadamente os percursos que as caracterizam. Pretende-se ainda identificar os factores que podem contribuir para uma melhor adaptação, bem como aqueles que poderão constituir algum risco para o seu sucesso.

Quanto à estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, onde procedemos à integração dos vários conteúdos teóricos que sustentam a transição e adaptação à tarefa da parentalidade. Nos seus capítulos iniciamos por referenciar a integração da parentalidade no projecto de vida do casal, seguindo-se das implicações do nascimento dos filhos na família e

² Utilizamos a designação filho/s para nos referirmos ao/s filho/s e à/s filha/s. Sempre que se justifique utilizaremos as duas designações separadamente.

na relação conjugal. No capítulo terceiro faremos referência às parentalidades tardias com a respectiva contextualização do fenómeno. Terminaremos esta primeira parte descrevendo as intervenções do enfermeiro no processo de adaptação à parentalidade.

Nos capítulos que compõem a segunda parte desta dissertação descrevemos o nosso contributo pessoal, apresentando o estudo empírico por nós efectuado. Procedemos então à descrição da metodologia da investigação no capítulo V, logo seguido da apresentação e análise dos dados e resultados no capítulo VI. No último capítulo desta parte apresentaremos a discussão dos resultados, comparando-os com os obtidos por outros investigadores noutros estudos já realizados. Finalizaremos este trabalho com as conclusões e sugestões que considerámos pertinentes.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

A parentalidade no projecto de vida do casal

O nascimento de um filho é visto como momento do ciclo de vida com algumas implicações para o ajustamento psicológico da família e do casal. Envolve um conjunto de reorganizações a nível das funções que os membros do casal desempenham, muitas vezes gerador de perturbação. Esta perturbação ocorre a nível individual, tanto nos pais como nas mães, embora a adaptação de cada um se efectue de forma diferente e a diferentes níveis. Ambos experienciam mudanças em termos emocionais e funcionais, apesar de a forma como essas mudanças entre eles ocorrem ser diferente. Ainda que esta adaptação tenha um carácter individual, ela depende do contexto em que o indivíduo se encontra inserido, as relações que cada um estabelece e os vários papéis que desempenha, indo influenciar na forma como a adaptação irá decorrer.

Tanto o homem como a mulher iniciam a sua transição para a parentalidade como seres separados e distintos, com variados percursos individuais mas com um mesmo objectivo, a formação de uma nova família. Daí que o homem e a mulher com diferentes características biológicas, de personalidade, com distintas atitudes, prioridades e formas diferentes de gerir os seus múltiplos papéis sociais, perspectivem este momento de transição de forma distinta (Ziegel & Cranley, 1985; Williams, 1999; Canavarro, 2001).

Tanto a gravidez, como o parto e o pós-parto são marcados por mudanças acentuadas no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família.

A formação do casal tem início quando dois adultos se unem, com o propósito expresso de formar uma família. Serão esperadas como principais habilidades desta díade a complementaridade e acomodação mútua, ou seja, o casal deve desenvolver padrões em que cada elemento apoie o funcionamento do outro nas diferentes áreas. Em termos humanos simples, poderíamos dizer que marido e mulher precisam um do outro como um refúgio das exigências múltiplas da vida. De acordo com Minuchin (1982), quando nasce o primeiro filho, um novo nível de formação familiar é atingido e o subsistema conjugal deve

diferenciar-se, para desempenhar as tarefas de cuidado e educação da criança, sem perder o apoio mútuo. Alguns casais, que funcionam bem como um grupo de dois, não são capazes de fazer uma transição satisfatória para as interacções de um grupo de três.

A adaptação à parentalidade é considerada um processo de transição na vida das famílias e, como já foi referido, muitas das perturbações comportamentais, sociais e emocionais que afectam a saúde dos indivíduos podem, em muitos casos, resultar de dificuldades ocorridas na infância, nomeadamente, a nível da qualidade da interacção mãe/filho e dos laços vinculativos estabelecidos. Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *International Council of Nurses* (ICN) faz, não só, referência à parentalidade como foco³ de atenção para a prática de cuidados, como também à própria adaptação a este processo. De facto, e no âmbito deste documento, a “Adaptação à Parentalidade” é descrita como sendo uma “Acção de parentalidade” com as seguintes características específicas: “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (CIPE, 2006, p. 43), sendo assumida também enquanto foco.

Na realidade, a aprendizagem do exercício da parentalidade parece acontecer após o nascimento do filho. Até esse momento vai sendo construído um mundo de fantasias, expectativas e desejos. Nas palavras de Relvas (2000, pp. 80-81) “até ao nascimento da primeira criança tudo se joga ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa (...). Sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família”. A preparação para o novo papel é edificada, segundo esta autora, durante a infância através das brincadeiras com bonecos e das representações encenadas enquanto crianças sobre os pais e as mães e com a própria experiência vivida com as próprias figuras parentais através da observação do modelo parental. Posteriormente, é possível imaginar o bebé que se vai ter e o modo de relacionamento com ele. Ao longo da gravidez, este processo imaginativo é acelerado e, através das novas tecnologias para controlo da gravidez e evolução fetal (ecografia), torna-se possível antecipar e confirmar a imagem criada. Contudo, é no momento do nascimento, através do confronto com o bebé real, que os pais se apercebem do seu novo papel e se deparam com um bebé que, na maioria dos casos, não corresponde ao filho imaginado. A partir desse momento, impõe-se um processo de adaptação com todas as implicações que daí possam advir.

³ Segundo a CIPE o foco consiste na “Área de atenção relevante para a enfermagem”, (CIPE, 2006, p. 33).

Manter a promoção da saúde familiar é crucial para reduzir o stresse da família durante as transições críticas e demarcar novos estádios da família (Roth, 1996). Roth (ibidem) refere que a parentalidade é considerada, entre outras, como uma transição major da família e que as transições críticas na família são potencialmente percebidas com uma crise na mesma porque a mudança num dos seus membros pode afectar a qualidade da saúde dos restantes.

As experiências de transição para a parentalidade são individuais a cada figura parental, de acordo com o grau de mudança que este acontecimento trará à sua vida. Contudo, uma transição implica forçosamente a aprendizagem de novos papéis e relacionamentos (Cowan & Cowan, 1995, cit. in Knauth, 2001) com vista ao desenvolvimento de uma capacidade de resposta e desempenho de um novo papel (Nyström & Öhrling, 2004). A aprendizagem de novas competências pode, na opinião de Warren (2005), gerar ansiedade aos pais e afectar o seu desempenho.

A fase de transição para parentalidade tem sido considerada como um momento de grandes desafios para o casal (Wilkinson, 1995; Apfel & Handel, 1999; Feldman, 2000). Apfel e Handel (1999) referiram que, na melhor das circunstâncias, esta seria uma fase de desenvolvimento que elevaria a intimidade do casal a um novo nível, com o amor que compartilham pelo bebé. Para estes autores, poderia ser também um momento de domínio de novas habilidades para ambos os pais, e uma fonte de orgulho de si próprios e uns dos outros.

Já segundo Cerveny e Berthoud (2002, cit. in Wendt 2006), a transição para a parentalidade tem início com o desejo e a decisão de ter filhos ou com uma gravidez inesperada e não-interrompida, prolongando-se até a construção de uma relação triádica e tendo sua intensidade máxima nos primeiros meses após o nascimento do bebé.

Segundo Gomez (2005, p. 268), o homem que quer tornar-se pai recorda "...o desejo de ser completo, o desejo de realização de ideais e oportunidades perdidas, o desejo de igualar-se ao próprio pai ou mesmo superá-lo, ao desempenhar melhor o papel parental, ou o desejo de responder a dúvidas sobre a sua masculinidade e duplicá-la".

Quando acontece o nascimento dos filhos, a maioria dos pais esperam que a criança seja um pouco eles próprios com as suas semelhanças, maneiras de agir ou de comportar, "eternizando-os na história da humanidade e oferecendo-lhes narcisismo e sentimentos todo-poderosos" (Bayle, 2005, p. 323).

Já em relação às mulheres, estas sempre desejaram um bebé e ansiaram por serem mães. Este desejo inicia-se muito cedo na vida de cada mulher, nas memórias que ela tem de ser cuidada quando criança (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1999). A percepção do seu grupo social sobre o desempenho feminino pode influenciar o seu projecto de vida. A maternidade pode ser encarada como um dos aspectos mais importantes no seu projecto de vida, relegada ou adiada para segundo plano em detrimento de uma carreira profissional (Monteiro, 2005).

De igual forma, o projecto de vida pessoal e do casal passa por um adiamento da maternidade (Almeida, Vilar, André & Lalanda, 2004). Este adiamento da maternidade reflecte as mudanças que se têm verificado no ciclo de vida do casal, nomeadamente quanto à sua participação no sistema de educação e formação, à inserção no mercado de trabalho, à entrada na conjugalidade, à formação da própria família e, conseqüentemente, à entrada na parentalidade (ibidem).

Ser pai e ser mãe representa ser agente de continuidade, ser capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e as diferenças entre gerações. É o transmitir heranças genéticas, valores, costumes e significados em intimidade e aceitando as diferenças (Canavarro, 2001). Este processo está associado ao conceito de maturidade, como refere Noam (1996, cit. in Canavarro, 2001, p. 18), que é definido como “capacidade de perceber a realidade de forma complexa e multifacetada e integrar ideias que parecem contraditórias”.

Durante a transição para a parentalidade, os três subsistemas familiares (o conjugal, mãe-bebé e pai-bebé) podem ser sensíveis às mútuas influências. Tais efeitos podem ocorrer do indivíduo para a díade, onde cada membro da tríade contribui para o relacionamento entre os outros dois, ou de díade para díade, onde uma delas afecta o relacionamento da outra (Feldman, 2000). A mesma autora acrescenta ainda que, quando nasce o primeiro bebé, em geral há um declínio na qualidade do relacionamento conjugal, mas que o envolvimento e apoio do pai proporcionaria um efeito protector importante contra esta insatisfação conjugal e também contra o stresse da mãe neste período da vida. De acordo com Stern (1997), o principal papel do marido seria o de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, provendo as suas necessidades vitais, e por algum tempo afastando-a das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se às tarefas de manter o bebé vivo e promover seu desenvolvimento psíco-afectivo.

O marido sempre desempenhou um papel importante nessa função, mas actualmente o seu papel é ainda maior porque a pequena família nuclear carrega a maior

parte do peso. De acordo com o mesmo autor (ibidem), como o marido é parte desta matriz de apoio, a mulher pode ter medo que ele passe a competir com ela como pai ou a competir com o bebé pela sua atenção, o que o autor chama de “síndrome do marido como o segundo bebé”. Para Stern (1997), convém distinguir os “novos pais” (aqueles que procuram obter igualdade nos cuidados aos filhos) dos “pais tradicionais”, que valorizam menos a igualdade e, portanto, não a vivem.

Os autores são unânimes ao considerarem que o nascimento do bebé constitui um desafio emocional, físico, sexual e financeiro para qualquer casal. Trata-se de um relacionamento que já possui a sua própria história, estilo e expectativas, onde os casais são formados de pessoas provenientes de diferentes famílias, culturas e experiências. Estas diferenças podem ser enriquecedoras, mas podem também causar conflitos em certos momentos; e o nascimento de um bebé pode ser um deles.

A parentalidade engloba um projecto de vida a longo prazo, também ele sujeito a sucessivas mudanças, que compreende a necessidade de prestação de cuidados e dádivas de afecto necessárias para que a criança possa realizar um desenvolvimento óptimo das suas capacidades, dentro e fora da família simultaneamente, enquanto processo de reorganização, podendo também contribuir para o próprio desenvolvimento pessoal dos pais (Canavarro, 2001).

1.1. – Adaptação da mulher ao papel maternal

Ao longo dos últimos anos o papel maternal tem sofrido modificações sucessivas que se devem sobretudo às mudanças sociais e tecnológicas que se têm observado nas sociedades industrializadas. Face às alterações verificadas no estilo de vida das mulheres da sociedade actual, bem como à possibilidade de planearem a sua gravidez para a altura que acharem mais conveniente, situação esta devida ao aparecimento dos anticoncepcionais, uma nova imagem de maternidade emerge. A maternidade passa a ser um papel distinto do papel de mulher, sendo este influenciado por vários factores como aspectos económicos, projectos de vida individuais e conjugais, entre outros.

Hoje considera-se que as características físicas e anatómicas não são condições suficientes à existência de uma maternidade adaptativa. Da mesma forma, esta nova conceptualização da maternidade implica também uma distanciação da maternidade como

instintiva ou natural, comum a todas as mulheres, para se tornar uma opção, como tantas outras que caracterizam a vida das mulheres no mundo actual (Canavarro, 2001).

Em reforço desta nova conceptualização salientamos a opinião de Leal (2001), quando refere que no passado o exercício da sexualidade feminina e de ser mãe se baseavam nas estritas normas da homogamia, enquanto hoje um crescente número de mulheres escolhem não ter filhos, ou adiar a maternidade para o momento que julgam mais adequado, independente da idade.

Verificou-se um afastar da centralidade do papel materno, no sentido de integrá-lo em outros investimentos nomeadamente na formação pessoal e profissional. Pode-se dizer que, em grande parte as transformações nos valores familiares acompanham a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, o crescente peso da escolarização e a separação entre o exercício da sexualidade e reprodução. Cabe acrescentar que essas mudanças presentes ampliaram a autonomia feminina, mas colocam-na frequentemente em situação de desigualdade, com um acumular de funções, pois as mulheres passaram a dividir com o homem o sustento da casa e a exercer as novas funções maternas (Perista, 2002).

O conceito da maternidade adiada insere-se cada vez mais no quotidiano de um maior número de mulheres, que no seu projecto de vida decidem deixar para mais tarde a vivência desta experiência. Nesta decisão pesam vários factores, tais como: a situação social e económica, a maturidade e a criação de relações afectivas mais estáveis. Por outro lado, a idealização das novas funções femininas e das relações amorosas gera expectativas mais intensas e contribui para que algumas mulheres julguem necessário adiar a realização do desejo de ser mãe para um momento ideal (Almeida et al., 2004).

O surgimento de uma nova identidade começa, segundo Leal (2001), com a concepção que marca o início da transformação de papéis, de mulher para mãe, do feminino para o materno. Como nos refere Figueiredo (2005), esta nova identidade materna é de grande importância para a mãe, muitas vezes mais importante do que a identidade conjugal e profissional.

A maternidade surge assim como um processo activo com mudanças permanentes, exigindo flexibilidade e capacidade de se adequar a todas as transformações e perdas associadas a esta nova experiência para uma adaptação harmonizada. Implica ainda aprender a lidar com a perda de liberdade e independência. A mulher experimenta maior perturbação que o homem, com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem a vários níveis, como no sono, tempos de lazer, relacionamento sexual, tempo com

os amigos e tempo com o companheiro, que são geralmente mudanças mais intensas que nos homens (Colman & Colman, 1994).

A preparação para o papel materno implica um conjunto de processos, particularmente o zelar pela sua protecção e segurança e das do seu filho ao longo da gravidez e do parto, assegurar a aceitação do seu filho pelas pessoas significativas da família, aprender a relacionar-se com o seu filho, assumindo que vai ser mãe de uma criança real. Estas tarefas exigem algum esforço por parte da mãe (Correia, 1998).

A gravidez é um processo bem definido no tempo, limitado entre a concepção e o nascimento. Estes nove meses de gravidez permitem à mulher preparar-se para a realização de todas as tarefas que estão implicadas no nascimento de um filho, tanto em termos físicos como em termos psicológicos, aspectos estes que estão intimamente ligados, já que a adaptação psicológica se vai desenvolvendo à medida que a fase física da gravidez avança (Brazelton, 1992).

O desenrolar do parto é uma experiência reveladora de extrema importância na vida da mulher, constituindo a ocasião em que a mãe conhece, finalmente, o filho que tanto imaginou. O modo como uma mulher vivencia o parto é importante na sua subsequente adaptação, e tem sido reconhecida a importância de ter o companheiro ou outra pessoa significativa na sala de partos como um dos aspectos mais determinante de uma boa experiência do parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

A vivência da maternidade encontra-se associada à mística que existe em torno do amor maternal. A maioria das mães espera que este sentimento surja assim que o filho nasce, no entanto este amor à primeira vista nem sempre é real. Na prática, a primeira sensação poderá mesmo ser a de alívio, misturada com a desilusão, sentimentos que vão contra as expectativas criadas. O amor maternal pode estar condicionado a um conjunto de factores, entre os quais transformações hormonais, dores, cansaço, entre outros (Kitzinger, 1996).

A mesma autora salienta ainda que os meses que se seguem ao parto constituem um quarto trimestre da gravidez, durante o qual a mãe e o bebé ainda estão unidos por um laço simbiótico (particularmente se a mãe amamenta o filho, o que se verifica com a maior parte das mães em todo o mundo) onde o bem-estar de um está indissolúvelmente ligado ao do outro. Esta coexistência simbiótica da mãe e da criança é um elemento importante na aprendizagem materna, durante as primeiras semanas e meses depois do parto.

Mendes (2007a, p. 1) sublinha que

“o pós-parto é um período marcado pela grande vulnerabilidade emocional para ambos os pais em geral e da mulher, em particular. Precedido de uma gravidez que envolveu grandes mudanças ao nível dos ajustamentos fisiológicos (súbita mudança hormonal, fadiga, desconforto físico, entre outros), e psicossociais (preparação para a maternidade), outras mudanças acontecem no parto e pós-parto que podem agravar as situações pré-existentes (inexperiência em cuidar do seu filho; mudanças da rotina diária, consolidação da relação mãe/filho, pai/filho, relação conjugal e relacionamento familiar) ”.

Habitualmente a mãe é considerada como a principal prestadora de cuidados à criança, devido ao facto de ser ela quem nesta fase se dedica a tempo inteiro ao bebé, uma vez que são as mães que usufruem preferencialmente da licença de maternidade, enquanto o pai trabalha para poder garantir o apoio económico para a família. Porém, esta situação tem-se alterado nos últimos anos na medida em que se tem verificado um aumento significativo do número de mães que exercem profissões remuneradas. De acordo com Spruijt e Duindam (2002), quanto maior o contributo económico da mãe para a família, maior o papel de prestação de cuidados do pai. Assim verifica-se que os homens estão a tornar-se mais conscientes da importante transição que ocorre nas suas vidas (Colman & Colman, 1994).

Independentemente do seu grau de autonomia, qualquer recém-mãe precisa da ajuda e da colaboração do seu companheiro em particular nesta primeira fase de adaptação ao seu novo papel. Não só porque o parto a deixou fragilizada, mas também porque um bebé exige atenções e cuidados constantes. E se é certo que existem situações intransmissíveis, como a amamentação, existem muitas outras que podem e devem ser partilhadas pelos pais (Padrão, 1998). Apesar de ser um pouco desajeitado no início, a presença e o suporte do pai ao lado da mãe faz toda a diferença. Embora a figura paterna assuma um carácter importante em termos logísticos, reveste-se ainda de maior valor em termos psicológicos. Ou seja, mais do que alguém que ajude a mudar fraldas ou a dar banho ao filho, a mãe precisa de sentir que tem um apoio para as suas crises de angústia, um ombro onde pode chorar à vontade, um admirador delicado que não esmorece, um parceiro com quem partilha as alegrias, as novidades e todas as pequenas conquistas.

Conferir à maternidade um papel meramente biológico é, segundo Lopes e Fernandes (2005), uma negação do que é mais importante na reprodução humana, a tarefa social, cultural, simbólica e ética de tornar possível a criação de um novo sujeito humano, a quem denominamos de filho. De certo modo, ser-se mãe hoje não é ser-se só de corpo. É

ver reconhecida uma tarefa social, cultural, simbólica e ética necessária à criação de um novo ser humano.

1.2. – Adaptação do homem ao papel paternal

Durante muito tempo foram vários os estudos desenvolvidos sobre as implicações do nascimento de um filho na mulher, deixando um papel secundário para o pai.

Recentemente tem-se observado já alguma preocupação com o papel do homem na tríade familiar, reflectindo-se no estudo do papel paternal.

O papel do pai é hoje considerado fundamental, tendo sofrido diversas alterações ao longo dos tempos.

Até ao final do século XVIII, o pai era considerado o patriarca da família, detentor de todo o poder. De certa forma, o pai foi considerado o principal responsável por assegurar que os seus filhos se desenvolveriam de acordo com os valores morais adequados (Matos, 1994). Com a revolução industrial, o pai deixou de ser o líder moral para passar a ser considerado como o “ganha-pão”, ou seja, o apoio económico da família, garantindo assim a sua sobrevivência.

Com a entrada do novo milénio, encontramos ainda bastante valorizada a sua função de suporte económico. No entanto, o pai surge como prestador de cuidados, com um papel activo no desenvolvimento dos seus filhos (Lamb, 1997; Lamb & Tamis-Lemonda, 2004). Porém, se frequentemente os estudos têm salientado um papel do pai mais instrumental e menos expressivo, ou seja, mais dedicado aos aspectos materiais, ficando os aspectos emocionais à responsabilidade das mães, este cenário tem-se alterado, cabendo actualmente ao pai também tarefas que implicam maior envolvimento, nomeadamente emocional com as crianças (Jordan, 1997).

Começamos nesta altura a observar um comportamento diferente por parte do pai, em particular no nascimento, onde este começa a estar mais presente e mais participativo, bem como preocupado com outras tarefas relacionadas com o cuidar do seu filho.

A imagem de pai “ideal” passa a ser a de um homem activamente apoiante da companheira grávida, envolvido emocionalmente e participante sensível durante a gravidez. Verifica-se um aumento da participação nos cuidados ao filho e tarefas domésticas,

preparação para o parto (assiste e participa nas aulas pré-natais) e nascimento (Gomez, 2005). O homem que vai ser pai, durante a gravidez toma consciência das mudanças que ocorrerão na sua vida, procurando ter a sua experiência pessoal em todo este processo (Camarneiro, 1998).

O desenho da paternidade começa assim antes de uma possível gravidez, mas só se pode tornar real com a concretização da gravidez. Brazelton (1992) refere que, após a notícia da confirmação da gravidez, a fase dos primeiros movimentos do novo ser é o segundo acontecimento mais marcante para os futuros pais e marca, mesmo, como que o início da vinculação precoce entre os pais e o novo ser. Este envolvimento paternal, na ajuda e apoio emocional durante a gravidez, contribui para uma adaptação bem sucedida da mulher ao seu estado de futura mãe e diminui a sensação de afastamento da mulher durante este processo (Brazelton, 1992).

A concepção sobre o que é um pai tem várias dimensões e complexidades. De acordo com Colman e Colman (1994), ao longo dos tempos tem-se tentado definir a palavra pai, chegando-se às seguintes conclusões: ser progenitor biológico masculino de uma criança; ser o homem que desempenha a função de educar uma criança; ser o homem que origina ou toma a responsabilidade por uma entidade social mais lata; ser o homem que se dedica efectivamente à família e ser quem desempenha uma função lúdica. Esta multiplicidade de significados associados à definição de pai conduz a uma relevância muito significativa e imprescindível na vida das crianças. Assim, este assume vários níveis onde se incluem os seus diferentes papéis. A nível biológico assumindo um papel ligado à sexualidade, à masculinidade, à fertilidade e à procriação. A nível social que abrange uma diversidade de papéis nas orientações morais e formativas dos filhos, no seu sustento económico, na modelagem sexual, no apoio à mãe e à relação conjugal. Relativamente ao nível afectivo e lúdico verifica-se o envolvimento directo na relação e nos cuidados diários dos filhos, dando-se emocionalmente e construindo bem-estar.

De acordo com Balancho (2003), ser pai hoje é ser educador, modelo, companheiro, marido e profissional, isto implica que para além de ter de desempenhar os papéis que se esperam de um homem adulto, tem ainda o de pai. Segundo o mesmo autor (ibidem, p. 23), “Se ser pai significa a capacidade de cuidar do outro ser humano de forma a promover nele o desenvolvimento e, em simultâneo, contribuir para a continuação da espécie e da vida através da criação de gerações futuras, também significa auto-satisfação e realização pessoal”.

Um dos papéis assumido pelo pai é o de educador, tanto a nível social como moral, com a finalidade de preparar os filhos a adoptarem uma responsabilidade comunitária e virem a construir uma sociedade futura cada vez melhor. Ao tornar-se pai, tem de modificar os mais básicos parâmetros da sua vida, das suas atitudes e, até, dos seus valores. O pai tem de descobrir os novos papéis sociais relativamente ao bebé, e aos outros, neste novo estatuto – ser pai.

Hoje em dia são muitos os pais que procuram estar informados em relação a estas questões que se prendem com o nascimento dos filhos. No essencial pretendem informação que os ajude a lidar com o recém-nascido e a compreender os seus próprios sentimentos. Surgem muitas dúvidas, não só relativas à educação dos filhos, mas também quanto aos próprios sentimentos que eles provocam: ternura, desejo de protecção, impotência, frustração, insegurança, zanga e admiração. Alguns destes sentimentos são “novos” ou parecem inadequados e podem provocar ansiedade (Brazelton, 1992).

Paralelamente ao papel de educador, compete ao pai outras funções ou melhor dizendo, outras atribuições, como a de disciplinar os filhos com amor, através do seu envolvimento em actividades físicas e lúdicas com o mesmo, que permite, no futuro, ajudar as crianças a regularem e controlarem os seus comportamentos e emoções, a lidarem com um leque grande de sentimentos e a adaptarem-se a uma grande variedade de situações (Parke, 1996).

Motivado por esta solicitação do exercício de uma multiplicidade de papéis, actualmente já não se fala somente na relação entre a mãe e o bebé ou na maternidade, pois caminhamos no sentido de uma intervenção mais activa por parte do pai (Montgomery, 2005).

Colman e Colman (1994) reforçam a importância do papel paternal, quando referem que a paternidade não deve ser apenas sinónimo de apoio à mulher, mas também uma experiência pessoal, tendo em conta que a sua vivência desta fase se baseia numa transformação pessoal e social que pode ser de igual intensidade à da sua parceira.

Neste sentido, como refere Mendes (2008) o pai actual está a ficar mais consciente da importância do seu papel relativamente ao acompanhamento e desenvolvimento do(s) filho(s), proporcionando-lhe maior facilidade para atender às necessidades deste(s) e contribuindo para o estabelecimento de uma relação afectiva mais próxima. Sublinha ainda esta autora que nesta tarefa de construção do papel paternal os pais têm de reorganizar o espaço mental e físico para o(s) seu(s) filho(s), ajustando os tempos sociais, pessoais e de trabalho.

1.3. – Teorias psicossociais sobre a adaptação à parentalidade

Sobre o percurso de transição e adaptação à parentalidade, Canavarro e Pedrosa (2005) descrevem algumas das possíveis abordagens deste fenómeno, analisando-o como um todo, não atendendo por isso às diferenças de género. Referenciam a teoria da vinculação, em que a parentalidade é centrada na construção da relação entre a figura cuidadora, que dá protecção, e a criança que procura segurança, a perspectiva ecológica, que envolve formas particulares de interacção entre a criança e o contexto, interacções essas que envolvem os designados de “processos proximais”, operando num tempo, e funcionando como mecanismos primários produtores de desenvolvimento e a perspectiva desenvolvimentalista, apoiada na concepção da transição para a parentalidade como uma fase desenvolvimental acompanhada de tarefas específicas.

De seguida abordaremos de forma mais pormenorizada cada uma delas.

1.3.1. – Teoria da vinculação

A vinculação é “o processo pela qual o indivíduo estabelece uma ligação afectiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos” (Ainsworth, 1985). Bowlby (1969/1982) concebeu a ligação mãe filho como “uma disposição de carácter instintivo (...), esta ligação exprime-se, em termos comportamentais, através de uma variedade de respostas cuja consequência previsível será a de criar ou manter situações de proximidade com a mãe (...) o colo, o sorriso, o chamar e o choro” (Fuertes & Lopes dos Santos, 2003, p. 43).

Nesta teoria, a parentalidade é centrada na construção da relação entre a figura cuidadora, que oferece protecção, e o bebé que procura a segurança. “Uma das possíveis grelhas de análise da parentalidade é perspectivá-la como um encontro, uma construção de uma relação” (Canavarro & Pedrosa, 2005, p. 227). É no âmbito desta relação que o bebé procura a segurança oferecida pela protecção parental, que aprenderá a gerir as suas emoções e a regular os seus estados emocionais, através do desenvolvimento da segurança e da protecção facilitada pela figura parental (Soares, 2001).

A determinação do momento e das condições necessárias para que seja iniciada a relação de vinculação mãe/filho tem gerado alguma discussão. Todavia, e de acordo com os estudos iniciais de Klaus e Kennel (1976, cit. in Figueiredo, 2003), existe um período crítico, sensível, logo após o parto, para o estabelecimento desta relação nos primeiros contactos mãe/filho e facilitada pela presença do bebé e pelo sistema hormonal da mãe. Esta ideia foi apoiada e reforçada, mais tarde, por diferentes autores, embora Klaus, Kennel e Klaus (2000, cit. in Figueiredo, 2003) viessem a flexibilizar a sua posição inicial face à existência de um período crítico ou sensível. Não obstante, as alterações hormonais registadas logo após o parto podem levar a mulher a uma certa instabilidade emocional e perturbação do humor que contribui para um aumento da reactividade desta aos estímulos e facilita a sua aproximação ao bebé garantindo assim a sua sobrevivência (Figueiredo, 2003).

A criação de laços vinculativos não é automática e o seu fortalecimento é progressivo. A ligação mãe/filho é mais forte nos meses que se seguem ao parto e é consolidada ao longo do primeiro ano de vida da criança, comparativamente ao período correspondente ao pós-parto imediato (Figueiredo, 2003). Os comportamentos interactivos do recém-nascido (sorrir, seguir visualmente e imitar a mãe) foram descritos por Bowlby (1969, 1982) como incitadores da resposta materna e facilitadores da ligação do bebé à mãe e vice-versa. Nas primeiras horas de vida do bebé, e mais especificamente nos primeiros 20 a 30 minutos após o nascimento, o recém-nascido passa por um período de alerta calmo que lhe permite olhar directamente nos olhos da mãe e do pai podendo responder ao som das suas vozes.

É nesta medida que o incentivo dos profissionais de saúde ao contacto precoce mãe/filho/pai neste período é imprescindível. Nos casos em que as competências do recém-nascido são afectadas, designadamente nas situações de prematuridade, todo o processo pode ser afectado devido a um menor investimento afectivo materno, razão pela qual outras estratégias deverão ser implementadas como forma de facilitar o processo.

Em relação aos cuidados parentais e protecção, Soares (2001) alerta que apesar da importância da competência parental, o sistema de prestação de cuidados aglomera diversos factores, muitos dos quais não relacionados com o bebé, como os recursos psicológicos e a história prévia da figura parental enquanto filho(a), e que contribuem para a construção desta relação diversas variáveis de natureza sócio-contextual, tais como: a satisfação, a relação conjugal e a rede social de apoio, a situação profissional e socioeconómica face à transição para a parentalidade.

Do exposto salientamos que a questão da vinculação é fundamental, independentemente das condições sociais, económicas, culturais e patológicas. Qualquer criança sujeita a privação materna irá sofrer repercussões negativas assim como a sociedade envolvente. Nesta ordem de ideias é urgente pensar que o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade e de uma sociedade, passa por um apoio adequado a estas crianças.

1.3.2. – Teoria ecológica

Trata-se de uma teoria também centrada na dimensão relacional, valorizando o modelo pessoa-processo-contexto, salvaguardando como importantes os diferentes sistemas sociais, bem como a sua interacção e factores associados, no processo de adaptação a essa transição normativa do ciclo de vida. A utilização deste modelo geral no estudo da adaptação e comportamento parental conduz-nos a pensar em diferentes níveis de análise: as características dos pais; as características da criança; o contexto e dinâmicas familiares (microsistema); o contexto social mais imediato onde a família está inserida, como o trabalho, a família alargada, o grupo de amigos (exossistema); as características sociais, económicas, culturais e legais da sociedade envolvente (macrossistema). Realçamos que estes cinco níveis de abordagem implicam considerar a integração de diversas influências perspectivando a interacção entre os sistema e a acção de cada um como moderador e mediador dos efeitos dos outros (Bronfenbrenner, 1986; Belsky, 1999 cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005).

Tendo em linha de conta a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, desenvolvida por Bronfenbrenner, e a sua apropriação no modelo “Tornar-se Mãe” de Mercer (1995, cit. in Mercer & Walker, 2006), salienta-se o impacto do meio envolvente sobre os indivíduos e vice-versa. A mãe, a criança e o pai estão absorvidos num contexto imediato (família e amigos – microsistema) que proporciona apoio e linhas orientadoras relativamente ao comportamento nos cuidados com a criança. A comunidade oferece recursos a nível da saúde e dos grupos de suporte, uma comunidade mais vasta (macrossistema) proporciona ajuda às famílias através da transmissão de valores e crenças culturais e estabelece leis que afectam a vida das famílias. Todos estes contextos estão em

constante interacção e vão exercer uma influência sobre os pais e a criança (Mercer & Walker, 2006).

As características comportamentais da criança são determinantes na adaptação parental através da relação que se estabelece entre pais e filhos. A este propósito, Levy-Shiff (1994, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005) analisa a possibilidade dos comportamentos difíceis da criança determinarem a adaptação à parentalidade através de acções mediadoras da relação conjugal prévia e das características dos pais, evidenciando, assim, a importância da interacção das variáveis pertencentes a diferentes sistemas.

Quando falamos da relação conjugal como determinante da adaptação à parentalidade devemos ter presentes as mudanças contidas na transição para a parentalidade nos diversos contextos de vida do indivíduo, quer sejam pessoais, familiares e outras, acabando por se reproduzir directa ou indirectamente na qualidade da relação entre os cônjuges. A este propósito, a maior parte dos estudos empíricos são consensuais ao encontrarem uma menor satisfação conjugal associada ao nascimento de uma criança (Cowan & Cowan, 1988,1995, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005).

O autor Levy-Shiff (1994, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005), reporta-nos estudos onde se associa a relação conjugal e a adaptação à parentalidade considerando a relação com a criança como uma variável mediadora neste processo, isto é, nesta fase do ciclo de vida em virtude da reorganização familiar inerente ao nascimento de uma criança. A qualidade da relação dos cônjuges um com o outro depende, também, das suas competências enquanto pai/mãe. Em relação à interferência dos contextos sociais mais imediatos, onde a família se encontra inserida, na adaptação à parentalidade, distingue-se o papel das dimensões associadas ao contexto profissional e ao suporte social. No âmbito profissional, o estatuto profissional, a satisfação com o trabalho, a carreira e horário laboral, podem influenciar a adaptação à parentalidade, essencialmente pelos conflitos inerentes à conciliação entre os cuidados a prestar ao bebé e as exigências profissionais, ainda que a maior parte das vezes as maiores exigências de conciliação sejam sobretudo maternas, pois a maior parte das mulheres continua a experienciar maior dificuldade na conciliação destes papéis, quer nas suas dimensões mais práticas, quer na sua centralidade cognitiva ou emocional (Canavarro & Pedrosa, 2005).

A relação conjugal pode apresentar-se como mediadora na associação entre as dimensões profissionais e a adaptação à maternidade. O surgimento de sentimentos de frustração e conflitos devidos à distribuição de tarefas e responsabilidades têm, obviamente, impacto na satisfação conjugal sentida, particularmente em mulheres que investem

fortemente na carreira profissional. Por sua vez, a existência de apoio instrumental e emocional é facilitador da adaptação. A fonte de apoio tanto pode provir do pai da criança como de outros elementos, geralmente concebidos como pertencentes à rede social de apoio do indivíduo. Muitas investigações têm evidenciado que o apoio social recebido está relacionado com diversos indicadores de adaptação, como é o exemplo do incremento na utilização de estratégias activas para lidar com as exigências impostas pela vida ou para avaliação das situações como sendo mais controláveis e, especialmente, com a adaptação à parentalidade. Este apoio tem um efeito mais acentuado e alargado no bem-estar do indivíduo quando advém de alguém com quem a pessoa tem uma relação próxima significativa, como é o caso do cônjuge e da família alargada que surgem como fontes de apoio mais importantes (Kahn & Antonucci, 1980, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005).

Durante a transição e adaptação à parentalidade, o apoio emocional, definido como o amor e a aceitação interpessoal que o indivíduo recebe dos outros, através de verbalizações explícitas, atenção e cuidados, será afectado pela qualidade das relações e, grandemente, pela percepção e a satisfação com o apoio recebido (Cutrona & Russel, 1990, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005). Este apoio pode assumir uma variedade de formas como informações, conselhos, ajudas financeiras, ajuda nas tarefas domésticas ou nos cuidados ao bebé. Não estando tão directamente relacionado com experiências relacionais específicas e apesar de se encontrar maioritariamente associada a adaptação à parentalidade, a força da associação não é tão forte em comparação com a do apoio emocional. No entanto, é de realçar que por vezes as relações de apoio podem ser extremamente perturbadoras para o indivíduo, pelos conflitos que comportam, pela dependência que provocam ou pela intrusão percebida, dadas as tentativas insensíveis ou mal direccionadas no fornecimento de suporte (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Mendes (2007a) no estudo que realizou sobre o ajustamento materno e paterno ao pós-parto, verificou a referência pela maioria das mães do envolvimento da avó materna enquanto suporte social e emocional no apoio nos cuidados ao bebé e nas actividades domésticas. Contudo, também constatou outras realidades distintas para outras mães e pais participantes em que, dada a distância física e emocional dos elementos da família alargada, surgiram os amigos, e inclusivamente os vizinhos, como suporte social.

Finalmente, e a título de síntese, importa salientar que o processo de transição para a parentalidade é grandemente influenciado pelo contexto sociocultural mais alargado dos pais. O nascimento de uma criança, no seio de uma família, desde sempre se encontrou associada a tradições culturais, crenças e valores. Outras dimensões como a

implementação das mulheres no mercado de trabalho, a flexibilidade de valores e regras de comportamento, as novas atitudes face às relações de intimidade e a realização pessoal, conduzem a mudanças nos papéis associados ao género que, aliadas à própria política governamental sobre a protecção à família, contribuem também para influenciar a forma como cada pessoa se adapta à parentalidade (Canavarro, 2001).

1.3.3. – Teoria desenvolvimentalista

O nascimento do primeiro filho marca, do ponto de vista desenvolvimental, a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação do sistema familiar, com conseqüente redefinição de papéis e tarefas. A transição para a parentalidade caracteriza-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e ascender a níveis de organização mais complexos (Canavarro, 2001).

No processo de transição para a parentalidade os pais passam por uma época em que se dá continuidade à resolução de algumas tarefas iniciadas durante a gestação e se inicia a construção da relação com o bebé, agora enquanto pessoa e com vida própria. Durante este processo distinguem-se as seguintes tarefas desenvolvimentais (Belsky, 1984; Cowan & Cowan, 1995; ambos cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005):

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais;
- Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro;
- Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada;
- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objectivos pessoais e prioridades).

Passaremos de seguida a analisar cada uma destas tarefas desenvolvimentais.

Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

O nascimento de um bebé implica um grande número e diversidade de tarefas domésticas e de cuidados a prestar, conduzindo ao confronto com situações novas e inesperadas, para os quais não existe ainda resposta nas vivências comportamentais dos pais. Assim, o apoio prestado pelos avós, seja ele sob a forma de suporte instrumental ou emocional, se este for cedido de forma adequada e sensível, torna-se usualmente num

factor protector de adaptação dos novos pais à parentalidade. Desta forma, o bebé surge como um elemento unificador das gerações, centralizando objectivos comuns e criando oportunidades para estreitar laços. Contudo, o apoio dos avós pode ter aspectos negativos, essencialmente se for prestado em excesso, pela dependência que origina, se transmitido sem sensibilidade e de forma intrusiva pode originar confusão de limites entre gerações, advindo mal-estar e conflito. Negociar novas formas de equilíbrio entre pais/avós e filhos/pais, ajustar novos contornos de apoio e autonomia são desafios característicos deste período (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Este novo papel reactiva, também, memórias dos jovens pais enquanto filhos – memórias associadas ao comportamento dos seus pais, nas suas vertentes mais gratificantes mas também mais dolorosas. A transição para a parentalidade surge, deste modo, como uma oportunidade para resolver ou agravar conflitos desenvolvimentais antigos.

Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro

A relação conjugal, conforme anteriormente descrevemos, é assistida de grandes mudanças após o nascimento de uma criança. Particularmente na divisão do trabalho doméstico e na prestação de cuidados, mas também na centralidade e envolvimento emocional com o parceiro, no relacionamento sexual e no próprio comportamento de cada um dos elementos do casal enquanto pais. Assim, é necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental (Relvas, 2000).

Trabalhos desenvolvidos por Narciso (2002), evidenciam que em épocas de grandes mudanças, necessidades e reajustamentos diversos, o maior factor protector da aliança conjugal é a presença de comunicação sobre as necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e frequentemente a ansiedade, associando-se a sensibilidade às necessidades do outro. Este período para o casal surge como uma fase de risco e de oportunidades. O risco de desencontro e insatisfação e a oportunidade de ascender a níveis mais complexos e gratificantes de relação conjugal e familiar.

Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada

Segundo Colman e Colman (1994, p. 178) “a maternidade é uma acomodação contínua entre expectativas e realidades”. Esta acomodação inicia-se para os pais após o parto, quando constatarem com o bebé real e o comparam com o bebé que fantasiaram, no

seu aspecto físico, no seu comportamento, choro e padrões de sono, os quais têm que ser integrados na ideia que vão construindo daquele filho. Esta acomodação vai ser prolongada ao longo de todo o seu desenvolvimento, abrangendo aspectos como traços da personalidade, competências cognitivas e relacionais, desempenho académico, gostos e competências.

Nesta perspectiva, “A parentalidade implica integrar e equilibrar dimensões que parecem contrárias, como apoiar e favorecer autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença” (Canavarro & Pedrosa, 2005, p. 243).

Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade

Os papéis e identidades não se formam num processo cumulativo em que novos papéis se adicionam aos existentes. O nascimento de uma criança não envolve apenas a construção da identidade parental, mas a reorganização do investimento dos pais nos seus outros papéis: filho/filha, marido/mulher, amigo, profissional (Cowan & Cowan, 1995, cit. in Canavarro & Pedrosa, 2005)

A reconstrução de objectivos pessoais, que de forma probabilística se encontra associada à adaptação bem sucedida à parentalidade, implica uma análise comparativa das motivações, mudanças, oportunidades e constrangimentos envolvidos no contexto específico da transição. Esta reconstrução inicia-se durante a gravidez e prossegue já na transição propriamente dita, após o nascimento da criança. Dá-se quer através da análise dos diversos tipos de *feed-back* relativamente ao sucesso na forma de lidar com a situação, levando a uma reformulação de objectivos, quer também através da informação e de modelos orientadores, provenientes da interacção com outras pessoas em situação idêntica. Assim, a reavaliação e reestruturação da sua própria identidade implica a redefinição de valores, prioridades e objectivos e a acomodação de papéis e tarefas de forma a adaptar-se a esta nova fase, integrando a sua identidade prévia (Canavarro & Pedrosa, 2005).

1.4. – Stresse e adaptação na transição para a parentalidade

Os processos de gravidez e transição para a parentalidade são considerados acontecimentos importantes do ciclo de vida, os quais originam stresse e mudanças, na

medida em que as novas tarefas, exigências e desafios podem ser percebidas como ameaçadoras, se ultrapassarem os recursos percebidos e desencadearem problemas até aí inexistentes ou acentuar vulnerabilidades prévias (Vaz Serra, 1999).

A atenção da investigação sobre a adaptação na transição para a parentalidade foi ao longo do tempo, descentralizando-se da mulher para incluir as reacções dos pais e dos casais ao nascimento de um filho. Progressivamente foi-se alargando a todos os membros do sistema familiar, assim como ao próprio sistema familiar (Fedele, Golding, Grossman & Pollack, 1988).

As mudanças na transição para a parentalidade transportam perdas e ganhos, associadas intrinsecamente às representações ou significados que esses processos representam para cada mulher e homem, exigindo um conjunto de respostas (comportamentais, cognitivas e emocionais) que habitualmente não integram o repertório cognitivo dos pais impondo, desta forma, adaptações específicas. Em situações de stresse, as famílias reagem de diferentes modos, algumas apresentam estratégias de *coping* adequadas e funcionais perante situações adversas, enquanto outras podem descompensar perante mudanças similares ou até em pequenas transições na vida (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Um estudo desenvolvido por de Le Masters (1957) foi o primeiro a demonstrar que a transição para a parentalidade era uma tarefa geradora de crise, apesar das limitações metodológicas da investigação. Nesse trabalho verificou que cerca de 83% dos pais da amostra que utilizou experimentavam uma crise moderada ou grave nos primeiros anos após o nascimento do primeiro filho.

No decorrer dos anos 80 foram desenvolvidos alguns estudos longitudinais que, acompanhando os casais ao longo da gravidez e nos primeiros anos de vida da criança, revelaram mudanças negativas em diversos aspectos da adaptação em ambos os elementos do casal – alteração nos níveis de stresse, divisão das tarefas domésticas, diminuição do tempo livre e diminuição da satisfação conjugal (Miller & Myers-Walls, 1983; Michaels & Goldberg, 1988). Gruen (1990) também associou a transição para a maternidade à vivência de uma crise de desenvolvimento, na medida em que: a) num curto espaço de tempo ocorrem mudanças significativas no equilíbrio biológico, psicológico e social da mulher; b) estas mudanças verificam-se particularmente nos papéis sociais, nos padrões existenciais e nas relações interpessoais, os quais devem ser renegociados consigo mesma e com os outros; c) estas mudanças interferem significativamente na identidade do próprio, a um nível tal que pode gerar perda ou confusão no sentido do *self*.

A relação entre o indivíduo e o meio é variável ao longo do tempo e evidencia o papel das estratégias de lidar com a situação, ou *coping* , como cariz determinante do sentido da evolução dessa relação. De acordo com a conceptualização de Lazarus e Folkman (1984), considera-se uma situação indutora de stresse toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos e, por isso, prejudicando o seu bem-estar. Estas situações podem ser de natureza física, psicológica ou social (Vaz Serra, 1999). A situação em si não é suficiente para definir o stresse, tornando-se necessário compreender a avaliação cognitiva pessoal das circunstâncias e as aptidões e recursos disponíveis para explicar a reacção específica do indivíduo (Lazarus & Lazarus, 1994).

Segundo Vaz Serra (1999), a partir da avaliação cognitiva de uma situação indutora de stresse esta poderá ser classificada em três categorias diferentes, consoante a pessoa: 1) antecipe uma contingência desagradável que ainda não aconteceu mas que pode vir a acontecer – ameaça; 2) esteja perante uma situação consumada na qual apenas lhe resta tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências – dano; 3) sinta que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas – desafio.

Deste modo, quanto maior for a ambiguidade e a imprevisibilidade de um acontecimento, mais determinante será o peso dos factores pessoais na avaliação dessa mesma situação, o que tanto pode contribuir para reforçar como para amenizar as interpretações de ameaça, dano ou desafio (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999).

Actualmente, parece consensual, considerando a maioria dos autores consultados, que a transição para a parentalidade, enquanto período, é marcada por mudanças significativas nas informações auto-referentes e de auto-definição (Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn & Stangor, 1988), assim como por mudanças fundamentais nas dinâmicas relacionais, nos estilos de vida e nos papéis sociais.

No contexto dos eventos indutores de stresse familiar, a transição para a parentalidade é considerada um acontecimento normativo, ou seja, comum à maioria das famílias e esperado, isto é, pode prever-se a sua ocorrência em determinado momento do ciclo de vida familiar. Quando a adaptação é bem conseguida a sua duração é limitada temporalmente. Ainda assim, a transição para a parentalidade pode implicar uma sobrecarga sensorial e emocional, e mesmo casais psicologicamente bem adaptados poderão experienciar perturbações psicológicas importantes ao longo da gravidez e após o nascimento do bebé (Alarcão, 2000; Figes, 2001).

Na opinião de Boss (2002) o stresse familiar é mediado por dois contextos: o contexto interno, no qual a família tem controlo, composto por elementos que a família pode modificar e controlar; e o contexto externo, onde esse controlo não existe, isto é, tem componentes sobre os quais a família não tem controlo, mas que exercem forte influência no modo como percebe e lida com as mudanças com que se confronta e que incluiu aspectos como contextos cultural, económico, histórico, entre outros. As famílias, ao avaliarem subjectivamente que podem modificar uma situação adversa, não só têm maiores probabilidades de seleccionarem estratégias instrumentais para lidar com ela, como reduz a probabilidade de inadaptação à situação. Assim, dentro do contexto interno diferenciam-se as dimensões: estrutural (padrões de funcionamento familiar, limites e regras), psicológica (percepção e avaliação que a família faz de um acontecimento indutor de stresse e as representações familiares); e filosófica (valores e crenças familiares que apesar de influenciados pelo contexto externo são sintetizados pela família e integrados no seu próprio sistema de valores e crenças, influenciando directamente a percepção de acontecimento stressante) (Canavarro & Pedrosa, 2005).

O significado que a família atribui a um acontecimento indutor de stresse é também designado por percepção familiar, definição ou avaliação do evento, sendo uma variável importante para explicar o facto de, perante uma mesma situação, algumas famílias conseguirem encontrarem mecanismos de *coping* adequados, enquanto outras descompensam ou encontram dificuldades em superar a crise (Vaz Serra, 1999).

O estilo de *coping* e recursos disponíveis podem influenciar o grau e sentido das mudanças ocorridas ao longo da transição para a parentalidade. No contexto familiar, o processo de *coping* pode ser entendido como a gestão de um acontecimento por parte da família enquanto unidade, sem efeitos negativos em qualquer membro individual do sistema. Isto é, o *coping* familiar será o conjunto dos processos cognitivos, afectivos e comportamentais através dos quais o indivíduo e o sistema familiar lidam com as situações indutoras de stresse (Boss, 2002).

Outros factores, como a personalidade e a experiência prévia, são factores antecedentes significativos que influenciam a reacção da pessoa às mudanças (Ball, 1994; Vaz Serra, 2000). Num estudo efectuado por Rini, Dunkel-Schetter, Sandman e Wadhwa (1999), concluíram que mães com elevada percepção de controlo e de competência pessoal registam menos complicações e dificuldades na gravidez e pós parto.

O ajustamento diádico parece ser também uma variável influente. As mulheres que dispõem de uma relação marital estável e proporcionadora de afecto e apoio,

percepcionados como positivos e gratificantes, apresentam menor risco de problemas na gestação e melhores indicadores de adaptação no puerpério (Belsky & Rovine, 1990; Levy-Schiff, 1994; Elek, Hudson & Bouffard, 2003).

Mesmo assim, o stresse familiar pode resultar em crise, isto é, numa perturbação do equilíbrio da família de tal forma grave, ou uma mudança tão aguda que o sistema fica bloqueado ou incapacitado. Durante um período de tempo a família não funciona satisfatoriamente – os limites/fronteiras familiares dissolvem-se havendo dificuldade na concretização dos papéis e tarefas habituais, conduzindo a que os membros da família não atinjam níveis óptimos de funcionamento, quer a nível fisiológico quer psicológico.

Outra das variáveis implicadas nos processos de stresse vivenciados pela família é a resiliência. A resiliência tem sido descrita segundo Soares (2000, p. 28), como

“...a capacidade do indivíduo para uma adaptação bem sucedida, funcionamento positivo ou competência na presença de uma situação de adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou, ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática.”

De igual modo, Boss (2002) descreve resiliência familiar como a capacidade da família, perante situações adversas, recuperar e desenvolver-se, ao invés de se imobilizar. Uma vez que os acontecimentos indutores de stresse são inevitáveis no ciclo de vida da família, as estratégias de *coping* mobilizadas e a resiliência são críticas na determinação da capacidade de reorganização perante a crise.

A título conclusivo, e tendo como fundamento as teorias apresentadas, salienta-se a ideia de complexidade de influências que, de forma oposta à noção de determinação linear e simplificação do fenómeno, revelam que a adaptação é multideterminada verificando-se na complexidade de interações entre os vários elementos em causa, permitindo antever a possibilidade de fragilidades num factor ser atenuada pelas potencialidades de outros, o que permite salientar a presença de factores de risco mas também de protecção, neste processo de adaptação. Do ponto de vista ético, estas perspectivas evitam o risco de culpabilização dos pais por resultados menos adaptativos para si próprios ou para a criança, alertando os técnicos para a necessidade de serem criativos no desenvolvimento de projectos de investigação e de programas de intervenção dirigidos a estas múltiplas influências. Contêm, ainda, importantes implicações sociopolíticas no sentido do desenvolvimento de programas e medidas de protecção à família (Canavarro & Pedrosa, 2005)

Como iremos constatar no capítulo seguinte, o nascimento de um filho, independentemente de ser o primeiro, constitui-se como um acontecimento significativo de vida que inevitavelmente desencadeia stresse. A exigência da adaptação a uma situação inteiramente nova, no caso do nascimento do primeiro filho, ou às novas exigências do nascimento de um novo filho, será inevitavelmente interpretada como ameaçadora devido à multiplicidade de mudanças que acarreta. Por outro lado, sendo uma situação caracterizada por um grau elevado de incerteza e de imprevisibilidade (por exemplo, relativamente às características de temperamento do bebé), constituindo-se claramente como um acontecimento indutor de stresse. O modelo de stresse de Lazarus e Folkman (1984) emprega o conceito de mediação cognitiva para se referir a um conjunto de processos de avaliação, de natureza cognitiva, a partir da qual o indivíduo irá determinar o significado da importância de uma dada situação para o seu bem-estar e surgirá, em consequência, uma reacção emocional específica na sua qualidade e intensidade. O que nos permite compreender a variabilidade observada no tipo e na intensidade da resposta de diferentes pessoas em situações idênticas e, em última análise, os resultados da adaptação (Vaz Serra, 1999).

A facilidade na adaptação a uma transição depende do equilíbrio percebido entre os recursos e limites pessoais e, relativamente ao tipo de transição, do contexto anterior e posterior, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual (Lazarus & Folkman, 1984). O processo de avaliação cognitiva que os novos pais fazem da sua capacidade de controlo dos acontecimentos, possíveis consequências e recursos que dispõem e que podem mobilizar, as estratégias de *coping* a que recorrem, e o equilíbrio destas dimensões, estará relacionado com a qualidade na adaptação à parentalidade.

O conceito de adaptação na transição para a parentalidade não é de fácil circunscrição. A literatura científica remete para dimensões tão diversas como satisfação pessoal, percepção de competência e realização materna, equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, funcionamento familiar ou recuperação de rotinas e do estilo de vida, todas elas intrinsecamente ligadas. White (1976) refere três estratégias sequenciais necessárias ao processo de adaptação: recolha de informação adequada e tranquilizante (*securing*), manutenção de condições internas satisfatórias, e manutenção de algum grau de autonomia.

Preconiza-se uma dimensão temporal neste processo, defendendo que a capacidade de adaptação individual não pode ser julgada com base em observações de curta duração, pois as estratégias de *coping* utilizadas não são criadas instantaneamente, mas

desenvolvem-se ao longo do tempo e são progressivamente modificadas pelo percurso e experiência de vida.

Acrescenta-se, ainda, que o stresse familiar inevitável na transição para a parentalidade é vivenciado de forma específica por cada família perante o nascimento de cada bebé. Como afirmam Relvas e Lourenço (2001, p. 119), “qualquer stresse familiar, associado às crises evolutivas do sistema, resulta de factores situacionais ou contextuais, muitas vezes dependentes do acaso, cujo efeito na dinâmica familiar se cruza com o valor transgeracional e histórico que lhes é, inevitavelmente, atribuído pela família”.

Os dados empíricos indicam que as modificações comportamentais que acompanham a transição para a parentalidade são extensas e por vezes dramáticas, mas são igualmente acompanhadas pelo surgimento de situações gratificantes. Desta forma, podem proporcionar o desenvolvimento de novos recursos e de um melhor ajustamento individual e relacional.

Capítulo II

Impacto do nascimento dos filhos na família e na relação conjugal

O nascimento de um filho, principalmente se for o primeiro na vida dos pais, surge como determinante na passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo remodelação do sistema familiar, com conseqüente redefinição de papéis e tarefas.

Este acontecimento implica na opinião de Canavarro e Pedrosa (2005), um aumento do número e diversidade de tarefas domésticas e de cuidados a prestar, conduzindo ao confronto com situações novas e inesperadas, para os quais não existe ainda resposta nas vivências comportamentais dos pais.

O nascimento de um filho provoca alterações na vida familiar, uma vez que esta necessita de se adaptar à nova organização. Num primeiro filho deixa de ser composta apenas pelo subsistema conjugal e passa a ser composta pelos subsistemas conjugal, parental e filial (Tammentie, Paavilainen, Astedt-Kurki & Tarkka, 2004). Apesar de um bebé ser desejado e esperado, a sua vinda acciona um processo irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Colman & Colman, 1994). Os equilíbrios anteriores modificam-se radicalmente, exigindo um processo de mudança e um tempo de reajustamento, durante o qual o recém-nascido toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros (Canavarro & Pedrosa, 2005). O surgimento dos novos papéis face à parentalidade exige a adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, harmonizando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o ciclo gestacional.

A rede social de apoio e a qualidade das relações significativas são especialmente importantes na adaptação do indivíduo nos momentos em que as exigências desenvolvimentais e o stresse envolvido são elevados, tal como acontece na transição para a parentalidade. Dessen e Braz (2000, cit. in Wendt, 2006), salientam que o relacionamento com os demais parentes e amigos e o suporte social resultante de instituições também constituem uma importante fonte de apoio para o casal, particularmente para a mulher.

Com o nascimento de um filho repensa-se os valores, as prioridades, põe-se em causa as certezas, revê-se a forma de ser e de estar, resultando na co-construção dos pais. Não são apenas os filhos que crescem, os pais também (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001).

Assim, torna-se necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental (Relvas, 2000).

2.1. – Na família

Ao longo dos tempos a palavra família tem comportado múltiplos significados, muitos deles dependentes dos contextos culturais, sociais, políticos e até económicos vigentes. No entanto a família continua a ser a base principal de sustentação para o crescimento e desenvolvimento da criança, independentemente da estrutura, poder económico e dimensão que ela possa adquirir, influenciando assim o seu comportamento, a aquisição de valores e experiências. Neste sentido é importante falar da estrutura familiar antes da concepção, e principalmente após o nascimento do bebé, para os pais se aperceberem da importância que têm para o seu filho já que a família é o seu universo. É através da família que este novo ser irá aprender os aspectos básicos das relações humanas, conhecer os momentos negativos e os momentos positivos da vida, encontrar estímulos e forças para enfrentar as situações novas e difíceis, e moldar o seu comportamento, o que se repercute na forma de encarar a vida no futuro (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1999).

Actualmente conhecemos vários tipos de família inseridos na nossa sociedade. Contudo neste momento abordaremos as características da família actual cuja tendência remete para a família nuclear, constituída pelo pai, pela mãe e pelos filhos biológicos. Frequentemente a família nuclear é economicamente independente e não coabita com as famílias de origem, quer da parte do pai quer da parte da mãe, as quais, frequentemente residem a longas distâncias destes. Esta situação assume um impacto bastante considerável no que concerne à transmissão e aquisição de saberes e competências inerentes à maternidade (Bolander, 1998).

A transição para a parentalidade é uma etapa específica do desenvolvimento familiar e, neste sentido, Bradt (1995, cit. in Wendt 2006) refere como principais tarefas desenvolvimentais para esta etapa: a criação de um espaço para o novo membro da família,

o reequilíbrio das responsabilidades entre marido e mulher, a união dos mesmos nas tarefas de educação, financeiras e domésticas, bem como o realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas para incluir o papel de pais e avós.

O mesmo autor opina ainda que com o nascimento de um bebé todos os membros da família avançam um grau no sistema de relacionamentos: o sobrinho passa a ser primo, o irmão passa a ser tio, o pai passa a ser avô, e o marido e a esposa transformam-se em pai e mãe.

Na opinião de Williams (1999) as funções da família dividem-se em cinco áreas fundamentais: biológica, económica, educativa, psicológica e sócio-cultural. As suas interdependências estão dependentes da saúde física e mental dos membros da família. Para cada tipo de função existem diversos critérios. Em relação à função biológica temos a reprodução, o cuidar e educar os filhos, a alimentação, a manutenção da saúde e lazer. No que diz respeito à função económica encontramos recursos económicos suficientes para poder executar as outras funções, gerir os orçamentos familiares e assegurar a estabilidade financeira dos membros da família. Na função educacional verifica-se o ensino de tarefas, de atitudes e de conhecimentos relacionados com as outras funções. No que se refere à função psicológica, à que providenciar um ambiente que promova o desenvolvimento saudável da personalidade, dispor de protecção psicológica óptima e promover a capacidade de iniciar relacionamentos com pessoas exteriores ao círculo familiar. Estas pessoas pressupõem estabilidade emocional, laços comuns de afecto, bem como capacidade de apoio mútuo para tolerar stress e lidar com a crise. Por último, relativamente à função sociocultural tem-se a socialização das crianças, permitindo a transferência de valores relacionados com o comportamento, tradição, linguagem, religião e atitudes sociais e morais prevalentes ou anteriores.

Já para Relvas (2000), as funções que a família adopta são influenciadas pelas características individuais dos elementos que a compõem, bem como pela pressão social para o desempenho adequado das funções essenciais para a manutenção da família. Isto é, “Os papéis parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos (de acordo com a idade, por exemplo) mas também procuram responder positivamente às expectativas sociais atribuídas aos pais, enquanto educadores” (p. 16).

A mesma autora divide as funções familiares em duas vertentes: a função interna, que diz respeito ao desenvolvimento e protecção dos membros, e a função externa, referindo-se à socialização, adequação e transmissão de determinada cultura. Na mesma linha de pensamento, Relvas e Lourenço (2001) referem que a família ao longo do seu

desenvolvimento incrementa a criação e reconhecimento de um sentimento de pertença e possibilita o desenvolvimento/individualização dos seus elementos.

A família, mais precisamente as funções assumidas no núcleo familiar, vai servir de suporte ao casal na adaptação que este vai ter de realizar após o nascimento de um filho a um novo estilo de vida, servindo também para fortalecer e enriquecer as ligações entre ambos.

2.2. – Na dinâmica do casal

O nascimento de um filho é um acontecimento que interfere na dinâmica da conjugalidade, na medida em que tem um enorme impacto na vida quotidiana do casal. Naturalmente, ninguém está completamente preparado para lidar com as pequenas e grandes interferências que lhe estão implícitas, sobretudo tratando-se de um primeiro filho.

Deste modo, são poucas as situações em que se observa uma preparação prévia dos principais intervenientes para os efeitos colaterais de stresse que este acontecimento pode determinar.

Ao tornarem-se mãe e pai, o casal assume novos papéis sociais que podem exigir uma adaptação das suas identidades individuais e da identidade do casal. Sendo assim esta é uma transição profunda que representa uma mudança completa de perspectiva de vida (Brasileiro et al., 2002).

Segundo Shereshetsky (1973, cit. in Rocha, 1993) o período da gravidez aproxima e torna mais íntimo o envolvimento do casal. Entretanto o mesmo autor salienta ainda que o casamento se deteriora após o nascimento do bebé, devido aos esforços do marido e mulher para se adaptar à criança e aos seus novos papéis de pai e mãe, o que exerce uma pressão sobre a relação conjugal.

Esta mudança de papéis do homem e da mulher pode causar conflitos, além de outras repercussões na vida do casal. Em reforço desta ideia Rocha (1993) afirma que o nascimento de um filho pode ainda evocar experiências passadas da vida de cada um dos pais e conflitos a ela vinculados. Sentimentos que remetem à infância e conflitos internos podem ser despertados, tornando difícil a tarefa de lidar com a nova realidade.

Clulow (1996) percebe que a chegada do primeiro filho gera tanto perdas como ganhos, considerando o acontecimento como uma crise, não no sentido de catástrofe e sim como uma transição como outras na vida, com a qual o casal é capaz de lidar, na medida em que os dois superem a tensão que surge com as mudanças decorridas.

Na primeira etapa do ciclo vital os cônjuges tem que, essencialmente, criar e alimentar o “nós” do casal e o “eu” de cada um deles; na segunda etapa, para além da manutenção destas funções, os adultos têm de fazer crescer os filhos, socializando-os e possibilitando-lhes a construção de uma identidade própria que lhes permitirá alcançar níveis crescentes de autonomia (Leal, 2005).

Numa relação conjugal, o nascimento de um filho pode assumir o significado de materialização de uma relação íntima. Assim, uma gravidez pode ser a concretização de um grande amor e testemunho de entendimento ou, pelo contrário, de relações conflituosas (Leal, 2005).

É muito importante que os casais se preparem juntos para a chegada do bebé, pois o modo como estes enfrentarem e viverem a gravidez vai ser determinante para o futuro relacionamento pai/filho “...um bebé não pode existir sozinho, é parte essencial de uma relação” (Winnicott, 1993, cit. in Brazelton, 1992, p. 9). Esta fase provoca alterações importantes na vida do casal, mas não deixa de ser uma fase extremamente importante para os pais aprenderem o mais possível sobre si mesmos e sobre os futuros papéis que vão ser chamados a desempenhar (Lopes & Fernandes, 2005).

Dependendo da dinâmica da relação conjugal, as dificuldades serão mais intensas ou superficiais, curtas ou duradouras. Entender o que está a acontecer, e dar ao problema a devida proporção pode ajudar o casal a superar a frequente, porém pouco divulgada, crise do primeiro filho (Stoppard, 1998).

O sentimento que causa maior impacto na figura paterna é o da disputa que sentem pelo bebé, por terem de assumir o papel de pai e pela ligação entre a companheira e o bebé, podendo surgir ciúmes pelo filho (Brazelton, 1988). Para um homem ter um bebé implica ser-se despojado de um tratamento especial e deixar de ser o centro das atenções da sua esposa (Bell, cit. in Brazelton, 1992). Por outro lado, os pais podem sentir que as suas necessidades não são valorizadas nem compreendidas, podendo surgir sentimentos de angústia e desespero o que o pode afastar da vida familiar no pós-parto. Esta situação pode provocar na mulher sentimentos de solidão e abandono por parte do companheiro, o que gera ansiedade e deterioração da relação conjugal. Assim, é fundamental a consciência da eventualidade destes sentimentos em cada membro do casal, para que possa existir

diálogo para a resolução de pequenos conflitos que poderão provocar a sua dissolução (Afonso, 2000).

Muitos casais poderão ficar surpreendidos no momento em que se apercebem que um acontecimento tão bonito, como é o nascimento do primeiro filho, poderá ser a razão de discórdia e eventuais conflitos. Esta surpresa é tanto maior na medida em que os casais tendem a criar a fantasia que com o nascimento do bebé o casamento se transforma numa relação perfeita.

O grande desafio que então se coloca é o de viver a conjugalidade simultaneamente e equitativamente com a parentalidade, sem subestimar a importância da relação entre os novos pais, ou seja, sem ameaçar a conjugalidade, o que acontece quando as pessoas a encaram como algo antes da parentalidade (Relvas & Lourenço, 2001). Assim, para as referidas autoras, a etapa de formação do casal é fundamental para o desenvolvimento de vínculos fortes de cumplicidade, afecto, negociação e flexibilização, tendo em conta que sendo um casal funcional terão mais aptidões para se tornarem pais competentes, para além de poderem fortalecer a relação entre ambos, por terem alcançado a sua capacidade reprodutiva e de continuidade da geração.

Enquanto casal, o marido e a mulher devem perseverar os seus papéis anteriores ao nascimento do seu filho, de forma a construir os alicerces necessários ao desenvolvimento e crescimento saudável da criança, bem como para evitar as separações e os divórcios (Noronha & Gouveia, 2003, p. 11).

Para dispensar estes constrangimentos o casal deve conversar diariamente sobre os seus sentimentos, mudanças e partilhas, com muita compreensão, procurando manter o equilíbrio. Assim, após o nascimento do primeiro filho o casal, em simultâneo e complementarmente, reestrutura os seus anteriores papéis.

O casal deve perceber que a chegada do primeiro filho é um acréscimo da responsabilidade, mas é principalmente o início de um novo projecto de vida. Saber conduzir esta nova realidade é o segredo para a relação não se danificar.

2.3. – Na integração da parentalidade

A transição para a parentalidade exige dos cônjuges uma reformulação da relação a dois por meio da renegociação de papéis e funções, na qual os desejos, as expectativas, os valores e os padrões são confrontados com a realidade vivida. Além disso, o estilo de vida e o relacionamento com parentes e amigos devem ser renegociados para que a nova família se possa adaptar às mudanças repentinas e acumulativas que ocorrem (Cervený & Berthoud, 1997, cit. in Wendt, 2006).

A dimensão temporal da conjugalidade tem duas particularidades que importa realçar. Por um lado, deseja-se e espera-se que a conjugalidade se prolongue para além do tempo activo da parentalidade, por outro lado, o tempo conjugal é muito vulnerável e pode ser anulado ou interrompido, temporária ou definitivamente, por decisão dos cônjuges. Adicionalmente, ser pai ou mãe é para toda a vida, não havendo vontade pessoal que possa anular essa filiação.

O nascimento do primeiro filho provoca mudanças significativas nas vidas dos pais, os quais habitualmente não se sentem preparados para as exigências do seu novo papel e para o impacto provocado pelas alterações das suas prioridades, das suas relações interpessoais, da sua auto-percepção e das rotinas quotidianas. A transição para a maternidade e para a paternidade é um processo lento, frequentemente acompanhado de vivências de grandes emoções, que tanto podem ser de exuberância e de alegria, como de estados de elevada insatisfação (Clulow, 1996; Woollett & Parr, 1997 cit. in Kaitz & Katzir, 2004).

Outro aspecto a considerar é de que o tempo conjugal é, durante os primeiros vinte anos de cada filho, frequentemente intersectado pela parentalidade. Neste sentido, o espaço de intimidade que a conjugalidade cria e necessita é, muitas vezes, atravessado (real ou imaginariamente) por outras relações familiares que o perturbam e lhe podem dificultar a existência. A coexistência dos sub-sistemas, conjugal e parental, pode ser rica mas não é fácil. Caberá a cada díade conjugal e parental ter a criatividade suficiente para não reificar as vicissitudes com que possam confrontar-se (Alarcão, 2000).

Na adaptação ao novo papel de pais, as limitações de tempo, as tarefas repetidas e rotineiras de cuidar do bebé, podem desencadear exaustão e ansiedade (Brazelton, 1988).

Após o nascimento do primeiro filho, observam-se mudanças importantes dos papéis que cada membro do casal assume. Ao estatuto de filha e esposa/companheira, a mulher

tem que acrescentar o de mãe. O homem terá de assumir não só o papel de esposo/companheiro, mas também de pai. Seguindo esta perspectiva, a mulher e o homem que se tornam mãe e pai têm de abandonar o seu auto-conceito de ser autónomo e independente (embora com obrigações conjugais) para um novo conceito de obrigação para com outro ser que irá depender bastante deles e das suas capacidades de cuidar (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1999). É portanto exigido aos constituintes do casal que passem a assumir uma nova identidade, para além de ter de reconhecer a nova identidade do cônjuge. Isto é, a mulher terá de assumir a identidade de mãe para além de reconhecer no marido/companheiro a nova identidade de pai e vice-versa.

Com esta nova definição e adaptação aos papéis de pais surgem muitas dúvidas e dificuldades. E por mais que tudo tenha sido pensado e revisto vezes sem conta, a sua chegada é sempre surpreendente (Brito, 2005). Rapidamente, os braços saciam-se em contacto com a pele do bebé. É tudo tão estranhamente perfeito que duvidam que seja possível, tendo a certeza porém de que a partir daquele dia, a vida nunca mais será a mesma. E a grande mudança faz-se sentir logo a partir do momento em que os pais chegam a casa, tornando-se as dúvidas e dificuldades mais reais, necessitando de um curto espaço de tempo para a sua resolução de forma a proporcionar os melhores cuidados ao recém-nascido (Noronha & Gouveia, 2003).

O modo como o pai e a mãe interagem com os seus filhos é realizada de diferentes formas. Os autores Cervený e Berthoud (1997, cit. in Wendt, 2006) salientam que, na maioria das famílias (46%), os cuidados rotineiros com o bebé foram assumidos pela mãe com o auxílio do pai. Os cuidados com filhos pequenos também foram apontados como sendo de responsabilidade de ambos em 39% dos casos, embora em 28% das famílias a responsabilidade maior incida sobre a mãe. Segundo as autoras, estes dados da pesquisa indicam que à medida que as crianças crescem os cuidados passam a ser divididos de forma mais equilibrada entre os cônjuges. Há no entanto uma complementaridade nas funções e papéis assumidos por ambos, com apoio mútuo na importante tarefa que é educar (Balancho, 2003). Alguns estudos revelam que na interacção com os seus filhos, os pais privilegiam as actividades mais lúdicas e activas como o brincar, enquanto que as mães privilegiam a prestação de cuidados (Parke, 1996). Porém, Lamb (1997) alerta para o facto de por vezes estes resultados serem mal interpretados. Os pais não passam mais tempo a brincar com as crianças que as mães. O que acontece é que os pais ocupam grande parte do tempo que passam com as crianças a brincar, enquanto que as mães, para além de brincar, dedicam-se a outras actividades com as crianças (Lamb, 1997; Lamb & Tamis-Lemonda, 2004).

A essência da maternidade ou da paternidade não reside no que se faz pelo bebé, mas antes na troca, no *feedback* intensamente compensador que é possível constituir com o bebé (Brazelton, 2000). Por isso, é fundamental que os pais aprendam as fases que são “normais” no desenvolvimento do bebé, através do conhecimento das reacções do bebé, ou seja, das suas competências e da linguagem comportamental.

Deste modo, as competências parentais são atingidas à medida que se vai praticando e experimentando, não indo de encontro com a ideia da existência de instinto maternal (Balacho, 2003). Oliveira (2004) alerta também para o facto de, apesar de os pais serem tão competentes e capazes como as mães para prestarem cuidados, carinhosos respondendo às necessidades dos seus filhos, estão menos disponíveis e os seus níveis de envolvimento e o seu desempenho da prestação de cuidados aos filhos é substancialmente menor. O pai ao ter a percepção das suas dificuldades no cuidar dos filhos sente-se menos capaz, não acreditando nas suas competências pessoais, cedendo facilmente os cuidados à mãe. Se houver equidade de cuidados pelo pai e pela mãe, ambos têm a mesma competência para o fazer. Não há dúvidas das diferenças entre os sexos em relação à gravidez e à amamentação, em que a mãe é detentora biológica (Balacho, 2003). Segundo Dessen e Braz (2000), as diferenças no estilo parental entre os dois sexos devem-se mais a factores sociais que propriamente a características genéticas.

O decurso da maternidade/paternidade envolve duas componentes: o conhecimento e a habilidade nas actividades do cuidado do recém-nascido, podendo surgir dificuldades em diferentes aspectos: alimentação, cuidados de higiene, posicionamentos e prevenção de acidentes. A segunda componente envolve a valorização, conforto, atitudes de carinho/afecto, consciencialização e preocupação com as necessidades e desejos do recém-nascido (Stoppard, 1998; Brazelton & Cramer, 2000).

São vários os autores a relacionar o sistema de trabalho dos cônjuges e a transição para a parentalidade com o nascimento do primeiro filho. Belsky (1996, cit. in Wendt, 2006) refere que o pai muito dedicado ao trabalho direcciona a sua energia de forma desigual para esse âmbito, tornando escassa a sua participação na esfera doméstica, não apenas fisicamente, mas, sobretudo, psicologicamente.

Não existe um manual que ensine regras ou atitudes de como ser pai e como ser mãe. Cada membro do casal viverá, de uma forma particular, a oportunidade ímpar que constitui esta aprendizagem através da construção da relação com o próprio filho. É importante que o casal aprenda a colocar limites e a exercer a autoridade necessária de modo a evitar conflitos. De entre os aspectos para os quais o casal deverá estar desperto,

para evitar conflitos, destacam-se os seguintes: o casal deve evitar criticar-se mutuamente; o casal deverá respeitar-se mutuamente na construção das díades mãe/filho e pai/filho; deverá existir espaço e tempo para a intimidade entre as díades mãe/filho, pai/filho, homem/mulher, e também para o grupo pai, mãe e filho como família (Stoppard, 1998).

Capítulo III

Parentalidades tardias: contextualização do fenómeno

Ao longo do último século a nossa sociedade tem sofrido remodelações importantes de carácter sociocultural que modificaram o comportamento reprodutivo do casal, passando este a adiar o projecto da maternidade/paternidade para uma fase mais tardia das suas vidas, com consequentes transformações ao nível familiar e social. Se por um lado a mulher/casal passou a planear o momento da maternidade, em muitos casos, para idades mais tardias, por outro e graças ao desenvolvimento da genética, um número crescente de mulheres vêem aumentadas as hipóteses de serem mães (Andrade, 1999), contrariando inclusivamente a infertilidade associada ao envelhecimento normal.

Actualmente a noção de gravidez tardia é usada para definir a gestação que ocorre depois dos 35 anos de idade (Andrade et al., 2004).

Na literatura sobre maternidade tardia, encontramos muitas vezes a referência a estas mulheres como “grávidas pré-menopáusicas ou grávidas maduras” (Cecatti, Faúndes, Surita & Aquino, 1998, p. 390), o que reproduz a consciência da redução da fertilidade associada à idade materna.

Quando se fala de problemas relacionados de gravidez/maternidade tardia, de imediato se associa este fenómeno à figura materna, uma vez que do ponto de vista biológico a gestação tem como protagonista a mãe. A paternidade tardia, se bem que referenciada por alguns autores como factor de risco no desenvolvimento do feto, não assume a mesma proporção que na figura materna.

O facto de tanto homens como as mulheres protelarem o momento da maternidade/paternidade motivou alguns investigadores internacionais a retratarem esta questão no masculino e a chegaram à conclusão de que desde 1980 se verificou um aumento de 40% nas taxas de natalidade de homens entre os 35 e os 49 anos, enquanto o número de nascimentos de filhos de homens com menos de 30 anos caiu significativamente. Numa pesquisa efectuada por Tough, Tofflemire, Benzies, Fraser-Lee e Newburn-Cook,

(2007), numa província do Canadá (com 3,2 milhões de habitantes), a proporção de nascimentos para as mulheres com idade superior a 35 anos subiu de 8,4% em 1990 para 16,8% em 2001. Os mesmos autores fazem referência à dispersão desta realidade na Europa, onde o percentual de nascimentos em mães com idade superior a 30 anos é superior a 40%, particularmente na Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Holanda, Itália e Espanha.

Em Portugal, o fenómeno apresenta contornos semelhantes: Silva (cit. in Abreu & Crispim, 2002), observou que em 1994 os partos de mulheres com mais de 35 anos representavam 9,5% da totalidade dos partos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2005 15,1% de mulheres (16384 em número absoluto) foram parturientes com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos, e 3,31% (3595) apresentavam idades entre os 40 e os 44 anos. De salientar o facto de nesse mesmo ano terem sido realizados 14 partos, que representam 0.013% do total, a mulheres com mais de 50 anos.

Com um número cada vez maior de mulheres a adiar a maternidade para depois dos 30 anos, quer a gravidez quer a maternidade, podem ser vistas como um problema, com o risco particular de desenvolvimento de infertilidade. Depois de se dedicarem primeiramente aos projectos profissionais ou pessoais, com o avançar da idade tanto homens como mulheres enfrentam alterações fisiológicas que podem tornar impossível a concepção. O efeito da idade sobre o potencial reprodutivo, como processo de envelhecimento, influencia directamente a capacidade física de um adulto para conceber filhos viáveis e saudáveis (Rosa, 1998).

Maioritariamente, as mulheres que engravidam depois dos 35 anos são, segundo Cecatti et al., (1998), múltiparas, em que a última gestação se distancia da actual por um grande período de tempo, normalmente mais de 10 anos. Este acontecimento é sobretudo importante em contextos de países em desenvolvimento, uma vez que para os países desenvolvidos os mesmos autores afirmam que a “primiparidade é a principal característica da gravidez em mulheres com idade mais elevada” (ibidem, p. 390). A mesma ideia é defendida por Senesi et al., (2004), que além de associarem a gravidez em idade avançada e multiparidade a contextos socioeconómicos mais desfavorecidos, acrescentam o facto de que estas mulheres procuram menos a assistência pré-natal, por não a valorizarem.

Após os 35 anos ocorre uma diminuição da capacidade reprodutiva, tanto em homens como em mulheres. A partir deste período as células sexuais femininas sofrem uma diminuição significativa e progressiva, motivando por esse motivo um declínio na fertilidade

(Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008). Já em relação aos homens, a influência da idade é mais notória a partir dos 40 anos e observa-se à medida que os anos passam uma diminuição do número de espermatozoides, bem como da sua actividade celular. As consequências destas modificações são análogas às observadas nas mulheres com implicações importantes ao nível da fecundidade (Blickstein, 2003, cit. in Gomes et al., 2008).

Importa salientar que não menosprezando o ponto de vista biológico e médico da maternidade/paternidade tardia, o fenómeno deverá ser visto e encarado de uma forma mais ampla, que tem a ver com a demografia e sociologia de uma população, mais concretamente com as reestruturações nos papéis sociais que se tem observado, em particular na mulher, ao longo dos tempos. Defendendo esta concepção, Sampedro, Gómez e Montero (2002) reforçam que uma definição sociológica da maternidade tardia deve partir obrigatoriamente das pautas de comportamento social nos diferentes contextos onde o casal de encontra inserido.

3.1. – Factores condicionantes da maternidade/paternidade tardia

O fenómeno do adiamento da maternidade para idades mais avançadas encontra-se directamente relacionado com o processo de mudança dos padrões familiares, que vem ocorrendo no mundo em todas as esferas da vida quotidiana. Nas últimas décadas foram observadas importantes mudanças socioculturais que influenciaram as características da natalidade, com diminuição progressiva das suas taxas, em consequência do adiamento da maternidade/paternidade. Algumas gerações atrás, a maternidade/paternidade raramente era vista como uma decisão, mas sim surgindo como fazendo parte do percurso natural da vida adulta, o que se traduzia num número elevado de filhos em pais com idades jovens.

Actualmente têm sido vários os factores que têm contribuído para uma modificação nessa atitude e, mais concretamente, para o adiar da maternidade/paternidade no casal para idades mais tardias. Entre os factores que demonstram esta tendência encontram-se o desejo de atingir um nível educacional e competências profissionais mais elevadas (preocupações relacionadas com a promoção na carreira profissional), o desejo de conquistar estabilidade e independência financeira, a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos que oferece aos casais amplas opções em termos de planeamento familiar, a

postergação do matrimónio e estabilização da relação conjugal e os progressos da medicina e da genética que têm diminuído os riscos associados à maternidade tardia, ao mesmo tempo que aumentam as possibilidades de concepção (Tarin, Brines & Cano, 1999, cit. in Gomes et al., 2008).

Educação/formação

A decisão de ter um filho, em casais que vão ser pais pela primeira vez, passa frequentemente para segundo plano devido a questões que se prendem com a educação, quer do homem quer da mulher. Muitos casais retardam a tarefa da parentalidade para uma fase mais tardia do seu projecto de vida, por razões que se prendem com o investimento na sua formação académica e profissional, com vista a aquisição de autonomia económica e psicológica. Paralelamente são cada vez mais altos os níveis de qualificação exigidos tanto a homens como a mulheres, em particular quando pretendem ingressar no mercado de trabalho, levando a que a aposta na formação seja a sua principal prioridade, deixando para segundo plano a tarefa da parentalidade (Smith & Soloway, 1997).

Desde muito cedo que tanto os rapazes como as raparigas ambicionam um percurso de vida economicamente favorável. A procura de níveis de escolaridade mais elevados significa uma maior facilidade em adquirir estabilidade financeira (Blaine et al., 2007). Partilhando esta mesma ideologia, Lochhead (2000, cit. in Blaine et al., 2007) salienta o empenho dos jovens de hoje no ensino e na concretização de um curso superior, adiando a entrada no mundo do trabalho e conseqüentemente as questões relacionadas com o projecto da maternidade. Acrescenta ainda que o percurso académico é hoje muito mais longo do que há umas décadas atrás, e que o ensino universitário é actualmente uma realidade acessível à grande maioria dos jovens portugueses.

O número de licenciados, tem vindo progressivamente a aumentar, o que evidencia uma enorme transformação na presença dos jovens no contexto académico. Lalande (2006) descreve, acerca da escolarização portuguesa, que “apesar dos diferentes ritmos de crescimento, o aumento de escolarização... tem sido progressivo e evidente, sobretudo ao nível do ensino superior, onde é cada vez mais significativo o número de mulheres licenciadas” (p. 11).

Observando os dados estatísticos referentes a 2003, relativos ao número de nados vivos por grupo etário materno e segundo o nível de escolaridade da mãe, conclui-se que existe uma maior concentração de nascimentos em idade tardia, em mães com maior nível

de escolaridade. Já quando nos focalizamos em idades mais elevadas, concretamente a partir dos 40 anos de idade materna, observamos níveis de escolaridade mais baixos, onde predominam o 1º e 2º ciclos (Lalanda, 2006). Estes dados parecem traduzir situações diferentes em termos de factores que condicionam a maternidade tardia. Enquanto nos contextos socioeconómicos superiores ela parece ser mais uma opção de vida, em contextos mais desfavorecidos o acaso ou a falha dos métodos contraceptivos podem ser o principal factor.

Conforme vimos anteriormente, uma das razões que leva a que os casais adiem o sonho da maternidade, é a formação escolar. A formação académica de uma pessoa com grau universitário exige pelo menos quinze anos de estudo, o que significa que dificilmente uma mulher/homem estarão formados antes dos 23 ou 24 anos de idade. Juntado-lhe a frequência de uma pós-graduação, somam-se mais dois ou três anos. Além de uma boa formação académica, é preciso acumular algum tempo de experiência no mercado de trabalho para consolidar uma carreira profissional bem-sucedida. Tudo isso tem contribuído para impelir os planos de maternidade para uma fase mais tardia, muitas vezes depois dos 30 anos.

Carreira profissional e estabilidade financeira

Actualmente a procura de uma carreira profissional que garanta, quer a homens quer a mulheres, uma estabilidade económica e financeira, exige um investimento quer na formação académica quer na formação profissional, levando a que esta matéria seja uma prioridade no projecto de vida do casal, passando para segundo plano o investimento na perpetuação familiar. Face a um mercado de trabalho extremamente competitivo e ao reduzido apoio social e familiar, a aposta do casal, em particular da mulher, é na qualificação e na formação profissional, com vista à autonomia e independência financeira. Uma mulher portadora de um grau académico superior com maior facilidade obtém um bom emprego e bem remunerado. Paralelamente, os casais que adiam a maternidade têm mais tempo disponível para trabalhar horas extras, viajar em negócios e obter mais e melhores promoções profissionais. Toda esta panóplia de investimentos na carreira profissional leva a que as mulheres que adiam a maternidade atinjam níveis socioeconómicos superiores, comparativamente às que têm os filhos mais cedo.

Numa investigação efectuada por vários autores acerca dos factores que mais influenciam os casais a adiarem o nascimento do seu primeiro filho, surgem em primeiro lugar a segurança financeira do casal, a educação, a carreira profissional e a estabilização

da relação conjugal (Tough et al., 2007). Estes autores referem também que os factores que levam os casais a adiar a maternidade são semelhantes quer para o homem quer para a mulher.

Por todos estes motivos é notório por parte do casal o surgimento deste projecto numa fase mais tardia das suas vidas, quando já se encontram, a seu ver, preparados para assumir esse novo papel.

Opinião semelhante manifestam outros autores ao referirem que muitas mulheres estão a adiar a maternidade para a quarta ou quinta décadas de vida porque colocam a carreira profissional em primeiro lugar, procurando estabilidade financeira (Andrade et al., 2004). Conseguir uma profissão que garanta estabilidade económica e um futuro para os filhos é uma preocupação frequente nos pais de hoje, dado o reconhecimento do esforço que a educação dos filhos hoje representa na economia e finanças de um agregado familiar (Victora et al., 1990, cit. in Parada & Pela, 1999).

Estabilidade da relação afectiva/conjugal

Em Portugal, ainda existe uma questão cultural que associa a maternidade ao casamento, se bem que comece a ser cada vez mais visível alguns casais decidirem por uma vida em comum e a optarem por conceber filhos antes do tradicional casamento. Apesar destas particularidades, a grande maioria dos casais projecta a maternidade para depois do casamento, daí que um dos factores motivadores da maternidade tardia seja, precisamente, a procura da estabilização da relação conjugal.

Ao longo dos tempos, o casamento tem vindo a ocorrer em idades cada vez mais tardias, estando este acontecimento relacionado com o prolongar da vida académica, que retarda a conquista da independência económica. Hoje em dia, as mulheres não estão apenas vocacionadas para a família e para o lar e surge nestas um forte desejo de se consagrarem na vida profissional (Lalanda, 2006).

Observando os dados entre 1960 e 2003, é visível uma redução progressiva do número de mulheres que são mães pela primeira vez antes dos 24 anos, aumentando o número daquelas que o são depois dos 25 e sobretudo depois dos 30. Adicionalmente “o grupo das mulheres entre os 30 e os 39 anos vive cada vez mais a experiência da maternidade pela primeira vez” (ibidem, p. 18), o que reforça a tendência para a maternidade tardia. Além destes factores, têm vindo a aumentar os segundos casamentos, o

que significa, para muitos casais, o reencetar de novos relacionamentos, de novos projectos e consequentemente o desejo de ter um filho desta nova relação.

Além disso, Balen (2005) acrescenta que os jovens casais querem ter alguns anos de disponibilidade afectiva para com o parceiro(a) antes de terem filhos, a fim de apreciarem a vida em comum e de poderem viajar sem aumento de encargos. Por outro lado, no início da sua carreira profissional, em particular as mulheres, não estão por vezes dispostas a conjugar essa tarefa com a maternidade. Vários estudos têm demonstrado que o investimento pessoal é um factor muito importante no adiamento da maternidade, no entanto outras razões têm também surgido como seja a dificuldade em encontrar um(a) parceiro(a) que seja competente para ser o(a) futuro(a) pai/mãe da criança.

Os pais que retardam a tarefa da maternidade geralmente já não estão naquela fase em que têm necessidade de fazer despesas básicas na vida de um casal, como seja conseguir a entrada para a casa própria, ou para o automóvel. Já conquistaram alguma autonomia financeira que lhes permite dar aos filhos melhores escolas e algum conforto material. É também nesta fase que o casal encontra maior segurança financeira e a estabilização da vida conjugal.

Evolução dos métodos contraceptivos

Algumas das razões que podem explicar o facto de os casais escolherem ter filhos mais tarde são, essencialmente, a maior esperança de vida, o investimento na qualificação profissional e também, muito importante, a utilização de métodos contraceptivos, que permite aos casais planear o momento em que pretendem ter os seus filhos.

A evolução dos métodos contraceptivos e o fácil acesso a estes são os principais factores que influenciam a tendência de adiar a maternidade para mais tarde. Segundo Blaine et al. (2007), a possibilidade de poder decidir sobre o momento da maternidade confere aos casais a opção de escolha em termos de prioridades de vida (carreira, situação financeira, relação conjugal e maternidade), sem colocar em causa a sua vida sexual, como ocorria no passado.

Apesar da evolução observada neste campo, verificamos que algumas das gravidezes que ocorrem em idades mais avançadas se prendem não somente com a opção consciente de ter um filho, mas antes pela falha de métodos contraceptivos, nomeadamente na fase pré-menopausica, quando os ciclos da mulher se tornam irregulares, comprometendo o reconhecimento do seu período fértil (Blaine et al., 2007).

Progressos da medicina e da genética

O aumento do número de gestações acima dos 35 anos, em particular nos países industrializados, apresenta uma tendência crescente, devido principalmente à ampla disponibilidade dos métodos contraceptivos, ao desejo de atingir um nível educacional e profissional elevado e em particular ao aprimoramento das técnicas de fertilização artificial (Gomes et al., 2008).

O progresso dos conhecimentos técnicos e científicos da medicina contemporânea, nomeadamente no campo da genética e reprodução humana, tem permitido à mulher acreditar que em qualquer idade e em qualquer situação poderá ser mãe. O caso da romena Adriana Iliescu, que se tornou mãe aos 66 anos em Janeiro de 2005, é representativo desta esperança, dado tratar-se de uma gravidez com recurso à procriação medicamente assistida.

A PMA (procriação medicamente assistida) tem vindo a ser um factor de aumento de sucesso da gravidez tardia, já que estas mulheres têm normalmente gravidezes mais vigiadas, permitindo que os riscos sejam revelados mais prematuramente (Andrade et al., 2004). No entanto, alguns autores referem que a taxa de sucesso da PMA é menor em idades mais avançadas porque a fertilidade na mulher se encontra em declínio (Blaine et al., 2007).

Quando a mulher chega aos 35 anos de idade sem conseguir engravidar de forma natural pode, se assim o desejar, recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistida. A procura por métodos de fertilização teve um aumento significativo nos últimos anos, em virtude dos bons resultados e da diminuição dos custos. Adicionados a estes factores está também a opção das mulheres por engravidar cada vez mais tarde, o que faz com que as pessoas passem a recorrer mais frequentemente a estas técnicas científicas.

Um dos desafios actuais da reprodução assistida é a possibilidade de identificar os melhores embriões para transferência, reduzindo deste modo a taxa de gestações gemelares, que são muito delicadas e apresentam maiores riscos para mães e bebés.

Todos estes factores, individualmente ou agrupados, têm possibilitado o adiar da maternidade nos casais. Sob o ponto de vista biológico, a gravidez tardia apresenta algumas preocupações, mas também se lhe encontram alguns benefícios.

As modificações intra-familiares decorrentes da maternidade tardia parecem revelar menores custos emocionais e maiores benefícios nesta faixa etária. Os casais parecem

reconhecer que já viveram com toda a disponibilidade a sua relação conjugal e a sua intimidade e que o nascimento de um filho vem completar toda esta relação. Os pais sentem-se mais disponíveis para as diversas solicitações da criança recém chegada. Andrade (1999) afirma ainda que os pais, nesta idade, preferem cuidar por si sós do seu filho do que recorrer a infantários, ou a familiares.

No próximo ponto procuramos reflectir sobre as vantagens e desvantagens da maternidade tardia.

3.2. – Vantagens e desvantagens associadas à maternidade/paternidade tardia

A opção pela maternidade depois dos 30 anos é cada vez mais comum entre as mulheres. Apesar de ser um fenómeno que diz respeito ao casal, do ponto de vista biológico preocupa particularmente a mulher, uma vez que é a esta que compete a função da gestação. É necessário estar atento à saúde da mulher e do feto, visto ambos se encontrarem susceptíveis de desenvolver problemas de saúde graves. Um dos principais problemas inerentes ao adiamento da maternidade prende-se com o decréscimo da fertilidade. Estudos têm demonstrado que a fertilidade tende a decair depois dos 35 anos (Andrade, 1999; Gomes et al., 2008).

Já segundo Abreu e Crispim (2002), a idade ideal, do ponto de vista biológico, para a mulher engravidar, situa-se entre os 22 e os 29 anos. Contudo, nesta fase da vida há frequentemente maior instabilidade económica, profissional ou afectiva. Por oposição, uma a duas décadas depois a mulher reúne melhores condições sociais e psicológicas para cuidar de uma criança, assistindo-se, no entanto, a um declínio biológico da capacidade reprodutiva e a um maior risco de doença, quer para a mãe, quer para o bebé.

Vantagens

O adiamento da maternidade/paternidade não comporta unicamente aspectos negativos. Frequentemente este adiamento acontece por motivos que se prendem com a possibilidade de aquisição de um nível de vida que permite melhores condições quer para o casal, quer principalmente para as próprias crianças.

Do ponto de vista emocional alguns autores relatam uma postura facilitadora no processo de transição para a maternidade, em mulheres após os 35 anos. Esta postura evidencia-se através da maior maturidade, melhores condições de saúde mental (Postmontier, 2002, Windridge, 1999, cit. in Gomes et al., 2008). Também DeVore (1983) referenciado pelos mesmos autores, identifica algumas vantagens psicológicas das gestantes com idade avançada, entre elas a experiência de vida e a sua identidade mais consolidada, o que faz com que estejam melhor preparadas para aceitar o bebé promovendo com maior êxito o seu desenvolvimento emocional.

As mulheres cuja primeira experiência de maternidade acontece aos 30-40 anos parecem demonstrar, segundo Andrade (1999), maiores sentimentos de competência, de autoconfiança e de autonomia do que mães mais jovens. As mulheres parecem estar mais aptas para lidar com as características sociais que são atribuídas ao papel de mãe, tais como a competência, a atenção e a disponibilidade afectiva para cuidar da criança (ibidem). Os pais preocupam-se em proporcionar aos filhos um desenvolvimento num clima afectivo favorável, preferem eles próprios cuidar das crianças, do que recorrer ao apoio da família e das instituições e sentem-se mais disponíveis e confiantes para as solicitações que a maternidade/paternidade implica.

Num estudo realizado por DeVore (1983, cit. in Gomes et al., 2008), o autor aponta algumas vantagens psicológicas da maternidade após os 35 anos, considerando que os pais mais velhos tendem a estar melhor preparados para cuidarem de uma criança, por se sentirem melhores consigo mesmos, por serem mais tolerantes, aceitarem melhor a criança como indivíduo e por terem melhores condições para o desenvolvimento das suas potencialidades como progenitores. Além disso, podem decidir de forma mais consciente pela parentalidade e possuem melhores condições económicas.

Eisenberg e Schenker (1998), referem que a idade materna avançada não só apresenta desvantagens, mas pode implicar potenciais vantagens devido a uma maior experiência de vida e a um aumento dos conhecimentos. Abreu e Crispim (2002), referem que nesta altura a mulher atingiu uma considerável estabilidade e progressão profissional, com melhor retorno económico e maior serenidade familiar. Na opinião de Thorn (1996, cit. in Abreu & Crispim, 2002), as mulheres que experimentam a maternidade mais tardiamente descobrem que um bebé tardio é uma verdadeira alegria, conhecendo-se bem a si próprias, sabem o que querem da vida e têm a confiança necessária para o conseguir.

Por outro lado, Balen (2005) concluiu que os pais com mais de 35 anos de idade demonstram uma experiência mais eficaz no funcionamento familiar, relacionada com a resolução de problemas, comunicação afectiva e controlo comportamental.

O mesmo autor salienta ainda que os pais tardios já desenvolveram importantes tarefas desenvolvimentais, como por exemplo a da maturidade, que por norma estes pais já atingiram, bem como o reforço da identidade.

Os pais que adiam a maternidade para uma fase mais tardia de suas vidas são, normalmente, pais que planeiam a gravidez de forma mais cuidadosa, o que representa vantagens a nível da saúde. Como nos referem Senesi et al. (2004), estas mulheres recorrem mais frequentemente a consultas pré-concepcionais de forma a minorar os riscos durante a gravidez (ressalvamos os casos de gravidez tardia em contextos socioeconómicos inferiores e multiparidade, onde por vezes assistimos a uma desvalorização da vigilância de saúde). Neste contexto, Blaine et al. (2007), dizem que a existência de irmãos, vários anos mais velhos, relativamente ao recém-nascido, pode tornar-se uma ajuda importante para a mãe.

Os pais que escolheram adiar a maternidade são, segundo Weinshenker (2005), homens mais envolvidos na tarefa da parentalidade, visto encontrarem-se melhor preparados psicologicamente, o que lhes permite desfrutar mais calmamente e mais intensamente desta nova fase de suas vidas que é o tornar-se pais.

Os resultados de um estudo efectuado por Balen (2005) suportam a ideia de que não existe uma idade certa para a parentalidade, pelo menos dentro dos limites do estudo (mães até aos 41 anos e pais até aos 45 anos). Logo, parece não haver motivos para recear que o nascimento de crianças entre os 30 e 40 anos de idade tenha efeitos negativos em relação à parentalidade.

Partilhando esta mesma opinião destacamos Blaine et al. (2007) ao referirem que, apesar de os riscos aumentarem com a idade materna, grande parte das mulheres que engravida depois dos 35 anos “dará à luz um bebé saudável”, resultado do acompanhamento adequado em termos de saúde.

Podemos desta forma concluir que a maternidade após os 30 anos de idade passou a ser algo comum no actual cenário social, pois frequentemente é uma opção de casais que já construíram a sua vida profissional e se sentem maduros o suficiente e preparados emocionalmente para assumir a responsabilidade da parentalidade.

Desvantagens

Um dos principais riscos associados ao adiamento da maternidade, prende-se com o decréscimo da fertilidade. Diversos estudos, desenvolvidos em variados contextos, têm demonstrado que a fertilidade tende a diminuir depois dos 35 anos de idade. Muito embora a influência da idade, como factor limitador da maternidade, seja referenciado por uns, gera também algumas controvérsias em outros que associam o decréscimo da fertilidade à interacção da idade com a saúde do casal.

A idade é um factor limitante na vida reprodutiva quer de homens quer de mulheres. Estudos relacionados com a fertilidade demonstraram que a queda da fertilidade no sexo feminino se inicia por volta dos 30 anos (estimando-se que nesta idade 91% das mulheres reúnam condições óptimas para a gravidez) ampliando-se aos 40 anos (estando estimado que apenas 53% agrupem condições que permitam a concepção e desenvolvimento do bebé) (Health Canada, cit. in Blaine et al., 2007). Já em relação aos homens, segundo as estimativas de alguns especialistas, actualmente três em cada dez crianças nascem de um pai com mais de 40 anos. Investigadores da Universidade de Washington, em Seattle, descobriram que a partir dos 35 anos os gâmetas masculinos começam a perder a mobilidade, assim como a quantidade, o que pode comprometer a saúde do feto. Na mesma pesquisa constataram também que os homens com mais de 35 anos apresentavam também maior concentração de espermatozóides com defeitos no DNA (Weinshenker, 2005).

Os problemas relacionados com a diminuição da fertilidade do casal podem encontrar alguma resposta nas técnicas de PMA, mas quando a idade materna ultrapassa os 40 anos é frequente a utilização de óvulos de dadoras mais jovens, procurando reduzir a probabilidade de insucesso na fertilização e as anomalias nos cromossomas. No entanto, este procedimento não anula todos os riscos, como veremos mais à frente, nomeadamente os riscos mais associados às complicações maternas e periparto (Blaine et al., 2007).

Quando a maternidade ocorre mais tardiamente, também os avós são mais velhos, reunindo menores condições para apoiar no cuidado aos netos (Blaine et al., 2007). A premissa de uma maior maturidade e capacidade de controlo pessoal, que habitualmente se associa à idade madura, pode não ser sentida desta forma: “o planeamento cuidadoso, pesquisa e experiência de vida não as prepara o suficiente para a falta de controlo (...) em relação à fertilidade, gravidez, nascimento e maternidade”, dizem-nos Blaine et al. (2007, p. 16), podendo existir algum constrangimento na procura de ajuda, exactamente por ser socialmente expectável que as “mães maduras” não tenham dúvidas.

A questão da gravidez tardia não é só um problema de fertilidade. A literatura consultada associa a idade materna avançada ao aumento de morbilidade e da mortalidade materna e neonatal.

De seguida, iremos enumerar algumas das principais complicações associadas à gravidez tardia.

Complicações para a mãe

As mulheres que têm a sua primeira gravidez por volta dos 35 anos, encontram-se mais susceptíveis para desenvolver toxémias gravídicas, tais como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e, em situações mais severas, a síndrome de Hellp (Teixeira, 1999; Antunes, Malheiro, Guerra, & Martins, 2003; Andrade et al., 2004; Blaine et al., 2007). Podem também surgir outras complicações, assim como hemorragias, aborto espontâneo e parto pré-termo entre outras.

Com o incremento da idade, também as células pancreáticas dos ilhéus de Langerhans se tornam progressivamente fibróticas, o que diminui a capacidade de reservas de insulina, fazendo com que estas mulheres possam vir a desenvolver diabetes gestacional (Antunes et al., 2003). A prevalência da diabetes na maternidade tardia é confirmada por vários autores (Gilbert, Nesbitt & Danielsen, 1999; Andrade et al., 2004; Blaine et al., 2007).

Os partos resultantes de gravidezes tardias apresentam uma maior incidência de cesarianas, o que parece estar relacionado com dois motivos (Gilbert et al., 1999). Por um lado, devido a factores como macrossomia, diminuição da eficácia das contracções uterinas, perda da elasticidade dos ligamentos, das articulações pélvicas e da capacidade muscular, diminuição das forças expulsivas, aumento dos casos de apresentações pélvicas e aumento de gravidezes múltiplas (Katwijk, 1998, cit. in Antunes et al., 2003). Por outro lado, devido à maior frequência de gravidezes medicamente assistidas, habitualmente envoltas em maiores níveis de ansiedade, condicionando nos pais e na equipa de saúde um desejo de maior controlo sobre o momento do parto, ocorrendo muitas cesarianas electivas sem justificação clínica objectiva (Gilbert et al., 1999; Antunes et al., 2003).

Complicações para o feto e para o recém-nascido

Para o feto/bebé a maior complicação que pode surgir é sem dúvida a morte (Gilbert et al., 1999; Andrade et al., 2004). Apesar de, o risco de aborto espontâneo se encontrar presente em todas as mulheres, em 14% destas, segundo Nybo Anderson et al., (2000, cit. in Blaine et al., 2007), a sua taxa aumenta dramaticamente com a idade materna, especialmente depois dos 35 anos. Os factores que contribuem para este aumento podem ser genéticos, anatómicos, endócrinos, imunológicos, microbiológicos e ambientais, podendo alguns destes ser controlados nas consultas de vigilância pré-natal (Blaine et al., 2007). O aborto e a morte perinatal têm um impacto negativo na família, independentemente da idade da mãe. No entanto, quando acontece em idades superiores aos 35 anos torna-se mais dramático devido à diminuição da fertilidade materna (ibidem).

A ocorrência de anomalias cromossómicas é apontada por vários autores (Gilbert et al., 1999; Azevedo et al., 2002; Andrade et al., 2004; Senesi et al., 2004; Blaine et al., 2007) que são unânimes em considerar que a partir dos 35 anos de idade a sua incidência aumenta significativamente. Normalmente as cromossomopatias mais comuns são a síndrome de Down, a trissomia 18, a trissomia 13 e a síndrome de Klinefelter (Blaine et al., 2007). A mesma fonte refere que, no Canadá, as anomalias mais frequentes são a trissomia 21 ou síndrome de Down, ocorrendo um caso em cada 800 nascimentos. Associado a esta anomalia cromossómica é frequente encontrar deficiências cardíacas, deficiência mental, hipotiroidismo e problemas imunológicos, entre outros. Andrade et al. (2004) referem que a incidência desta doença começa a subir depois da mãe ter atingido os 30 anos, aumentando de 1 em 2400 em mães entre os 15 e os 19 anos, para 1 em 109 para mães de 40 anos e de 1 em 32 para mães com 45 anos de idade.

O sofrimento fetal, a restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e baixo peso ao nascer são também apontados como acontecimentos que podem ocorrer frequentemente na gravidez tardia, podendo desse modo induzir a necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (ibidem).

É consensual, segundo a literatura consultada, que a maternidade tardia acarreta particularmente para a mãe e para o bebé alguns riscos para a saúde, mas face ao avanço tecnológico observado na medicina, mais concretamente aos cuidados pré-natais, esses riscos são fortemente minimizados quando dum vigilância da gravidez apertada e efectuada segunda as indicações das equipas de saúde.

As modificações intra-familiares decorrentes da maternidade tardia parecem revelar menores custos emocionais e maiores benefícios nesta faixa etária. Os casais parecem

reconhecer que já viveram com toda a disponibilidade a sua relação conjugal e a sua intimidade, vindo o nascimento de um filho completar toda esta relação. Os pais sentem-se mais disponíveis para as variadas solicitações do bebé recém-chegado. Importa ainda que compete aos profissionais de saúde que trabalham nestes domínios orientar as suas práticas para uma abordagem que ultrapasse o critério da idade e privilegiem também outros aspectos menos objectivos, como a história de vida e as condições sociais do casal.

Capítulo IV

As intervenções do enfermeiro no processo de adaptação à parentalidade

A intervenção dos enfermeiros ao longo do ciclo vital da família consiste fundamentalmente em assegurar os cuidados de enfermagem durante a vivência dos processos de vida e na resposta humana aos problemas que daí possam surgir. Além de exercerem o papel de elo de ligação entre o cliente e a equipa de saúde, os enfermeiros ajudam o cliente a gerir os recursos pessoais, familiares e da comunidade, dotando-o de maior capacidade de lidar com os diferentes desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem e a acessibilidade da população aos cuidados de saúde e aos cuidados de enfermagem, em colaboração com o Estado, definiu princípios a salvaguardar no regulamento dos centros de saúde. O reforço dos cuidados de saúde primários surge, assim, como uma estratégia essencial, particularmente através do desenvolvimento de serviços de saúde orientados para a comunidade e família (Ordem dos Enfermeiros, 2003a).

O surgimento da figura do enfermeiro de família, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 e assumida na Conferência de Munique em 2000, contribui para uma melhoria dos cuidados à família pela proximidade e conhecimento da família que o enfermeiro detém. Esta permite-lhe detectar os problemas e intervir precocemente, uma vez que, o alvo de cuidados é a unidade familiar.

As necessidades de cuidados de saúde, conforme nos reporta a Ordem dos Enfermeiros (2003a), não se centralizam exclusivamente nas situações de doença, mas sim “nos processos de transição que os desafios da saúde lhes vão lançando ao longo da vida” (p. 3). No modelo de gestão dos centros de saúde, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, está presente a importância da prestação de cuidados de enfermagem em períodos significativos da vida dos indivíduos, entre os quais destacamos mulher em idade fértil.

Deste modo, são apresentados alguns aspectos que devem ser respeitados e que, em nosso entender, reflectem a preocupação face às questões que envolvem e podem, de alguma forma, condicionar ou influenciar o sucesso da tarefa da parentalidade, nomeadamente:

- A vigilância da gravidez através das consultas de enfermagem de saúde materna;
- A promoção do conhecimento da grávida e preparação para o parto;
- A promoção do papel parental (ensino dos cuidados com a criança nas diferentes etapas do seu desenvolvimento);
- A promoção da adaptação do casal ao novo estágio da vida familiar;
- A garantia dos cuidados de enfermagem domiciliária às puérperas após a alta hospitalar;
- A promoção do aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida;
- A instrução dos pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido;
- A garantia dos cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido após a alta hospitalar;
- A vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil através das consultas de enfermagem de saúde infantil;
- A garantia do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- A garantia da identificação e o encaminhamento das crianças vítimas de maus-tratos, negligência e abusos sexuais.

Do exposto podemos concluir que é da responsabilidade dos enfermeiros garantir o cumprimento destes princípios, assim como assegurar a qualidade dos cuidados através das suas práticas.

As questões da parentalidade, assim como os aspectos com ela relacionados, têm sido, ao longo do tempo, objecto de reflexão por parte de alguns enfermeiros, dos quais destacamos Ramona Mercer. Da investigação realizada por esta autora resultou uma teoria de médio alcance, que consideramos um suporte essencial à prática dos enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho nestas áreas. Mercer iniciou a sua carreira de enfermagem em 1950 estando, desde sempre, ligada à área de enfermagem materno-infantil. Realizou a sua primeira publicação em 1968 e desde então tem dado um contributo valioso no desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, através de uma investigação ligada continuamente à prática e de um vasto número de publicações. Em 1991 apresentou a teoria de enfermagem designada: “A teoria da consecução do papel maternal”. Esta teoria é característica da enfermagem parental-infantil e pode ser aplicada a toda e qualquer mulher

durante a gravidez e no período pós-parto até ao primeiro ano após o nascimento do filho. É uma teoria que permite estudar e prever a ligação paternal, o que possibilita o estudo e o trabalho com todos os elementos da família. Mercer acredita que os resultados da investigação têm implicações decisivas na prática de enfermagem e considera-os uma ponte para a excelência dos cuidados (Meighan, 2004).

Enquanto profissão técnico-científica, a enfermagem tem como fim “ajudar o indivíduo, família e comunidade a desenvolver as suas potencialidades de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças da vida” (Guerreiro, 2004, p. 82). Desta forma é urgente que continuem a ser desenvolvidos esforços com o objectivo de serem criadas estruturas básicas de suporte às famílias nas diversas transições decorrentes do ciclo de vida e o fomento de condições que proporcionem a sua autonomização. O enfermeiro não pode abstrair-se dos diferentes acontecimentos que ocorrem ao longo do percurso de vida dos indivíduos, nomeadamente a adaptação ao processo de parentalidade.

Os processos de transição e adaptação estão progressivamente a despertar o interesse e a necessidade de investimento por parte da enfermagem, já que a procura de cuidados de saúde nestas áreas é cada vez maior. Exemplificando algumas dessas necessidades temos a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil; a promoção do papel parental através de ensino aos pais sobre os cuidados com a criança, ao longo das diferentes fases do desenvolvimento infantil; a vigilância da gravidez, a promoção do conhecimento da grávida e a preparação para o parto, o ensino e a instrução sobre cuidados ao recém-nascido, entre outros.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros reconheceu que a parentalidade e a adaptação à parentalidade merecia a atenção dos enfermeiros, considerando-as, tal como já referimos, como um foco da sua prática de cuidados. Além disso, da teoria de enfermagem sobre as transições predomina a ideia de que o enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transições ao longo da vida (Schumacher & Meleis, 1994, cit. in Davies, 2005). Compete ao enfermeiro, nesta situação, avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição na saúde da família. No caso do processo de parentalidade, e segundo referem Nyström e Öhrling (2004), o papel do enfermeiro deve incidir no sentido de minimizar as experiências de tensão dos pais, autonomizando-os no exercício da sua parentalidade.

A relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente no âmbito dos cuidados de enfermagem é muito importante, particularmente quando se trata da prestação de cuidados no processo de transição para a parentalidade. Ao apropriarmo-nos do conceito de cliente/pessoa enquanto ser único, indivisível, social, emocional, espiritual, cujo comportamento se baseia nas crenças e valores do contexto social onde se insere, a relação criada entre o enfermeiro e o cliente deve ser construída partindo destes princípios.

Assim sendo, o enfermeiro será capaz de compreender e respeitar o outro e, com maior facilidade, estabelecer uma relação de confiança e proximidade de forma a possibilitar a identificação de necessidades, planeamento de cuidados e intervenção.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser concretizadas utilizando diferentes instrumentos, embora sejam sempre pautadas por um processo relacional. No estudo desenvolvido por Lopes (2005), com vista à construção da teoria de médio alcance sobre relação enfermeiro-cliente, o autor conclui que a “natureza da interacção” enfermeiro/cliente corresponde a uma componente expressiva da relação. Apesar da investigação realizada por este autor ter sido desenvolvida num contexto muito particular de prestação de cuidados de enfermagem, mais especificamente num hospital de dia de doentes oncológicos, os clientes que participaram no estudo estavam a passar por um momento de transição, resultante dum processo de doença, e os enfermeiros viveram a experiência de acompanhar e prestar cuidados de enfermagem a estes clientes/famílias durante essa vivência.

Do estudo de Lopes (ibidem) emerge que a relação entre o enfermeiro/cliente/família compreendia dois processos: o “processo de avaliação diagnóstica” e o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”. Ao “processo de avaliação diagnóstica” (colheita de dados, reavaliação do processo e acompanhamento da prestação de cuidados) estão inerentes três perspectivas: vivencial, de ajuda e biomédica. O cliente e a família são o principal foco de atenção do enfermeiro. O “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”, enquanto processo intencional dirigido ao cliente/família e ao interface deste com a organização, com os outros clientes e com os profissionais de saúde, utiliza diferentes instrumentos com vista à sua concretização, entre outros: a) “Gestão de sentimentos” – para que a relação se desenvolva e a intervenção terapêutica se efective é fundamental que seja criado um espaço-tempo (espaço físico, afectivo, incentivo verbal e não-verbal) que favoreça a expressão dos sentimentos e a promoção da confiança/segurança através de: racionalização, desmistificação, não generalização, explicação dos sintomas, transmissão de segurança, antecipação e propostas de soluções e

a oferta de disponibilidade; b) “Gestão de informação” – Está associada à gestão de sentimentos e pode desenvolver-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações manifestadas pelo cliente/família. A informação desempenha um papel importante, nomeadamente na reorganização necessária na vivência da transição (ibidem, p. 223-224).

A relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente/família deve pautar-se pela disponibilidade, continuidade, proximidade e confiança que, associada a um processo contínuo de educação para a saúde, contribuirá decisivamente para uma facilitação da reorganização pessoal através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, com vista a ultrapassar adequadamente o processo de transição. Na realidade, ao longo do processo relacional estabelecido entre enfermeiro e cliente existe uma alternância de papéis que proporciona uma aprendizagem conjunta que não se restringe apenas ao cliente, contribuindo também para o desenvolvimento pessoal aos mais diferentes níveis (ibidem).

Deste modo pensamos que a relação estabelecida com o cliente se afigura como um meio, por excelência, para a qualidade dos cuidados prestados e, neste caso, para que os novos pais vivam a transição e a adaptação ao processo de parentalidade de uma forma mais ajustada.

A determinação do período em que se inicia a adaptação à parentalidade, como anteriormente referido, varia consoante a opinião dos diferentes autores, havendo os que consideram que esta tem início durante a gravidez, e outros que defendem que ela se inicia apenas após o parto. Uma vez que o enfermeiro acompanha a família em ambos os períodos, consideramos importante abordar o seu contributo nestes dois períodos distintos – gravidez e pós nascimento.

4.1. – Intervenções do enfermeiro durante a gravidez

A importância conferida às diferentes fases do ciclo vital, nomeadamente à gravidez e à infância, mereceu a atenção do Ministério da Saúde através da Direcção-Geral da Saúde (DGS) com a elaboração de estratégias de saúde previstas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 que definiam estratégias prioritárias: “nascer com saúde” e “crescer com segurança”. Para além destas medidas, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1993) procedeu à elaboração de um conjunto de orientações técnicas relativas à “Vigilância

pré-natal e revisão do puerpério” onde são definidas as finalidades e os objectivos da vigilância de saúde durante o período pré-natal. Assim, a realização das consultas à grávida tem como finalidade assegurar a saúde materna e fetal e os objectivos das mesmas são (Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1993, p. 3):

- Avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos;
- Detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e bem-estar do feto e orientar correctamente cada situação;
- Promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez.

Ao longo da vigilância pré-natal, os enfermeiros incrementam um trabalho de acompanhamento da grávida/família que tem por base as directrizes emanadas pela Direcção-Geral da Saúde. Entre estas destacam-se as que dizem respeito à Educação para a Saúde, transversal aos cuidados de enfermagem e que dão ênfase a intervenções de enfermagem do tipo “ensinar”⁴, “instruir”⁵ e “treinar”⁶, em que a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem emerge com particular enfoque. Os enfermeiros avaliam e diagnosticam necessidades em termos de conhecimentos e capacidades a diversos níveis, relativamente aos quais têm de ensinar os clientes/prestadores de cuidados.

Assistir as famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem sucedidos e competentes é uma preocupação dos enfermeiros porque, deste modo, estarão a contribuir para a promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos.

Ao longo do tempo foram sendo reconhecidas algumas temáticas prioritárias a abordar durante a realização das consultas de enfermagem à grávida/casal respeitantes ao regime alimentar, à importância da vigilância de saúde, à actividade física, aos comportamentos de risco, aos movimentos fetais, aos sinais de parto, à preparação para o parto, aos cuidados ao recém-nascido (cuidados de higiene e conforto), ao envolvimento do pai na gravidez, à relação precoce pais/filho, à amamentação (preparação para a amamentação, vantagens do leite materno, posicionamentos, etc.), aos transtornos psicológicos e físicos da gravidez e medidas profiláticas, à preparação dos pais para as

⁴ O termo “ensinar” aparece descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0 como: “Acção de Informar com as características específicas: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (CIPE, 2006,p.137).

⁵ A designação “instruir” aparece descrita na CIPE versão 1.0 como: “Acção de Ensinar com as características específicas: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa” (CIPE, 2006:137).

⁶ O termo “treinar” aparece descrito na CIPE versão 1.0 como: “Acção de Instruir com as características específicas: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (CIPE, 2006, p.137).

mudanças que tenderão a ocorrer com o nascimento do bebé, à importância da distribuição de tarefas e do suporte social (familiares e amigos), à vinculação, entre outros.

A gravidez é um período em que se podem desenvolver um conjunto de acções com vista à “construção” da parentalidade. A preparação para o exercício da função parental envolve conhecimento e treino de competências a diversos níveis: físico, emocional, cognitivo, social. O estabelecimento da ligação com o bebé pode, assim, ser fomentado desde cedo.

Ao promoverem orientação e suporte antecipatório sobre a função parental, os enfermeiros estão a dotar os pais de novas competências para o exercício do novo papel.

A intervenção dos enfermeiros deve, segundo Hudson, Elek e Fleck (2001), incidir, inicialmente, na avaliação das necessidades dos pais através da utilização de escalas de avaliação da auto-eficácia e satisfação parental durante o período de adaptação à parentalidade. O papel do enfermeiro, neste caso, passa por conhecer os contextos mais próximos da família e as interacções entre os seus membros, de modo a identificar os seus medos e dificuldades, para um posterior planeamento dos cuidados e uma intervenção efectiva que permita a aquisição de uma identidade parental. A utilização da estrutura conceptual baseada na teoria ecológica de Bronfenbrenner (1989) pode ser uma mais-valia na avaliação da adaptação ao processo de parentalidade realizada pelos enfermeiros. Através da aplicação desta teoria é possível reconhecer a interdependência existente entre os diferentes sistemas intra e extra familiares e o modo como o resultado desta inter-relação afecta as capacidades das famílias e o seu desenvolvimento. De acordo com esta perspectiva, os sistemas familiares operam em diversos níveis nos diferentes sistemas, nomeadamente:

- No sistema familiar (membros da família nuclear tendo em conta as crenças, competências e características da personalidade de cada um);
- No subsistema familiar (família alargada, escola, igreja, redes informais);
- No sistema externo da família (local de trabalho dos pais, comunidade, redes sociais formais).

Estes sistemas, por sua vez, estão inseridos num sistema mais amplo que inclui o estado actual da sociedade, as suas ideologias, valores e normas culturais. As características individuais dos pais e das crianças, o relacionamento da família nuclear com a família alargada e a divisão de tarefas dentro e fora de casa estão relacionados com os processos familiares que medeiam as mudanças conjugais que ocorrem durante a transição para a parentalidade.

A aquisição da identidade parental, evolui segundo Mercer (2004), através de quatro fases:

- 1ª. Antecipativa (antes do nascimento) – é a fase em que os pais começam a experimentar o novo papel e se começam a adaptar às mudanças sociais e psicológicas;
- 2ª. Formal (após o parto) – começa com o nascimento do bebé e o desempenho do papel de acordo com as expectativas dos outros;
- 3ª. Informal – a forma própria e única como os pais desempenham o seu papel sem que haja influência do sistema social;
- 4ª. Identidade do papel – esta fase corresponde ao período em que os pais se sentem confiantes e competentes no desempenho do seu papel.

Estas fases sobrepõem-se e são modificadas à medida que o bebé vai evoluindo. O modo como elas são vividas é influenciado pela relação entre a mãe e o pai ou entre outra pessoa significativa, pelo funcionamento da família, pelo stresse e pelo apoio social no qual se inclui a intervenção do enfermeiro.

A transição para este novo papel deve ser, tal como temos vindo a explanar, acompanhada pela intervenção do enfermeiro. Este deve contribuir para a promoção da consecução do papel parental através de:

- Aumento da auto-estima dos pais;
- Respeito pelas crenças e valores dos pais;
- Promoção das interacções pai-bebé-mãe;
- Atenção e escuta das dificuldades, sentimentos, expectativas e esperanças dos pais;
- Motivação dos pais para a competência;
- Avaliação das relações conjugais e do funcionamento familiar.

Na realidade, os enfermeiros são responsáveis pela promoção da saúde das famílias e por isso devem apoiá-las na transição e adaptação à maternidade/paternidade.

O enfermeiro assume, também, um papel significativo na promoção e consecução do papel do pai. Lopes e Fernandes (2005), referem que a intervenção do enfermeiro passa por encorajar a participação do pai e incentivar a mãe a apoiar o envolvimento do companheiro nos cuidados a prestar ao filho, criando oportunidades para que esse envolvimento se efective.

É imprescindível investir nas áreas de alta sensibilidade dos cuidados de enfermagem⁷ (entre os quais encontramos a família e o papel parental), analisando a família como um sistema, de modo a compreender as interações e interdependências dos indivíduos uns em relação aos outros e aos outros sistemas. Os cuidados de enfermagem devem, pois, dirigir-se para a orientação familiar, uma vez que uma modificação num dos seus membros afectará os restantes membros da unidade familiar. Compete também aos enfermeiros auxiliar os pais a desenvolverem precocemente uma relação afectiva com o seu bebé, através do apoio aos mesmos ao longo do processo de construção da maternidade/paternidade, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades e obstáculos que lhe estão, muitas vezes, inerentes (Lopes & Fernandes, 2005).

O desenvolvimento de programas de educação parental e acções de formação dirigidas às dificuldades sentidas pelos pais deverão ser uma das principais premissas da actuação dos enfermeiros. Nyström e Öhrling (2004) referem que uma intervenção efectiva deve incidir na prevenção, nomeadamente no período pré-natal. Com o mesmo propósito, Ahlborg e Strandmark (2001) sugerem que se invista na educação dos pais, neste período, sobre o relacionamento íntimo e na importância de uma base comunicacional e na resolução de conflitos, uma vez que a satisfação conjugal pode tender a diminuir. Mais tarde, no período perinatal, é conveniente realizar visitas domiciliárias às famílias, como forma de detectar possíveis dificuldades e riscos que possam ser solucionados atempadamente.

Neste período a atenção dada ao pai deverá ser igualmente reforçada, uma vez que ele desempenha um papel relevante na saúde da mulher e o nascimento de um filho é acompanhado por algum nível de stresse que poderá ter implicações na satisfação conjugal e no processo de vinculação ao filho (Buist, Morse & Durkin, 2003). Desta forma, é reforçada pelos autores em análise a necessidade da participação dos pais nas consultas de vigilância da gravidez onde deverão ser discutidos, entre outras temáticas, o impacto do nascimento de um filho, as mudanças no papel e a adaptação à parentalidade.

Face ao exposto consideramos que uma relação de confiança e de proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/companheiro/família permite identificar as suas necessidades e, numa caminhada conjunta, encontrar recursos e estratégias de *coping* que possibilitem a satisfação das mesmas, ultrapassando as dificuldades e disponibilizando-se para o acompanhamento na concretização dos projectos de vida individuais e familiares.

⁷ As áreas de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem são entendidas como aquelas em que os enfermeiros dão os maiores contributos para o bem-estar das pessoas.

4.2. – Intervenções do enfermeiro após o nascimento do bebé

Ao encararmos a parentalidade como um processo que vai sendo construído ao longo do tempo, no período imediatamente após o parto os pais ainda estão a desenvolver a caminhada que terão de fazer ao longo das suas vidas, dado o carácter irreversível inerente a este processo de transição. Assim sendo, os enfermeiros deverão estar disponíveis para os acompanhar neste período, dando desse modo continuidade ao trabalho iniciado durante a gravidez.

No seguimento do que foi referido no ponto anterior, referente às medidas desenvolvidas pela Direcção-Geral da Saúde nas questões relacionadas com a assistência de saúde durante a gravidez, mais uma vez, não foi esquecido o período pós-parto, designadamente, a vigilância de saúde da criança. As orientações técnicas que constam do “Programa-tipo de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil” (Direcção-Geral da Saúde, 2005) são explícitas quanto às funções e contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a nível das diferentes faixas etárias que são abrangidas por este programa.

Ao examinarmos os objectivos deste programa, e as estratégias de intervenção nele expressas, reconhecemos a importância atribuída à prevenção de situações de risco com vista à promoção do bem-estar das crianças e suas famílias. Dos diferentes objectivos traçados destacamos, pela importância que assumem, em nosso entender, para a promoção da adaptação à parentalidade, os seguintes:

- Detectar precocemente e encaminhar as situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança;
- Apoiar, favorecer e estimular o desenvolvimento da função parental valorizando os cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, designadamente, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental;
- Prevenir perturbações da esfera psico-afectiva;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência;
- Desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, por esta ser considerada um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco».

Face ao exposto, pensamos que compete aos enfermeiros em geral, e aos enfermeiros especialistas (quer estes sejam da área de saúde materna e obstetrícia, quer sejam da área da saúde comunitária) em particular, um lugar de destaque na orientação dos pais, principalmente quando estes o são pela primeira vez. São preferencialmente estes profissionais quem contacta com maior regularidade os pais e as crianças, possibilitando-lhes dessa forma apoio durante a parentalidade, especialmente nos primeiros anos de vida da criança.

Os resultados de uma investigação realizada por Hakulinen et al. (1999, cit. in Nyström & Öhrling, 2004), com o objectivo de avaliar o impacto da intervenção dos enfermeiros junto das famílias que vivenciavam o processo de transição para a parentalidade, revelaram que os pais que haviam recebido apoio dos enfermeiros de saúde pública/comunitária, bem como suporte social, referiam níveis mais baixos de tensão e maior estabilidade familiar.

Apesar, do período de permanência na maternidade, ser cada vez mais reduzido, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros tem contribuído, indubitavelmente, para o apoio e suporte aos pais que iniciam mais uma nova etapa nas suas vidas, uma vez que os enfermeiros que trabalham nestas unidades desenvolvem acções variadas que concorrem na mesma direcção.

Os resultados obtidos num estudo desenvolvido por Tarkka, Paunonen e Laippala (2000a) demonstraram que as mães que receberam apoio funcional das enfermeiras, durante a prestação de cuidados ao filho na maternidade, consideraram essa experiência positiva e, mais tarde, conseguiram desenvolver estratégias de *coping* com maior facilidade.

A promoção dos laços afectivos é incentivada logo após o parto, através da aproximação corporal mãe/filho proporcionada pelos enfermeiros. Algumas maternidades nacionais começaram a apostar nesta técnica, a qual fortifica o vínculo afectivo mãe-bebé. Na sua essência ela consiste em colocar o bebé sobre o peito da mãe logo após o nascimento, num contacto pele com pele, antes mesmo de serem prestados os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, proporcionando uma vivência de emoções e de sensações única para cada um dos intervenientes do processo: mãe/pai/bebé.

De igual modo, a educação para a saúde dirigida à mãe/pai/família sobre os cuidados ao recém-nascido (por exemplo: os cuidados de higiene, a alimentação, etc.) mostra-se facilitadora no desempenho do papel parental. Pelo facto da vinculação ser um processo interactivo e evolutivo, cujos atributos ou comportamentos são caracterizados pela proximidade, reciprocidade e compromisso, a construção da mesma requer um contacto

físico e envolvimento precoce entre os pais e a criança. Um estudo etnográfico sobre a análise da vinculação, efectuado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal por Bialoskurski, Cox e Hayes (1999), revelou que a natureza destas unidades pode prejudicar a vinculação entre as crianças e os seus pais e que o processo não é automático, individualizado e está associado a dicotomias mãe/filho e pode ser demorado e problemático.

Face a esta realidade importa realçar que os enfermeiros necessitam de estar atentos a estas questões, actuando como elementos facilitadores do processo de vinculação nestes contextos específicos. Perante a necessidade de separar precocemente a mãe do filho (por exemplo, quando este necessita de cuidados especializados de uma unidade de neonatologia), o enfermeiro deverá facilitar a transição maternal através da sensibilidade face à insegurança materna, sobretudo no caso de ser primípara, encorajar a ligação/compromisso materno (Nelson, 2003).

Nestas situações, promover o estabelecimento de uma interacção precoce mãe/filho/pai é contribuir para que a vinculação seja criada e/ou mantida através do desenvolvimento dos laços familiares e do desempenho dos papéis parentais. Os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de neonatologia devem integrar os pais na equipa de saúde e envolvê-los na prestação de cuidados ao filho, para que possam continuar o processo de vinculação através da activação dos órgãos sensoriais (ver, ouvir, tocar...). Muitas vezes, a sofisticação e a alta tecnologia que caracterizam estas unidades podem gerar ansiedade nos pais, particularmente pela intensificação dos sentimentos de incompetência dos pais e intimidação. Estes podem condicionar, assim, o desenvolvimento da sua função protectora e cuidadora. O papel do enfermeiro, nestes casos, passa por ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do filho, facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizar a informação relativamente ao ambiente que envolve a criança, as condições em que esta se encontra e a valorização das suas competências e evolução. Para uma verdadeira parceria é necessário que o enfermeiro, primeiramente, desenvolva um trabalho de ensino, treino e supervisão de cuidados à família até que esta se torne competente e no momento da alta sinta confiança, segurança e autonomia para se responsabilizar pelos cuidados ao bebé quando regressar a casa (Ferreira & Costa, 2004).

Os programas de educação e acompanhamento pós-parto, segundo (Nelson, 2003), devem enfatizar:

- A discussão pré natal das expectativas face ao período transaccional;
- O uso de modelos de papel;

- O suporte nos primeiros seis meses após o parto;
- As visitas domiciliárias.

Conforme anteriormente referido, durante o processo de adaptação decorrente da tarefa da parentalidade, poderão surgir situações que ponham em risco a saúde de ambos os intervenientes: criança e prestadores de cuidados-pais. Por esse motivo, é importante que os enfermeiros estejam atentos à qualidade da interacção mãe-bebé e sejam capazes de identificar possíveis dificuldades interactivas e intervenham o mais precocemente possível, evitando o risco de aparecimento de problemas ou a consolidação de eventuais sequelas. Reiterando a mesma ideia, Knauth (2001) defende que os enfermeiros podem e devem desempenhar um papel activo no funcionamento da família, nomeadamente quando esta se encontra a atravessar um momento de transição. A autora sugere que a intervenção do enfermeiro se deve basear em três aspectos fundamentais: avaliação, identificação e encaminhamento das famílias. A avaliação do funcionamento familiar e da satisfação marital permite identificar os níveis de stresse e encaminhar para serviços específicos que os ajudem a desenvolver estratégias de *coping* e consequente redução dos níveis de stresse. Como forma de fomentar a satisfação conjugal, a autora propõe que os enfermeiros implementem algumas estratégias, designadamente o encorajamento da divisão de tarefas, o envolvimento parental nos cuidados a prestar à criança e a promoção de momentos em que o casal possa dispor de tempo para estar sozinho.

A satisfação com o papel parental e a própria auto-eficácia são determinantes no processo de parentalidade. Por esse motivo Hudson, Elek e Fleck (2001) propõem aos enfermeiros a utilização de instrumentos de avaliação no período pós-parto, durante a estadia na maternidade, em vez de se basearem nas suas próprias percepções de experiência parental. Os mesmos autores sugerem, igualmente, que os enfermeiros encorajem os pais a participar nas sessões de educação para a saúde e que incentivem as mães a promoverem a participação destes nos cuidados com o bebé. Por outro lado, os enfermeiros deveriam basear as sessões de educação para a saúde nos resultados da investigação sobre a adaptação à parentalidade, proporcionando assim uma visão realista acerca da mesma. A formação de grupos de partilha, quer de sentimentos, quer de dificuldades, é também apresentada como uma estratégia para facilitar esta transição. Além disso, os pais com experiência no papel parental poderiam colaborar nestas discussões e servir de modelo nalgumas tarefas inerentes à parentalidade (por exemplo: mudança da fralda, banho, etc.). A criação de ferramentas inovadoras e proactivas como websites desenhados especificamente por pais e profissionais de saúde (designadamente enfermeiros) poderão constituir recursos eficazes para a promoção da parentalidade. Os

autores acreditam que os novos pais poderão experienciar, deste modo, sentimentos de alívio ao perceberem que eles não são os únicos a vivenciarem dificuldades durante o processo de transição para a parentalidade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem, centradas no processo interativo enfermeiro/cliente e que se desenvolvem durante um longo período de tempo, revelaram estar associadas a resultados mais positivos e eficazes. Relativamente às intervenções de enfermagem que promovem o processo de tornar-se mãe e pai, Mercer e Walker (2006) verificaram que, no caso em que os enfermeiros acompanharam as mães durante um período de tempo longo (dois anos e meio) e focaram a sua intervenção no estabelecimento de uma relação terapêutica recíproca com as mães que se encontravam em situação de alto risco, estas passavam a apresentar uma maior competência maternal.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais/família durante as consultas de vigilância de saúde da criança é fundamental para o êxito da intervenção. Os diferentes cuidados que são prestados e as actividades que são desenvolvidas permitem obter um maior conhecimento das famílias e das suas necessidades. Através de uma relação próxima, contínua e empática, os enfermeiros poderão representar um suporte efectivo para as famílias que estão a viver, pela primeira vez, o processo de transição para a parentalidade. A educação para a saúde realizada abrange diferentes temáticas referentes ao bebé (cuidados de higiene, alimentação, sono e repouso, cólicas, interacção pais/filho, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, etc.) e à família (relação marital, depressão pós-parto, sono e repouso, distribuição de tarefas domésticas, planeamento familiar, etc.) que contribuem para uma adaptação facilitada ao novo processo de transição. Em reforço desta realidade, Tarkka, Paunonen e Laippala (2000a) referem que as intervenções do enfermeiro de saúde pública/comunitária devem incidir:

- Na orientação de ambos os pais relativamente aos cuidados ao bebé e desenvolvimento infantil;
- No encorajamento do pai no sentido de dar apoio à companheira no desempenho do seu novo papel de mãe;
- No incentivo dos serviços de saúde e apoio à criança para serem mais centrados na família.

No que concerne à visita domiciliária, enquanto tempo importante para a prática de enfermagem, concorre também para a intervenção bem sucedida nesta área. Conhecer os contextos mais próximos onde a família vive permite que os enfermeiros detectem as necessidades, os recursos e os apoios de que a família poderá dispor e que poderão ajudar

a fazer face às dificuldades apresentadas. Partilhando esta mesma convicção, Fägerskiöld, Wahlberg e Ek (2001) referem-se à importância da visita domiciliária como um meio, por excelência, para a intervenção junto dos novos pais. Assim, estes autores defendem que a visita às famílias no período pós-parto, bem como em outros momentos, pode influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar, podendo ser significativa na prevenção da doença e promoção da saúde. Uma relação próxima com os clientes é um recurso no trabalho de visita domiciliária e disto pode depender a participação parental (De la Cuesta, 1994).

Mendes (2007a, 2007b) salienta do seu trabalho que a implementação da visita domiciliária (que consta da Lei 4/84, de 5 de Abril, e da Lei 142/99, de 31 de Agosto, e do programa tipo da actuação proposta pela Direcção-Geral da Saúde que data de 1993), é um elemento fundamental para uma prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistémica de suporte técnico e relacional junto da mulher e respectiva família para uma efectiva transição à parentalidade.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO: CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

Capítulo V

Metodologia da investigação

A investigação científica é, segundo Fortin (1999), um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação, permitindo examinar fenómenos do mundo real no qual vivemos.

A opção metodológica de um estudo científico deve ter em conta a natureza do problema a investigar e depende da perspectiva teórica dos investigadores relativamente às várias formas de abordar esse mesmo problema.

Ao longo deste capítulo iremos desenvolver os aspectos relacionados com a metodologia utilizada na investigação que sustenta a presente dissertação.

Da descrição metodológica deste estudo farão parte os objectivos do estudo, a formulação das questões de investigação, as hipóteses em análise, a apresentação e operacionalização das variáveis consideradas, a caracterização da amostra, o instrumento e método de colheita de dados, os procedimentos éticos e formais utilizados e o tratamento estatístico efectuado.

Daí que na concretização inicial deste trabalho se tenha tido o cuidado de realizar uma revisão bibliográfica seleccionando os conteúdos e os autores que nos pareceram mais pertinentes para este estudo, não só do ponto de vista do seu enquadramento teórico inicial, que nos permitiu formular os objectivos, questões e hipóteses mas, igualmente, da sua contribuição para a análise e discussão dos resultados encontrados.

5.1. – Desenho e objectivos da investigação

O estudo em causa é um estudo de investigação quantitativa, com desenho transversal, de nível II, do tipo descritivo-correlacional, com o qual se pretendeu explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (Fortin, 1999).

A presente investigação obedece a um desenho característico de um estudo não experimental ou estudo *pós-facto*, uma vez que não há manipulação de variáveis independentes e os diferentes grupos em análise resultam das diferentes categorias das variáveis dependentes avaliadas.

O desenho da nossa investigação pretendeu incidir sobre a complexidade do processo de adaptação na transição para a maternidade e paternidade, após o nascimento do primeiro filho numa perspectiva de stresse parental.

Dado a particularidade em que se insere a problemática da adaptação à maternidade/paternidade quer no contexto individual, quer no contexto conjugal/familiar ou ainda interpessoal/social, o presente trabalho tem como objectivo geral:

Conhecer a adaptação dos pais durante o percurso de transição à parentalidade após o nascimento do primeiro filho, numa perspectiva de stresse parental bem como a influência de algumas variáveis.

Relativamente aos objectivos específicos pretendemos:

1. Caracterizar a adaptação materna ao nascimento do seu primeiro filho numa perspectiva de stresse parental;
2. Caracterizar a adaptação paterna ao nascimento do seu primeiro filho sob uma perspectiva de stresse parental;
3. Identificar a existência de relações entre os níveis de stresse parental declarado pela(o) mãe/pai e as variáveis sociodemográficas;
4. Conhecer o nível de stresse parental descrito pela(o) mãe/pai cuja maternidade/paternidade decorreu aos trinta ou mais anos de idade;
5. Analisar a influência dos diversos contextos como o planeamento/desejo da gravidez, aceitação da gravidez e frequência do curso de preparação para o parto no índice de stresse parental da(o) mãe/pai;
6. Verificar se o índice de stresse parental da(o) mãe/pai se encontra relacionado com factores associados ao bebé como o peso nascimento.

Foi à luz destes objectivos que nos propusemos reflectir e analisar a vivência dos pais numa perspectiva de stresse parental que, pela primeira vez, experienciaram o processo de parentalidade, definindo as suas principais dificuldades nesta tarefa de modo a que, como enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, possamos agilizar este processo e torná-lo o mais agradável possível, promovendo assim ganhos em saúde importantes quer para o casal quer para o bebé.

5.2. – Questões e hipóteses da investigação

As questões de investigação são elementos básicos em qualquer estudo científico, revestindo-se de particular interesse para o investigador, facilitando-lhe a formulação de hipóteses. Permitem ao investigador delimitar melhor o problema a estudar e orientam a procura de respostas.

Deste modo poderemos enunciar as duas grandes questões de investigação do nosso estudo da seguinte forma:

Q₁ “Será que a idade, o sexo, as habilitações académicas, a situação actual de emprego, o nível socioeconómico, o contexto decorrente da gravidez e os contextos associados ao bebé influenciam o stresse descrito pelos pais após o nascimento do seu primeiro filho”;

Q₂ “Será que o stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) com idade igual ou superior a trinta anos é diferente do que é descrito pelos pais mais jovens”.

Da revisão de literatura, anteriormente desenvolvida, recolheram-se algumas premissas em que assentam as hipóteses formuladas:

H₁ O stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) com idade igual ou superior a trinta anos é diferente do que é descrito pelos pais com menos de trinta anos;

H₂ Existe diferença no stresse parental descrito pela mãe e pelo pai após o nascimento do primeiro filho;

H₃ Existe diferença no stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) em função das suas habilitações académicas;

H₄ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) conforme a sua situação actual no emprego;

H₅ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) conforme o seu nível socioeconómico;

H₆ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) em função de ter existido ou não planeamento da gravidez;

H₇ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) consoante a frequência ou não do curso de preparação para o parto;

H₈ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe consoante o tipo de parto;

H₉ Existe diferença no índice de stresse parental descrito pelo pai e pela mãe em função do peso de nascimento do bebé.

5.3. – Variáveis

Uma variável, é segundo Fortin (1999), “uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores”. Para a mesma autora, operacionalizar é atribuir uma significação a um conceito, especificando as actividades ou operações necessárias para medir, ou seja, defini-la de modo a que possa ser observada e medida (ibidem, p. 216).

As variáveis seleccionadas para este estudo têm em conta a pesquisa bibliográfica efectuada, e apresentada na primeira parte desta dissertação, bem como a nossa experiência pessoal e profissional desenvolvida nesta área. Apesar de conscientes de que o conhecimento científico actual aponta para a existência de outras variáveis a influenciar a transição para a parentalidade, como procurámos também mostrar na primeira parte deste trabalho, estas foram preteridas para este estudo dadas as limitações temporais para a realização do mesmo.

Variável dependente

A variável dependente é a “variável influenciada pela variável independente” (Fortin, 1999, p. 376). No presente estudo a variável dependente corresponde ao “stresse parental”

descrito pelos pais, tal como é avaliado pelo “Índice de Stress Parental – Domínio dos pais”. Este instrumento será descrito mais à frente.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são aquelas que influenciam, determinam ou afectam a variável dependente. A fundamentação teórica realizada e a experiência profissional adquirida ao longo dos tempos remetem-nos para a existência de características dos pais, como por exemplo: a idade, o género, as habilitações académicas, a situação actual no emprego, o nível socioeconómico, o planeamento da gravidez, a frequência de um curso de preparação para o parto e as características do recém-nascido, como potenciais influenciadores do stresse parental manifestado por estes no processo de adaptação à parentalidade.

Idade

A idade materna/paterna assumiu-se como uma variável contínua, medida em anos, sendo o ano uma unidade de tempo igual a 365 dias. Esta variável corresponde ao número de anos que a mãe/pai apresentam no momento em que foi pedida a sua colaboração neste estudo.

Na transição para a tarefa da parentalidade, a idade dos pais pode influenciar esse processo, na medida em que consoante são mais jovens ou menos jovens, possuem maior ou menor maturidade e também diferente experiência de vida, o que levará a uma maior ou menor facilidade na adaptação a esta nova tarefa nos seus ciclos de vida.

No que respeita à variável idade, constitui-se uma questão de resposta aberta, em que os sujeitos a traduziam em anos.

Tratando-se de uma variável quantitativa contínua e de modo a facilitar a caracterização descritiva 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

O género pode considerar-se como o conjunto de caracteres morfofisiológicos que diferenciam o homem da mulher pelo que, também, os seus comportamentos são distintos, resultantes da socialização e da prática de heranças culturais, logo após o nascimento.

Um estudo realizado por Rapkin e Luke (1993) demonstrou que a transição para a maternidade é um período de mudanças substanciais na identidade individual em que se verifica um aumento dos níveis de stresse sentidos pelas mulheres durante a transição. Mostrou ainda que os níveis de stresse sentidos pelas mulheres são superiores aos dos homens.

Esta variável constitui-se numa variável nominal dicotómica: feminino ou masculino.

Habilitações académicas

Com base nos resultados do estudo acima referido (ibidem) pensamos que as habilitações académicas dos pais poderiam influenciar a tarefa da maternidade e da paternidade desenvolvida por estes após o nascimento do seu primeiro filho e, deste modo, o stresse descrito por ambos.

Kitzinger, (1996), num estudo efectuado, verificou que as mulheres apenas com o ensino secundário se confessavam impotentes para tornar os filhos felizes e obedientes. Por outro lado, as mulheres que andaram na universidade preocupavam-se mais com o facto de serem ou não boas mães.

A variável habilitações académicas constitui-se como uma variável nominal, operacionalizada em seis categorias:

- 1.º Ciclo (1º - 4º anos de escolaridade);
- 2.º Ciclo (5º e 6º anos de escolaridade);
- 3.º Ciclo (7º - 9º anos de escolaridade);
- Ensino secundário;
- Ensino superior;
- Ensino superior com doutoramento.

Situação actual no emprego

Considerando o contexto social e económico actual da nossa sociedade pensamos que a situação de ambos os pais face ao emprego terá um peso importante na sua decisão face ao projecto da maternidade/paternidade.

Corroborando esta ideia, Pires (1990) refere que o emprego pode proporcionar uma sensação de eficácia, de competência, de apoio ou de bem-estar, ou inversamente uma sensação de incompatibilidade com as exigências familiares, irritabilidade e impaciência.

Esta variável constitui-se numa variável nominal dicotómica: empregado ou desempregado.

Nível socioeconómico

Ao referirmo-nos ao nível socioeconómico consideramos o nível social de cada um dos sujeitos, definido como estatuto social ou posição que cada indivíduo ocupa na sociedade.

Com a introdução desta variável no nosso estudo pretendemos saber se o nível socioeconómico dos pais influencia a tarefa da parentalidade expressa através do índice de stresse parental manifestado pelos pais após a vivência da maternidade/paternidade.

Estudos efectuados por Parke (1996) demonstram que o nível socioeconómico e as habilitações literárias dos pais parecem estar associados a diferentes percursos em relação à adaptação à parentalidade, na medida em que podem traduzir diferentes compromissos com a vida profissional destes e do mesmo modo a existência de diferentes recursos económicos.

Para tal operacionalizámos esta variável ordinal tendo como linha de orientação a classificação do nível socioeconómico elaborada por Simões (1994), que o subdividiu em:

- Grupo1 (Nível baixo);
- Grupo 2 (Nível médio);
- Grupo 3 (Nível elevado).

Planeamento da gravidez

O planeamento da gravidez surge relatado por alguns autores como um dos factores que influencia a adaptação na transição do casal para a parentalidade. Os casais que

planeiam ter filhos possivelmente experienciam uma maior sensação de controlo sobre as mudanças desencadeadas pelo seu nascimento e, conseqüentemente, estão mais dispostos a envolver-se nas tarefas de preparação conjugal.

Diversos autores, tais como Belsky e Rovine (1990) e Feinberg (2002), afirmam que o planeamento da gravidez se encontra associado à adaptação parental no puerpério.

Para estudar esta variável constitui-se numa variável nominal dicotómica: sim e não, isto é, a gravidez foi ou não planeada por ambos os pais.

Frequência de um curso de preparação para o parto

A preparação para o parto assume-se como um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, correspondendo a um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto” (Couto, 2006, p. 191).

Numa investigação realizada por Couto (ibidem) concluiu-se que a preparação para o parto representa um momento de praticabilidade constante preparando o casal para o seu desempenho como pais, promovendo uma forte vinculação entre os pais e o recém-nascido.

Pensamos que a participação num curso de preparação para o parto, sistematizado pelos conteúdos abordados, poderá influenciar positivamente a tarefa da parentalidade. O método psicoprofiláctico, ou método de Lamaze, constitui-se um dos principais métodos utilizados em todo o mundo para a preparação para o parto. O curso tem a duração de 3 meses, com início a partir das 28 semanas de gestação, e é constituído por aulas teóricas e práticas, num total de 32 horas.

A participação num curso de preparação para o parto sistematizado (segundo o método psicoprofiláctico), realizado por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, constitui-se numa variável nominal dicotómica: sim e não. Esta variável foi avaliada através de uma questão em que era solicitado à mãe e ao pai que assinalassem a frequência ou não deste curso durante a gravidez.

Tipo de parto

O parto é um acontecimento muito significativo para a generalidade das mulheres e dos homens, em particular quando estes têm um papel interventivo no nascimento.

Relativamente a esta variável, apesar de não ser considerada pelos autores consultados como um factor importante no processo de transição para a parentalidade, foi no entanto referenciada como tendo influência na percepção e satisfação da mulher com o parto e de alguma forma no bem-estar físico e emocional da mãe/pais assim como na qualidade da relação que estabelece com o filho. Associados ao parto estão muitas vezes presentes sentimentos de elevado mau estar e emocionalidade negativa, uma vez que a maior parte das mulheres relata ansiedade, falta de controlo e sentimentos negativos como tristeza e zanga (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

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

- Parto vaginal;
- Parto abdominal (cesariana).

Peso nascimento do bebé

Com esta variável pretendemos verificar se no processo de adaptação para a parentalidade se evidencia diferente consoante o peso do bebé. Da experiência profissional podemos dizer que o facto de um bebé apresentar baixo peso ao nascimento implica para os jovens pais um conjunto de preocupações inerentes ao estado de saúde do seu bebé e que poderão ser geradores de stresse. Acrescentamos que o baixo peso do bebé neste estudo não se encontra relacionado com o fenómeno de prematuridade, uma vez que este foi um dos critérios de não inclusão dos pais na nossa amostra.

No que respeita à variável peso nascimento do bebé, constituiu-se numa questão de resposta aberta em que os sujeitos traduziam em gramas o peso do seu bebé ao nascimento.

Tratando-se de uma variável quantitativa contínua, e de modo a facilitar a caracterização descritiva da amostra em estudo, estabelecemos 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 de caracterização da amostra

No presente estudo considerámos também importantes para a caracterização sociodemográfica da amostra as seguintes variáveis: o estado civil, a actividade profissional e o principal factor que motivou o surgimento da maternidade/paternidade em pais com trinta ou mais anos. Para a caracterização das mães, considerámos também aspectos decorrentes do contexto da gravidez e do trabalho de parto/parto como: complicações ocorridas durante a gravidez e o tipo de analgesia (anestesia) efectuada durante o trabalho de parto. Incluímos ainda os contextos associados ao bebé como o sexo, o tipo de alimentação e a situação de saúde do bebé.

Passamos de seguida a descrever cada uma dessas variáveis.

Por “estado civil” entendemos a situação jurídica ou condição que o indivíduo apresenta como membro de uma sociedade. Esta variável constitui-se como uma variável qualitativa nominal com três opções:

- Solteiro(a);
- Casado(a)/União de facto;
- Divorciado(a)/Separado(a).

Na variável “actividade profissional” foram utilizados os nove grupos de profissões, tendo por base a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2008)⁸:

Grande Grupo 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa;

Grande Grupo 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas;

Grande Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio;

Grande Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares;

Grande Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores;

Grande Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;

Grande Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares;

⁸ Segundo o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), acedido em Setembro de 2008 em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>.

Grande Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;

Grande Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados.

As profissões encontradas no nosso estudo vão ser enquadradas nestes grupos, de acordo com a especificidade de cada uma.

Relativamente à variável “principal razão/factor que motivou o surgimento da maternidade/paternidade depois dos trinta anos”, pensamos que seria uma visão importante na caracterização da amostra uma vez que a fundamentação teórica efectuada retratava este fenómeno. Vários autores referem que uma das razões que leva os casais a adiar a maternidade/paternidade, para uma fase mais tardia das suas vidas, é a carreira profissional, principalmente em pais cuja formação académica atingiu um nível superior.

Para operacionalizar esta variável qualitativa foram consideradas as seguintes categorias:

- Motivos/prioridades profissionais;
- Motivos económicos e financeiros;
- Estabilização da relação afectiva/conjugal;
- Dificuldades em engravidar e manter a viabilidade da mesma;
- Outros motivos.

Para dar resposta à variável “complicações ocorridas durante a gravidez” foi elaborada uma questão fechada com duas opções de resposta: sim e não.

Quanto à variável “tipo de analgesia (anestesia) efectuada durante o trabalho de parto)” surge com o propósito de conhecer a sua difusão na nossa amostra. Alguns estudos referem que uma mulher submetida a analgesia epidural se sente mais satisfeita comparativamente com aquela que sentiu a dor do trabalho de parto.

Para operacionalizar esta variável elaborou-se uma questão fechada com três opções de resposta:

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

A variável “sexo do bebé” constitui-se numa variável nominal dicotómica: feminino ou masculino.

Relativamente à variável “tipo de alimentação”, considerámos que seria importante conhecer nos pais que pela primeira vez experienciaram a parentalidade, e num espaço temporal que não excede o primeiro trimestre de vida do bebé, qual o tipo de alimentação de seu filho. Diferentes estudos abordam a importância e as vantagens da amamentação, no bebé. Por outro lado, a sua continuidade parece influenciar os sentimentos da mãe face ao filho, ou seja, o sentimento de competência no desempenho do papel materno.

Conforme nos relata Cardoso (2006), ao importante aspecto relacionado com a nutrição do bebé devem somar-se as vantagens derivadas do vínculo afectivo mãe-filho, mais intenso e duradouro nos bebés amamentados, que mais tarde vêm a apresentar um maior desenvolvimento psicossocial. Na opinião do mesmo autor, o aleitamento materno favorece o sentimento de protecção, proporcionando à mãe um efeito tranquilizador e de bem-estar.

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

- Exclusivamente ao peito;
- Ao peito com suplemento;
- Exclusivamente ao biberão.

Com a variável “situação de saúde do bebé” pretendíamos conhecer junto dos pais qual o estado da saúde do seu filho, podendo este condicionar a sua adaptação ao seu novo papel social. Os autores consultados salientam alguns desses factores, como o estado de saúde e o temperamento do bebé (Fowles, 1997; Coleman, 1998; Tarkka, 2003; Copeland & Harbaugh, 2004; Emmanuel, 2005).

Para estudar esta variável constitui-se numa variável nominal, com três categorias de resposta:

- Sem problemas de saúde;
- Com alguns problemas de saúde;
- Com muitos problemas de saúde.

5.4. – População e amostra

A população que esteve na base do presente estudo foi constituída por pais que experienciaram pela primeira vez o nascimento do primeiro filho, em virtude deste ser um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, naturalmente, no seu processo de desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel: o de pais.

O processo de selecção da amostra foi efectuado tendo por base a técnica de amostragem não probabilística, por selecção accidental, uma vez que é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis num determinado local, em que o investigador os selecciona para o estudo com base em critérios pessoais em relação aos quais os sujeitos serão os mais representativos.

O recrutamento dos sujeitos foi efectuado na Maternidade de Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., no período entre Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009.

Em virtude deste trabalho pretender conhecer a adaptação dos pais ao nascimento do seu primeiro filho em situação normal, portanto de gravidez normal sem ocorrência de complicações no decurso desta, foram considerados, para além da idade inferior a 18 anos, os seguintes critérios de exclusão relacionados com a gravidez e o parto: rotura prematura de membranas, parto pré-termo (antes das 37 semanas de gestação), atraso de crescimento intra-uterino, problemas médicos do feto e outras situações de gravidez de risco (doenças infecto-contagiosas, diabetes, perturbações hipertensivas).

Foram ainda excluídos da amostra os sujeitos que não possuíssem nível intelectual que permitisse o preenchimento dos questionários ou que apresentassem perturbações ou deficiência física ou mental.

Já em relação ao bebé tivemos em consideração, enquanto critérios de exclusão, a presença de qualquer patologia ou risco médico.

Com estes critérios pretendemos evitar situações que pudessem ser geradoras da ocorrência de variáveis estranhas e que por isso pudessem provocar efeitos inesperados e modificar os resultados da investigação.

Os sujeitos que constituíram a amostra deste estudo (mães e pais) foram numa fase inicial contactados individualmente quando recorriam à consulta de revisão pós-parto, aproximadamente seis semanas após o nascimento do bebé. Nessa altura foram explicados

a natureza e os objectivos do estudo, e foi efectuado o pedido de consentimento informado para a sua participação no mesmo (cf. Anexo I).

Posteriormente, e face à dificuldade em constituir uma amostra representativa de sujeitos, optou-se por uma nova estratégia. Passou então a contactar-se os pais após o parto, aquando da sua permanência nas unidades de internamento, sendo mais uma vez explicado os objectivos do estudo e solicitada a sua participação no mesmo. Nesta fase era entregue aos pais que acedessem participar um envelope que continha dois instrumentos de colheita de dados (um para ser preenchido pelo pai e outro pela mãe) e um outro envelope selado e endereçado ao investigador, para que mais tarde pudessem devolver os referidos questionários. Os pais foram também instruídos que deveriam preencher os questionários somente a partir do momento em que o bebé completasse um mês e meio de vida, devendo posteriormente reenviar ao investigador. Como reforço, aos 45 dias pós-parto foi efectuado contacto telefónico com os pais, após a sua prévia autorização, solicitando o preenchimento e envio do respectivo questionário.

A escolha do serviço e instituição referidos tiveram a ver com a acessibilidade em termos de proximidade e facilidade de contacto com os pais que satisfizessem os nossos critérios de inclusão e, por outro lado, para satisfazer o desejo da própria instituição na realização deste trabalho.

Abordámos também a Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para a realização do mesmo estudo, mas a resposta ao nosso pedido só nos chegou passados quatro meses e, nessa altura, já tínhamos seleccionado a nossa amostra.

A amostra do nosso estudo ficou constituída por 363 sujeitos, que foram pais (pai e mãe) pela primeira vez, tendo o nascimento do seu filho ocorrido na Maternidade de Bissaya Barreto. Deste total houve necessidade de eliminar 6 dos questionários em virtude de se encontrarem com erros de preenchimento, ficando deste modo a nossa amostra redimensionada aos 358 sujeitos.

5.5. – Instrumento de recolha de dados

Considerámos que o melhor processo de colheita de dados para o nosso estudo seria através do questionário, uma vez que é auto-preenchido, não sendo obrigatório a presença do investigador.

O questionário é um método directo de obter informação, sendo um dos procedimentos mais utilizados quando se trata de opiniões, intenções ou de níveis de conhecimento (Gil, 1999, p. 129).

O questionário utilizado encontrava-se dividido em duas partes. Na primeira parte constavam sete questões iniciais que nos permitiram recolher informação social e demográfica de ambos os pais, seguidas de um conjunto de quatro questões destinadas a obter informação relativa ao contexto da gravidez, de duas questões direccionadas a obter informação relativa ao trabalho de parto e parto e, para finalizar, de um grupo de cinco questões com o objectivo de obter informação relativa ao bebé.

A segunda parte visa determinar o nível de stresse parental manifestado pelos pais após o nascimento do seu primeiro filho. Com esse objectivo utilizámos o Índice de Stress Parental (ISP) – Domínio dos pais.

O Índice de Stress Parental (ISP) utilizado foi a versão portuguesa (Santos, 1997) para 1 mês – 3 anos do *Parenting Stress Index (PSI)*, da autoria do professor Richard Abidin. É um questionário para aplicação a pais (mãe e pai) e constitui uma técnica de despiste e diagnóstico que fornece uma medida da magnitude do stresse que ocorre no sistema pais-filhos (Abidin, 1983, 1990).

O ISP é constituído por 132 itens e permite calcular resultados por subescala, por domínio e por total de stresse. O ISP inclui, ainda, uma escala de stresse de vida, que fornece um indicador da quantidade de stresse, externo à relação mãe/pai/criança, que está a ser vivenciada pela figura parental.

O ISP permite avaliar dois domínios principais de fontes geradoras de stresse na relação pais-filhos: as características da criança – Domínio da criança; e as características da figura parental – Domínio dos pais. Cada domínio integra várias subescalas, as quais possibilitam a identificação de fontes específicas de stresse.

Enquanto as subescalas do Domínio da criança avaliam aspectos do temperamento da criança e as percepções que os pais têm do impacto das características da criança neles

próprios, as subescalas do Domínio dos pais avaliam algumas das características pessoais dos pais e determinadas variáveis do contexto familiar.

O Domínio da criança integra as seguintes subescalas: Distracção/Hiperactividade, Reforço aos pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade, Exigência e Autonomia. Esta última subescala (Autonomia) apenas faz parte da adaptação portuguesa.

Relativamente ao Domínio dos pais, as subescalas que o constituem avaliam (Abidin, 2004, p. 35 - 37):

- *Sentido de competência*, com 13 itens, que avalia a percepção de competência da figura parental em relação ao seu papel de mãe/pai. Quando se verificam resultados elevados nesta subescala as intervenções que se têm revelado mais úteis para estes pais incluem grupos de discussão e acções de formação. Com novos pais são também úteis intervenções direccionadas para a sua valorização pessoal e apoio emocional;
- *Vinculação*, com 7 itens, que avalia o investimento intrínseco que a figura parental tem no seu papel como mãe/pai = modelo interno relativo ao seu papel parental. Resultados elevados nesta subescala podem indicar uma das seguintes fontes de disfunção: a figura parental não ter um sentimento de proximidade emocional com a criança (ausência de um laço emocional que se pode reflectir num padrão de interacção frio); a figura parental tem uma incapacidade real ou percebida para observar e compreender os sentimentos e/ou necessidades da criança;
- *Restrição do papel*, com 7 itens, que avalia o impacto negativo de ser-se mãe/pai na liberdade pessoal e noutros papéis. Resultados elevados indicam que os pais experienciam o papel parental como restringindo a sua liberdade pessoal, percepcionando-se a si mesmos como sendo controlados e dominados pelas necessidades e exigências dos filhos;
- *Depressão*, com 9 itens, que avalia até que ponto está prejudicada a disponibilidade emocional da figura parental face à criança, e em que medida a energia emocional e física da figura parental está comprometida. Resultados elevados sugerem a presença de depressão na figura parental, a qual tem dificuldade em mobilizar as energias físicas e psíquicas necessárias para satisfazer as responsabilidades associadas a ser pai/mãe;
- *Relação marido/mulher*, com 7 itens, que avalia o apoio físico e emocional que é facilitado para desempenhar o papel parental e avalia também o nível de conflito na

relação. Resultados elevados são obtidos por pais a quem falta o apoio activo e emocional da outra figura parental, na área da educação da criança;

- *Isolamento social*, com 6 itens, que avalia o isolamento social da figura parental e a disponibilidade de apoio social para o desempenho desse papel. Resultados elevados são indicadores de que estes pais estão isolados do apoio dos seus pares, familiares e outros sistemas de apoio emocional;
- *Saúde*, com 5 itens, que avalia o impacto do estado de saúde física da figura parental na sua capacidade para satisfazer as exigências associadas ao ser-se pai/mãe. Resultados elevados indicam deterioração da saúde dos pais.

Tal como acabámos de mostrar, para qualquer das subescalas, resultados mais altos são indicadores de mais stresse.

Apesar de inicialmente ter sido utilizado apenas por mães, o ISP está construído de forma a poder ser respondido quer pela mãe quer pelo pai, sendo a sua aplicação individual.

No presente estudo, como já atrás foi referido, utilizámos apenas o Domínio dos pais que é constituído por 54 itens, integrando estes as 7 subescalas anteriormente descritas.

A opção neste trabalho pelo “Domínio dos pais” (e a não utilização do “Domínio da criança”) prende-se com o objectivo principal deste estudo que é o de conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho nas figuras parentais, como fenómeno gerador ou não de stresse.

Para cada item os sujeitos têm 5 possibilidades de resposta em função da sua concordância ou discordância com o conteúdo dos mesmos. A cotação faz-se com base na atribuição de um valor de 1 a 5 para cada um dos itens.

5.6. – Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram tratados através da utilização do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, na versão 15.0.

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

Para avaliar a consistência interna global da escala ISP – Domínio dos pais, calculámos o coeficiente *alpha* de Cronbach. Os valores obtidos comprovam que a escala apresenta uma consistência interna muito elevada para o total dos pais (0,934), mas também para o grupo das mães (0,939) e para o grupo dos pais (0,905) separadamente. A maioria dos autores considera que valores para *alpha* superiores a 0,70 são reveladores de uma boa consistência interna.

Em relação à estatística inferencial, recorreremos aos testes paramétricos uma vez que a nossa variável dependente (ISP – Domínio dos pais) é de natureza quantitativa com distribuição normal, confirmada pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,135$ para o total de pais; $p = 0,200$ e de $p = 0,065$ para o grupo das mães e dos pais, respectivamente).

Os testes utilizados para testar as nossas hipóteses foram o teste t de *Student* e o teste de análise da variância (ANOVA a um factor). Para todos os testes fixámos o valor de 0,05 para o nível de significância.

Também recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis para verificarmos se nos pais com 30 ou mais anos existiam diferenças no nível socioeconómico relativamente aos motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia.

5.7. – Procedimentos éticos e formais

Para a elaboração deste estudo foi por nós solicitada autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., para podermos aplicar o nosso instrumento de colheita de dados aos pais cujo nascimento dos seus bebés ocorreu na Maternidade de Bissaya Barreto, instituição de saúde que faz parte do referido centro hospitalar (cf. Anexo II).

Foi também previamente fornecido, em anexo ao requerimento, um modelo do questionário, bem como dado a conhecer o tema do estudo e os objectivos do mesmo.

Posteriormente obtivemos resposta positiva ao nosso pedido, tendo por isso sido concedida autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Comprometemo-nos a assegurar a participação voluntária e informada dos pais, garantindo o anonimato e confidencialidade. Para isso facilitámos aos sujeitos deste estudo o Termo de Consentimento Livre e Informado.

Para a inclusão da escala - Índice de Stresse Parental (ISP) - no nosso instrumento de colheita de dados, foi também solicitada a respectiva autorização ao seu autor, Salomé Vieira Santos, responsável pela versão e adaptação portuguesas, que gentilmente autorizou a sua utilização para efeitos de investigação e nos concedeu a respectiva escala.

Junto de cada questionário colocámos também algumas notas explicativas de forma a facilitar o preenchimento do mesmo por parte dos sujeitos.

Capítulo VI

Apresentação e análise dos dados e resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação e análise dos dados e resultados obtidos na investigação realizada e descrita no capítulo anterior.

6.1. – Caracterização da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 358 indivíduos, sendo 185 mães (51,68%) e 173 pais (48,32%).

As características sociodemográficas da amostra encontram-se descritas no Quadro 1, tendo em consideração a distribuição por grupo etário, estado civil, habilitações académicas, nível socioeconómico e situação profissional.

Em relação à idade, verificamos que a média do total da amostra é de 31,61 anos (idade mínima: 19; idade máxima: 47) com um desvio-padrão de 4,74 anos. Segundo o género, os pais, que apresentam uma média de idades de 32,96 anos (idade mínima: 19; idade máxima: 47) e um desvio-padrão de 4,83 anos, são mais velhos do que as mães, que apresentam uma média de idades de 30,35 anos (idade mínima: 19; idade máxima: 43) e um desvio-padrão de 4,31 anos.

Verificamos que é no grupo etário dos 30 aos 34 anos que encontramos mais pais (43,85% do total da amostra), situação que também se verifica se considerarmos a distribuição por género (41,62% e 46,24% para as mães e para os pais, respectivamente). É interessante verificar que enquanto para as mães o segundo grupo etário mais numeroso é o dos 25 aos 29 anos (32,97% das mães), para os pais o segundo grupo etário mais numeroso é o dos 35 aos 39 anos (22,54% dos pais).

A grande maioria dos pais são casados ou vivem em união de facto (89,66% do total), situação que também se verifica se considerarmos o género (89,73% e 89,60% para as mães e para os pais, respectivamente).

Relativamente às habilitações académicas, constatamos uma assimetria na distribuição se considerarmos o factor género. De facto, enquanto 61,62% das mães referem possuir formação superior, apenas 28,90% dos pais têm habilitações académicas deste nível. Ainda só em relação ao grupo dos pais, a habilitação mais comum é o 3º ciclo (34,68%), seguida do ensino secundário (29,48%) e da formação superior (28,90%).

Em relação ao nível socioeconómico, 60,89% de ambos os pais insere-se no nível médio e cerca de 24,58% pertence ao nível baixo. Também nesta variável se verifica algum grau de assimetria na distribuição se tivermos em consideração o género. De facto, enquanto para o grupo das mães a grande maioria (cerca de 73,51%) pertence ao nível médio, no grupo dos pais apenas cerca de metade (47,40%) se insere neste nível. Esta constatação não constitui surpresa se tivermos em conta que o mesmo se verificou em relação à variável das habilitações académicas, facto que justifica a existência de uma relação directa entre habilitações académicas e nível socioeconómico.

Em termos de emprego, a grande maioria dos pais (mãe e pai), encontram-se empregados (92,46%). Contudo ainda é de realçar que o desemprego é mais notório no grupo das mães (10,81%, mais do dobro em relação ao grupo dos pais).

Quadro 1 – Características sociodemográficas das mães, dos pais e do total da amostra: idade, estado civil, habilitações académicas, nível socioeconómico e situação profissional

	Mães	Pais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100,00)
Grupo etário - Idade			
Inferior a 20	3 (1,62)	1 (0,58)	4 (1,12)
De 20 a 24	13 (7,03)	3 (1,74)	16 (4,47)
De 25 a 29	61 (32,97)	34 (19,65)	95 (26,54)
De 30 a 34	77 (41,62)	80 (46,24)	157 (43,85)
De 35 a 39	28 (15,14)	39 (22,54)	67 (18,71)
40 ou superior	3 (1,62)	16 (9,25)	19 (5,31)
Estado civil			
Solteiro	15 (8,11)	10 (5,78)	25 (6,98)
Casado/União de facto	166 (89,73)	155 (89,60)	321 (89,66)
Divorciado/Separado	4 (2,16)	8 (4,62)	12 (3,35)
Habilitações académicas			
1º Ciclo	1 (0,54)	2 (1,16)	3 (0,84)
2º Ciclo	3 (1,62)	8 (4,62)	11 (3,07)
3º Ciclo	23 (12,43)	60 (34,68)	83 (23,18)
Secundário	43 (23,24)	51 (29,48)	94 (26,16)
Superior	114 (61,62)	50 (28,90)	164 (45,81)
Superior C/ Doutoramento	1 (0,54)	2 (1,16)	3 (0,84)
Nível socioeconómico⁹			
Baixo	29 (15,68)	59 (34,10)	88 (24,58)
Médio	136 (73,51)	82 (47,40)	218 (60,89)
Elevado	20 (10,81)	32 (18,50)	52 (14,53)
Situação profissional			
Empregado	165 (89,19)	166 (95,95)	331 (92,46)
Desempregado	20 (10,81)	7 (4,05)	27 (7,54)

O Quadro 2 apresenta a distribuição da profissão de todos os pais segundo a Classificação Nacional de Profissões adaptada, isto porque adicionámos o Grupo 10 que inclui os desempregados e os estudantes.

Considerando ambos os pais, a actividade profissional de 34,92% enquadra-se no Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), seguida de 15,36% que pertence ao Grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio), de 13,13% que pertence ao Grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) e de 11,45% que pertence ao Grupo 9 (trabalhadores não qualificados). De referir que nenhum dos pais referiu uma profissão que

⁹ O nível socioeconómico foi categorizado segundo a classificação de Simões (1994).

se enquadrasse no Grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas).

Quanto às mães, 45,95% pertence ao Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas). O grupo dos pais (homens) mais uma vez apresenta uma distribuição mais assimétrica, com 23,12% a pertencer ao Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), seguida de 20,81% a pertencer ao Grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio) e 19,65% a pertencer ao Grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores).

Quadro 2 – Distribuição da profissão das mães, dos pais e do total da amostra, segundo a Classificação Nacional de Profissões

	Mães	Pais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100,00)
Profissão			
Grupo 1	0 (0,00)	3 (1,73)	3 (0,84)
Grupo 2	85 (45,95)	40 (23,12)	125 (34,92)
Grupo 3	19 (10,27)	36 (20,81)	55 (15,36)
Grupo 4	21 (11,35)	2 (1,16)	23 (6,42)
Grupo 5	13 (7,03)	34 (19,65)	47 (13,13)
Grupo 6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Grupo 7	13 (7,03)	20 (11,56)	33 (9,22)
Grupo 8	0 (0,00)	20 (11,56)	20 (5,59)
Grupo 9	25 (13,51)	16 (9,25)	41 (11,45)
Grupo 10	9 (4,86)	2 (1,16)	11 (3,07)

Legenda:

- Grupo 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Grupo 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares
- Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores
- Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares
- Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados
- Grupo 10- Desempregados e estudantes

Relativamente à maternidade/paternidade tardia, verificamos que 67,88% de ambos os pais têm 30 ou mais anos. Destes e considerando o género, são os pais que apresentam valores mais elevados, 78,03% contra 58,38% das mães com 30 ou mais anos (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, segundo a maternidade/paternidade antes ou após os 30 anos de idade

	Mães	Pais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100,00)
Idade			
Até aos 30 anos	77 (41,62)	38 (21,97)	115 (32,12)
30 anos ou superior	108 (58,38)	135 (78,03)	243 (67,88)

Como motivos/factores referenciados para a maternidade/paternidade tardia por ambos os pais (cf. Quadro 4), a estabilização da relação afectiva/conjugal foi referida por 43,62% do total de pais, logo seguida dos motivos relacionados com as prioridades profissionais (33,74%).

É interessante verificar a existência de um padrão diferente da distribuição ao considerarmos o género: enquanto o grupo dos pais (homens) segue a tendência do grupo total (com 52,59% para o factor relacionado com a estabilização da relação afectiva/conjugal e 24,44% para os motivos/prioridades profissionais), o grupo das mães apresenta uma tendência inversa para os mesmos factores (45,37% para os motivos/prioridades profissionais e 32,41% para o factor relacionado com a estabilização da relação afectiva/conjugal). De acordo com estes resultados enquanto para as mães os motivos/prioridades profissionais surgem em primeiro lugar, para os pais são os motivos de ordem afectiva/conjugal. Em ambos os casos os motivos económicos e financeiros ocupam a terceira posição (13,89% e 16,30%, para as mães e pais, respectivamente) e por fim as dificuldades em engravidar/manter a gravidez (8,33% e 6,67%, para as mães e pais, respectivamente).

Quadro 4 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, com 30 ou mais anos, segundo os motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia

	Mães	Pais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	108 (44,44)	135 (55,56)	243 (100,00)
Motivos / factores			
Motivos/prioridades profissionais	49 (45,37)	33 (24,44)	82 (33,74)
Motivos económicos e financeiros	15 (13,89)	22 (16,30)	37 (15,23)
Estabilização da relação afectiva/conjugal	35 (32,41)	71 (52,59)	106 (43,62)
Dificuldades em engravidar e manter a viabilidade da mesma	9 (8,33)	9 (6,67)	18 (7,41)

Face a estes resultados a questão que nos surgiu foi: nos pais com 30 ou mais anos existem diferenças em função do nível socioeconómico (variável ordinal) relativamente aos motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia. Para respondermos a esta pergunta recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados do teste demonstram que para ambos os pais e também para o grupo das mães e dos pais isoladamente, existem diferenças estatisticamente significativas, com valores de $p = 0,000$, $p = 0,017$ e $p = 0,013$, respectivamente. A análise das frequências das respostas obtidas pelas mães e pais separadamente, e apresentadas respectivamente nos Quadros 5 e 6 permite-nos afirmar que:

- Para as mães, enquanto os motivos profissionais ocupam a primeira posição em número de respostas para as dos níveis médio e elevado, essa mesma posição é ocupada pelos motivos económicos nas de nível baixo. Segue-se a estabilização da relação afectiva/conjugal para as dos níveis médio e elevado, enquanto que para as de nível baixo a estabilização da relação afectiva/conjugal e as dificuldades em engravidar com o mesmo valor;
- Para os pais (homens), a estabilização da relação afectiva/conjugal é o motivo que apresenta mais respostas em todos os níveis socioeconómicos. Porém o motivo que ocupa a segunda posição é diferente conforme o nível socioeconómico: nos dos níveis médio e elevado são os motivos profissionais, enquanto nos de nível baixo são os motivos económicos e financeiros.

Quadro 5 – Distribuição dos motivos para a maternidade tardia nas mães com 30 ou mais anos em função do nível socioeconómico

	Nível baixo	Nível médio	Nível elevado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	13 (12,04)	77 (71,29)	18 (16,67)	108 (100,00)
Motivos / factores				
Motivos/prioridades profissionais	0 (0,00)	40 (51,95)	9 (50,00)	49 (45,37)
Motivos económicos e financeiros	5 (38,46)	9 (11,69)	1 (5,56)	15 (13,89)
Estabilização da relação afectiva/conjugal	4 (30,77)	25 (32,47)	6 (33,33)	35 (32,41)
Dificuldades em engravidar e manter a viabilidade da mesma	4 (30,77)	3 (3,89)	2 (11,11)	9 (8,33)

Quadro 6 – Distribuição dos motivos para a paternidade tardia nos pais com 30 ou mais anos em função do nível socioeconómico

	Nível baixo	Nível médio	Nível elevado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	40 (29,63)	65 (48,15)	30 (22,22)	135 (100,00)
Motivos / factores				
Motivos/prioridades profissionais	3 (7,50)	19 (29,23)	11 (36,67)	33 (24,44)
Motivos económicos e financeiros	10 (25,00)	10 (15,38)	2 (6,67)	22 (16,30)
Estabilização da relação afectiva/conjugal	24 (60,00)	33 (50,77)	14 (46,66)	71 (52,59)
Dificuldades em engravidar e manter a viabilidade da mesma	3 (7,50)	3 (4,62)	3 (10,00)	9 (6,67)

No Quadro 7 encontram-se descritas algumas características relacionadas com a gravidez e aplicáveis a ambos os pais. Referimo-nos ao planeamento/desejo da gravidez, à aceitação da mesma e à frequência do curso de preparação psicoprofilática para o parto.

Para a grande maioria dos pais a gravidez foi planeada e desejada (88,55% do total), situação que também se verifica quando consideramos o género (88,11% e 89,02% para as mães e para os pais, respectivamente).

Sobre a aceitação da gravidez, os dados são sobreponíveis aos apresentados para o planeamento/desejo, sendo mesmo mais elevados aproximando-se dos 100% (99,16% para ambos os pais, 98,92% no grupo das mães e 99,42% no grupo dos pais).

Já em relação à frequência do curso de preparação psicoprofilática para o parto os valores são bem diferentes, pois verificamos que apenas 27,93% do total de pais frequentou este curso, sendo que, e compreensivelmente, esse percentual foi mais elevado no grupo das mães (30,27%) do que no grupo dos pais (25,43%).

Quadro 7 – Aspectos relativos ao percurso da gravidez das mães, dos pais e do total da amostra: planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência do curso de preparação para o parto

	Mães	Pais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100,00)
Gravidez planeada/desejada			
Sim	163 (88,11)	154 (89,02)	317 (88,55)
Não	22 (11,89)	19 (10,98)	41 (11,45)
Aceitação da gravidez			
Sim	183 (98,92)	172 (99,42)	355 (99,16)
Não	2 (1,08)	1 (0,58)	3 (0,84)
Curso de preparação			
Sim	56 (30,27)	44 (25,43)	100 (27,93)
Não	129 (69,73)	129 (74,57)	258 (72,07)

Interessa também analisar os dados específicos relativos à gravidez e trabalho de parto (cf. Quadro 8). Na quase totalidade das gravidezes (97,30%) não se verificaram complicações durante as mesmas. Apesar da maioria dos partos terem ocorrido por via vaginal (77,84%), a taxa de cesarianas (22,16%) é particularmente elevada face aos indicadores internacionais. No entanto, como justificação para esta taxa de cesarianas, não podemos deixar de ter presente o factor idade das mães, com uma média de 30,35 anos.

De referir o facto de em 81,08% dos partos ter ocorrido analgesia por via epidural, situação que atesta elevados níveis de qualidade ao nível da actividade assistencial durante a realização do mesmo.

Quadro 8 – Características relativas à gravidez e trabalho de parto (complicações na gravidez, tipo de parto e tipo de analgesia): mães

	Mães
	n (%)
	185 (100,00)
Complicações na gravidez	
Sim	5 (2,70)
Não	180 (97,30)
Tipo de parto	
Vaginal	144 (77,84)
Cesariana	41 (22,16)
Analgesia	
Epidural	150 (81,08)
Sistémica	11 (5,95)
Nenhuma	24 (12,97)

Relativamente aos recém-nascidos, no Quadro 9 apresentamos as informações obtidas. Todos os 185 bebés nasceram de gravidezes não gemelares, sendo que 51,89% eram do sexo masculino e 48,11% eram do sexo feminino.

Na grande maioria, 74,59% dos bebés, a alimentação foi efectuada exclusivamente ao peito, sendo que em 17,84% foi efectuada ao peito complementada com suplemento e nos restantes 7,57% a alimentação foi exclusivamente feita com biberão.

Esta grande adesão à amamentação exclusiva, aproximadamente dois meses após o nascimento do bebé, pode justificar-se pelo facto da Maternidade de Bissaya Barreto estar classificada como “hospital amigo dos bebés”, conforme certificado conferido pela OMS/UNICEF em Julho de 2007.

Ainda sobre os recém-nascidos, verificamos que o peso médio de nascimento foi de 3169 gramas (peso mínimo: 1075 gramas; peso máximo: 4255 gramas) e um desvio-padrão de 484,61 gramas. Em termos de classes de pesos, é no grupo das 3000 às 3499 gramas que encontramos mais bebés (45,41%).

Quadro 9 – Dados relativos ao recém-nascido: sexo, tipo de alimentação, situação de saúde e peso de nascimento

	Recém-nascidos
	n (%)
	185 (100,00)
Sexo	
Masculino	96 (51,89)
Feminino	89 (48,11)
Tipo de alimentação	
Exclusivamente ao peito	138 (74,59)
Ao peito com suplemento	33 (17,84)
Exclusivamente ao biberão	14 (7,57)
Situação de saúde	
Sem problemas	176 (95,14)
Com alguns problemas	9 (4,86)
Com muitos problemas	0 (0,00)
Peso de nascimento (gramas)	
Inferior a 2000	5 (2,70)
De 2000 a 2499	7 (3,78)
De 2500 a 2999	47 (25,41)
De 3000 a 3499	84 (45,41)
3500 ou superior	42 (22,70)

6.2. – Apresentação e análise dos resultados

Para uma melhor compreensão dos resultados encontrados estes serão apresentados em quadros, e durante a sua análise procuraremos realçar os aspectos mais relevantes.

O Quadro 10 apresenta os valores encontrados das médias e desvios-padrão obtidos nas subescalas e total do ISP – Domínio dos pais, para o total da amostra e por género.

Considerámos importante, e com algum grau de pertinência, proceder a uma avaliação prévia dos valores encontrados para os pais e para as mães, ou seja uma avaliação macroscópica às diferenças encontradas, reservando a validação estatística dessas diferenças para um momento à posteriori em função das hipóteses formuladas.

De acordo com os nossos resultados, os valores que obtivemos são mais elevados para as mães em todas as subescalas do ISP – Domínio dos pais, com excepção da

subescala I – Vinculação, em que os valores são ligeiramente superiores para os pais. O valor médio global do ISP – Domínio dos pais, também é superior nas mães relativamente aos pais. Face a estes resultados podemos afirmar que as mães descrevem mais stresse que os pais, com excepção da subescala I – Vinculação, durante a transição para a parentalidade.

Quadro 10 – Médias e desvios-padrão nas subescalas e total do ISP – Domínio dos pais: mães, pais e total da amostra

	Nº de itens	Mães		Pais		Total	
		n (%)		n (%)		n (%)	
		185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100,00)			
		M	DP	M	DP	M	DP
H – Sentido de competência	13	31,09	6,00	28,98	5,66	30,07	5,92
I – Vinculação	7	14,31	2,79	14,61	2,42	14,46	2,62
J – Restrição do papel	7	22,96	5,37	17,61	4,85	20,38	5,78
L – Depressão	9	21,04	6,14	16,27	4,72	18,73	5,99
M – Relação marido/mulher	7	19,49	6,36	15,80	5,02	17,70	6,04
N – Isolamento social	6	13,77	3,76	12,15	3,17	12,99	3,58
O – Saúde	5	14,53	2,64	12,64	2,20	13,62	2,61
ISP – Domínio dos Pais	54	137,18	26,76	118,07	20,50	127,95	25,75

Passaremos de seguida à apresentação dos resultados considerando as hipóteses formuladas.

6.2.1. – Idade e stresse parental

Relativamente à hipótese que afirmava que “o stresse parental descrito pelos pais com idade igual ou superior a 30 anos difere do que é descrito pelos pais com menos de 30 anos”, utilizámos o teste t de *Student* cujos resultados nos permitiram afirmar que as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas para o ISP – Domínio dos pais. Analisando por subescala, a única exceção com diferenças significativas acontece na L – Depressão ($p = 0,009$) (cf. Quadro 11). Se tivermos em conta os valores médios obtidos nesta subescala, podemos afirmar que os pais com menos de 30 anos descrevem mais depressão ($M = 19,94$) do que os com 30 ou mais anos ($M = 18,16$).

Se considerarmos separadamente o grupo das mães e o grupo dos pais, as diferenças de médias encontradas não são estatisticamente significativas quer para o ISP – Domínio dos pais, quer para todas as suas subescalas (cf. Quadro 11). No que se refere à subescala L – Depressão essa diferença não é estatisticamente significativa, mas os valores médios indicam-nos que é no grupo das mães que se verifica a diferença mais acentuada entre as médias obtidas pelas com menos de 30 anos e as com 30 ou mais anos.

Assim, os resultados obtidos não corroboram a hipótese da existência de diferenças significativas no índice de stresse parental dos pais (mãe e pai) com idade inferior a 30 anos e os pais com idade igual ou superior a 30 anos, com exceção da subescala L – Depressão, com os pais mais jovens a descreverem mais depressão que os com 30 ou mais anos.

Quadro 11 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade dos pais agrupada em dois grupos: médias, desvios-padrão e valores do teste t de *Student*

		Menos de 30 anos		30 anos ou superior		t	p
		M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	30,82	5,87	31,29	6,10	-0,523	n.s.
	Pais	29,29	5,39	28,90	5,76	0,377	n.s.
	Total	30,31	5,74	29,96	6,02	0,528	n.s.
I – Vinculação	Mães	14,31	3,03	14,31	2,62	0,015	n.s.
	Pais	14,82	2,45	14,56	2,42	0,585	n.s.
	Total	14,48	2,85	14,44	2,51	0,109	n.s.
J – Restrição do papel	Mães	22,57	5,09	23,24	5,57	-0,835	n.s.
	Pais	18,29	4,71	17,42	4,89	0,974	n.s.
	Total	21,16	5,34	20,01	5,95	1,831	n.s.
L – Depressão	Mães	21,52	6,42	20,69	5,94	0,900	n.s.
	Pais	16,74	5,03	16,14	4,64	0,687	n.s.
	Total	19,94	6,39	18,16	5,71	2,640	0,009
M – Relação marido/mulher	Mães	18,71	6,40	20,04	6,31	-1,397	n.s.
	Pais	16,32	5,13	15,65	5,00	0,719	n.s.
	Total	17,92	6,09	17,60	6,02	0,469	n.s.
N – Isolamento social	Mães	13,78	4,05	13,76	3,55	0,036	n.s.
	Pais	11,61	3,16	12,30	3,16	-1,203	n.s.
	Total	13,06	3,91	12,95	3,41	0,272	n.s.
O – Saúde	Mães	14,79	2,62	14,34	2,66	1,142	n.s.
	Pais	12,39	1,85	12,71	2,30	-0,781	n.s.
	Total	14,00	2,64	13,44	2,59	1,913	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	136,51	26,82	137,67	26,83	-0,290	n.s.
	Pais	119,45	19,35	117,68	20,87	0,468	n.s.
	Total	130,87	25,80	126,56	25,66	1,480	n.s.

Porque a variável idade nos parecia merecer um estudo mais profundo, optámos por associar os pais em função da idade de um modo diferente, ou seja em vez de considerarmos apenas dois grupos (menos de 30 anos, 30 anos ou superior) considerámos quatro grupos (inferior a 25 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, 35 anos ou superior). Neste procedimento, e face ao número de pais em cada grupo, optámos por incluir na

mesma categoria (inferior a 25 anos) os pais (mãe e pai) com idades inferiores a 20 anos bem como aqueles que apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos. De igual modo adicionamos os pais que apresentavam idades compreendidas entre 35 e 39 anos, com os que tinham 40 ou mais anos no mesmo grupo – 35 anos ou superior. Este procedimento justificou-se pela pequena dimensão dos grupos referenciados, o que comprometeria os resultados inferenciais.

Aplicamos de seguida o teste de análise da variância (ANOVA a um factor), de modo a verificarmos a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nos novos grupos etários parentais no stresse parental descrito. Os resultados apresentados no Quadro 12 vêm reforçar os resultados obtidos anteriormente para os dois grupos inicialmente considerados, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas do stresse parental em função dos grupos etários parentais considerados, para o stresse total e para as diferentes subescalas, com excepção da subescala L – Depressão. Quando analisamos os valores obtidos nesta subescala constatamos que à medida que cresce a idade decresce a depressão descrita, sendo o valor médio mais elevado o obtido pelos pais com menos de 25 anos ($M = 21,65$) e o que se afasta mais dos outros grupos etários 25 a 29 anos ($M = 19,58$), 30 a 34 anos ($M = 18,61$) e 35 ou mais anos ($M = 17,36$). Os resultados do teste post-hoc de Tukey indicam-nos, porém, que essas diferenças só são estatisticamente significativas entre os dois grupos etários extremos, ou seja, os pais com menos de 25 anos só descrevem significativamente mais depressão ($M = 21,65$) que os com 35 ou mais anos ($M = 17,36$).

Quadro 12 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da idade dos pais agrupada em quatro grupos: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância

		Inferior a 25 anos		De 25 a 29 anos		De 30 a 34 anos		35 anos ou superior		F	p
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	30,56	5,60	30,89	5,98	30,83	6,04	32,42	6,21	0,617	n.s.
	Pais	27,25	6,70	29,53	5,28	28,91	5,82	28,87	5,71	0,238	n.s.
	Total	29,90	5,80	30,40	5,75	29,85	5,99	30,15	6,11	0,178	n.s.
I – Vinculação	Mães	14,56	3,69	14,25	2,86	14,40	2,46	14,06	3,02	0,160	n.s.
	Pais	15,50	3,70	14,74	2,33	14,61	2,53	14,47	2,26	0,266	n.s.
	Total	14,75	3,61	14,42	2,68	14,51	2,49	14,33	2,55	0,181	n.s.
J – Restrição do papel	Mães	22,19	5,49	22,67	5,02	23,06	5,68	23,68	5,36	0,359	n.s.
	Pais	17,75	6,85	18,35	4,53	17,73	4,96	16,98	4,79	0,536	n.s.
	Total	21,30	5,88	21,13	5,25	20,34	5,95	19,40	5,93	1,540	n.s.
L – Depressão	Mães	23,13	7,31	21,10	6,16	20,97	6,02	20,00	5,76	0,915	n.s.
	Pais	15,75	7,63	16,85	4,79	16,33	4,96	15,87	4,15	0,319	n.s.
	Total	21,65	7,78	19,58	6,04	18,61	5,96	17,36	5,16	3,824	0,010
M – Relação marido/mulher	Mães	17,38	6,29	19,07	6,43	20,03	6,26	20,06	6,54	0,945	n.s.
	Pais	15,75	6,40	16,38	5,07	15,41	5,14	16,00	4,82	0,337	n.s.
	Total	17,05	6,18	18,11	6,09	17,68	6,15	17,47	5,80	0,263	n.s.
N – Isolamento social	Mães	13,56	3,35	13,84	4,24	13,75	3,75	13,77	3,06	0,023	n.s.
	Pais	9,75	3,30	11,82	3,12	12,09	3,17	12,62	3,16	1,305	n.s.
	Total	12,80	3,61	13,12	3,98	12,90	3,55	13,03	3,16	0,092	n.s.
O – Saúde	Mães	14,38	2,68	14,90	2,61	14,32	2,64	14,39	2,74	0,602	n.s.
	Pais	12,00	1,83	12,44	1,88	12,90	2,27	12,44	2,32	0,729	n.s.
	Total	13,90	2,67	14,02	2,65	13,60	2,55	13,14	2,64	1,806	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	135,75	28,60	136,70	26,58	137,38	27,13	138,39	26,49	0,043	n.s.
	Pais	113,75	30,25	120,12	18,22	117,98	22,02	117,25	19,26	0,129	n.s.
	Total	131,35	29,52	130,77	25,13	127,49	26,43	124,87	24,24	0,921	n.s.

6.2.2. – Gênero e stresse parental

Para testarmos a nossa hipótese de que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai após o nascimento do primeiro filho*”, utilizámos o teste *t* de *Student* para comparação das médias (Quadro 13). Como podemos confirmar pelos resultados obtidos, as diferenças existentes são estatisticamente significativas para o valor total do ISP – Domínio dos pais ($p = 0,000$): o stresse descrito pelos pais ($M = 118,07$) difere daquele que é descrito pelas mães ($M = 137,18$), com as mães a revelarem valores de stresse significativamente maiores do que os pais.

Acrescentamos que esta diferença também se verificou estatisticamente significativa para todas as subescalas, com a excepção para a subescala I – Vinculação, na qual as mães e os pais apresentam valores médios muito próximos.

Os resultados obtidos permitem-nos corroborar a hipótese formulada, ou seja de que o ISP – Domínio dos pais, descrito pelos pais e pelas mães é diferente, sendo superior nas mães.

Quadro 13 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, entre mães e pais: médias, desvios-padrão e valores do teste *t* de *Student*

	Mães		Pais		t	p
	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	31,09	6,00	28,98	5,66	3,417	0,001
I – Vinculação	14,31	2,80	14,61	2,42	-1,105	n.s.
J – Restrição do papel	22,96	5,37	17,61	4,85	9,871	0,000
L – Depressão	21,04	6,14	16,27	4,72	8,266	0,000
M – Relação marido/mulher	19,49	6,36	15,80	5,02	6,109	0,000
N – Isolamento social	13,77	3,76	12,15	3,17	4,414	0,000
O – Saúde	14,53	2,64	12,64	2,20	7,360	0,000
ISP – Domínio dos Pais	137,18	26,76	118,07	20,50	7616	0,000

6.2.3. – Habilitações académicas e stresse parental

Em relação às habilitações académicas, e face aos dados obtidos na nossa amostra, considerámos conveniente redimensionar as categorias inicialmente consideradas, agrupando-as da seguinte forma: Secundário incompleto, que compreende os pais com 1º, 2º e 3º ciclo; Secundário, onde se encontram os pais que efectivamente terminaram o ensino secundário; Superior, que compreende os pais que concluíram cursos superiores, incluindo os com doutoramento.

Este procedimento justificou-se pela pequena dimensão de alguns dos grupos inicialmente considerados, o que comprometeria a análise inferencial dos resultados.

Para verificarmos se *“existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai em função das habilitações académicas”*, recorremos ao teste de análise da variância (ANOVA a um factor). Pela leitura dos resultados obtidos e apresentados no Quadro 14, podemos constatar que para o valor total do ISP – Domínio dos pais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de escolaridade, quer para a amostra total, quer para os pais e mães separadamente.

Porém, quando analisamos os resultados obtidos nas subescalas, verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas nalgumas destas para o grupo das mães, especificamente (cf. Quadro 14), para as subescalas H – Sentido de competência ($p = 0,038$), I – Vinculação ($p = 0,000$) e L – Depressão ($p = 0,045$). A aplicação do teste post-hoc de Tukey a essas diferenças permite-nos afirmar que:

- Para a subescala H – Sentido de competência, essa diferença encontra-se entre os grupos secundário incompleto e secundário (com as primeiras a relatarem mais stresse que as segundas);
- Para a subescala I – Vinculação, essa diferença existe entre todos os grupos quando comparados dois a dois. As mães com o secundário completo indicam menos stresse nesta subescala que as com o secundário incompleto e as com ensino superior. E as mães com secundário incompleto indicam mais stresse nesta subescala que as mães dos outros dois grupos;
- Para a subescala L – Depressão, a diferença está entre os grupos secundário incompleto e superior, com as primeiras a indicarem mais depressão que as segundas.

Quadro 14 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função das habilitações académicas: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância

		Secundário incompleto		Secundário		Superior		F	p
		M	DP	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	33,33	5,46	29,58	4,81	31,13	6,38	3,337	0,038
	Pais	29,86	6,28	28,41	5,41	28,37	4,94	1,410	n.s.
	Total	30,82	6,23	28,95	5,15	30,27	6,09	2,595	n.s.
I – Vinculação	Mães	15,85	3,01	13,05	2,37	14,42	2,70	9,386	0,000
	Pais	14,63	2,32	14,08	2,61	15,12	2,29	2,405	n.s.
	Total	14,97	2,57	13,61	2,55	14,63	2,59	7,457	0,001
J – Restrição do papel	Mães	23,48	4,83	22,63	5,01	22,97	5,65	0,208	n.s.
	Pais	17,60	5,06	17,96	4,94	17,29	4,52	0,246	n.s.
	Total	19,24	5,63	20,10	5,47	21,20	5,93	3,744	0,025
L – Depressão	Mães	23,74	7,60	20,47	5,80	20,62	5,77	3,143	0,045
	Pais	16,80	5,26	16,27	5,01	15,56	3,48	1,035	n.s.
	Total	18,73	6,73	18,19	5,75	19,04	5,67	0,605	n.s.
M – Relação marido/mulher	Mães	20,07	6,17	18,14	6,19	19,85	6,46	1,272	n.s.
	Pais	15,77	5,17	16,00	5,37	15,63	4,52	0,069	n.s.
	Total	16,97	5,77	16,98	5,82	16,54	6,22	3,030	n.s.
N – Isolamento social	Mães	14,81	3,98	13,28	3,95	13,70	3,61	1,436	n.s.
	Pais	12,00	3,10	12,14	3,32	12,37	3,16	0,197	n.s.
	Total	12,78	3,58	12,66	3,65	13,29	3,52	1,144	n.s.
O – Saúde	Mães	15,41	2,45	14,21	2,32	14,44	2,77	1,886	n.s.
	Pais	12,77	2,10	12,47	2,46	12,63	2,11	0,273	n.s.
	Total	13,51	2,49	13,27	2,54	13,88	2,71	1,792	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	146,70	24,74	131,35	24,54	137,13	27,56	2,785	n.s.
	Pais	119,43	22,02	117,33	21,66	116,96	17,25	0,260	n.s.
	Total	127,02	25,79	123,74	23,94	130,85	26,48	2,395	n.s.

6.2.4. – Situação no emprego e stresse parental

Para testarmos a nossa hipótese de que *“há diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai conforme a sua situação actual no emprego”*, recorremos ao teste t de *Student* para comparação das médias.

Os resultados obtidos e que constam no Quadro 15 indicam-nos, para o valor total do ISP – Domínio dos pais para ambos os pais, que existe mais stresse nos pais desempregados (M = 132,81) que nos pais empregados (M = 127,55), sem que porém esta diferença tenha significado estatístico.

Quando centramos a nossa análise nos resultados obtidos nas subescalas, mantém-se a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos, com a excepção da subescala L – Depressão. Os valores obtidos nesta subescala indicam-nos que quando consideramos a amostra total e apenas nesta situação, os pais empregados relatam menos depressão (M = 18,53) que os sem emprego (M = 21,26) sendo esta diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($p = 0,022$).

Quadro 15 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da situação actual de emprego: médias, desvios-padrão e valores do teste t de *Student*

		Empregado		Desempregado		t	p
		M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	31,07	6,01	31,25	6,00	-0,125	n.s.
	Pais	28,90	5,67	30,86	5,49	-0,894	n.s.
	Total	29,98	5,94	31,15	5,77	-0,981	n.s.
I – Vinculação	Mães	14,25	2,79	14,75	2,85	-0,749	n.s.
	Pais	14,61	2,44	14,71	1,89	-0,113	n.s.
	Total	14,43	2,62	14,74	2,60	-0,588	n.s.
J – Restrição do papel	Mães	23,02	5,46	22,50	4,69	0,407	n.s.
	Pais	17,67	4,87	16,14	4,22	0,818	n.s.
	Total	20,34	5,82	20,85	5,31	-0,444	n.s.
L – Depressão	Mães	20,82	6,16	22,85	5,82	-1,401	n.s.
	Pais	16,25	4,75	16,71	4,15	-0,253	n.s.
	Total	18,53	5,95	21,26	6,02	-2,292	0,022
M – Relação marido/mulher	Mães	19,54	6,48	19,05	5,45	0,324	n.s.
	Pais	15,86	4,94	14,29	6,95	0,813	n.s.
	Total	17,69	6,04	17,81	6,12	-0,099	n.s.
N – Isolamento social	Mães	13,87	3,78	12,95	3,55	1,031	n.s.
	Pais	12,18	3,20	11,43	2,15	0,915	n.s.
	Total	13,02	3,60	12,56	3,27	0,651	n.s.
O – Saúde	Mães	14,44	2,65	15,30	2,47	-1,384	n.s.
	Pais	12,67	2,23	12,00	1,53	0,785	n.s.
	Total	13,55	2,60	14,44	2,68	-1,715	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	137,01	27,10	138,65	24,33	-0,259	n.s.
	Pais	118,15	20,69	116,14	16,67	0,253	n.s.
	Total	127,55	25,85	132,81	24,45	-1,022	n.s.

6.2.5. – Nível socioeconómico e stresse parental

Em relação à nossa hipótese de que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais conforme o seu nível socioeconómico*”, os resultados que nos permitem discuti-la encontram-se expressos no Quadro 16.

Quando centramos a nossa análise no valor total do ISP – Domínio dos pais, verificamos que à medida que cresce o nível socioeconómico decresce o stresse total descrito por ambos os pais (baixo: $M = 130,99$; médio: $M = 128,11$; elevado: $M = 122,13$). Porém esta diferença não tem significado estatístico. Pelo contrário, quando analisamos estes mesmos valores para mães e pais separadamente, verificamos que embora para as mães esta diferença se mantenha sem significado estatístico (apesar de continuarmos a assistir a um decréscimo do stresse com o aumento do nível socioeconómico), na subamostra de pais essa situação altera-se. De facto, não só verificamos uma alteração no tipo de resultados (os pais de nível elevado descrevem mais stresse que os de nível médio) como a diferença entre os três grupos é estatisticamente significativa ($p = 0,001$). Os resultados do teste post-hoc de Tukey indicam-nos que essas diferenças significativas estão entre os grupos nível baixo e nível médio: os pais pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maior stresse ($M = 124,92$) do que os pertencentes ao nível socioeconómico médio ($M = 112,26$) mas não que os pertencentes ao nível elevado ($M = 120,34$).

Analisando individualmente as subescalas e para ambos os pais, as diferenças são significativas para as subescalas H – Sentido de competência ($p = 0,034$), I – Vinculação ($p = 0,000$) e L – Depressão ($p = 0,035$). Pelo teste post-hoc de Tukey é possível verificar entre que grupos se verificam essas diferenças significativas. Para as subescalas H – Sentido de competência e L – Depressão, essas diferenças existem entre os grupos de nível baixo e de nível elevado, com os primeiros a descreverem mais stresse que os segundos; para a subescala I – Vinculação, as diferenças significativas verificam-se entre os grupos de nível baixo e de nível médio e entre os grupos de nível baixo e de nível elevado com os pais de nível baixo a obterem valores médios mais elevados que os outros dois grupos.

Para o grupo dos pais (homens), verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas H – Sentido de competência ($p = 0,005$), I – Vinculação ($p = 0,017$), J – Restrição do papel ($p = 0,048$), L – Depressão ($p = 0,000$) e M – Relação marido/mulher ($p = 0,036$). Pelo teste post-hoc de Tukey, essas diferenças significativas para estas cinco subescalas estão sempre situadas entre os grupos de nível baixo e do nível

médio (não se diferenciando significativamente os níveis baixo e médio do elevado), com os pais de nível baixo a obterem os valores médios mais elevados de stresse.

Para o grupo das mães, as diferenças significativas apenas existem nas subescalas I – Vinculação ($p = 0,001$), L – Depressão ($p = 0,030$) e N – isolamento social ($p = 0,042$). Pelos resultados obtidos no teste post-hoc de Tukey, podemos afirmar que essas diferenças significativas se observam entre os grupos de nível baixo e de nível elevado para as três subescalas, com as mães de nível baixo a obterem os valores médios mais elevados; na subescala I – Vinculação, essas diferenças também se verificam entre os grupos de nível baixo e do nível médio.

Quadro 16 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função do nível socioeconómico: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância

		Nível baixo		Nível médio		Nível elevado		F	p
		M	DP	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	32,24	4,88	31,19	6,00	28,75	7,04	2,102	n.s.
	Pais	30,85	6,62	27,76	4,87	28,69	4,82	5,433	0,005
	Total	31,31	6,11	29,90	5,83	28,71	5,71	3,422	0,034
I – Vinculação	Mães	15,83	2,75	14,18	2,75	13,00	2,22	7,085	0,001
	Pais	15,20	2,62	14,07	2,15	14,91	2,47	4,181	0,017
	Total	15,41	2,66	14,14	2,54	14,17	2,53	8,047	0,000
J – Restrição do papel	Mães	23,17	4,77	23,17	5,23	21,25	6,95	1,141	n.s.
	Pais	18,61	5,39	16,67	4,59	18,19	4,06	3,096	0,048
	Total	20,11	5,60	20,72	5,90	19,37	5,50	1,287	n.s.
L – Depressão	Mães	22,72	6,90	21,12	5,86	18,05	6,09	3,569	0,030
	Pais	18,22	5,52	14,84	4,07	16,34	3,25	9,695	0,000
	Total	19,70	6,34	18,76	6,07	17,00	4,58	3,383	0,035
M – Relação marido/mulher	Mães	19,48	5,65	19,64	6,32	18,45	7,76	0,302	n.s.
	Pais	16,93	5,23	14,79	5,24	16,28	3,38	3,389	0,036
	Total	17,77	5,48	17,82	6,38	17,12	5,52	0,290	n.s.
N – Isolamento social	Mães	14,55	3,99	13,88	3,61	11,90	3,97	3,235	0,042
	Pais	12,22	3,49	11,67	2,82	13,25	3,19	2,951	n.s.
	Total	12,99	3,80	13,05	3,50	12,73	3,54	0,163	n.s.
O – Saúde	Mães	15,34	2,37	14,49	2,56	13,60	2,30	2,681	n.s.
	Pais	12,88	2,41	12,45	2,23	12,69	1,71	0,659	n.s.
	Total	13,69	2,65	13,72	2,63	13,04	2,46	1,501	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	143,34	22,69	137,66	26,27	125,00	32,48	2,924	n.s.
	Pais	124,92	23,81	112,26	17,90	120,34	15,82	7,278	0,001
	Total	130,99	24,89	128,11	26,48	122,13	23,46	1,953	n.s.

6.2.6. – Planeamento da gravidez e stresse parental

Também recorrendo ao teste t de *Student* para comparação de médias entre duas amostras independentes, procedemos ao teste da hipótese da “*existência de diferenças no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai em função do planeamento da gravidez*”. Atendendo aos resultados obtidos e apresentados no Quadro 17, podemos afirmar que não se observa qualquer diferença estatisticamente significativa, quer consideremos a amostra total, quer os pais e mães separadamente, com uma única excepção: na subescala I – Vinculação essa diferença é estatisticamente significativa quando consideramos ambos os pais ($p = 0,001$) e para a sub-amostra de pais ($p = 0,000$), mas não de mães, quando fazemos a análise separadamente para as duas sub-amostras. Os valores médios obtidos indicam-nos que quando a gravidez foi planeada, os pais homens descrevem menor stresse na subescala da Vinculação ($M = 14,38$) do que quando esse planeamento não existiu ($M = 16,47$), o que depois se reflecte numa diferença com a mesma direcção na amostra total. Porém, para as mães esta diferença significativa não se observa, embora os valores das médias dos dois grupos descrevam as mesmas diferenças observadas anteriormente.

Quadro 17 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função do planeamento da gravidez: médias, desvios-padrão e valores do teste t de Student

		Planeada		Não planeada		t	p
		M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	30,86	6,02	32,82	5,64	-1,443	n.s.
	Pais	28,84	5,58	30,11	6,32	-0,915	n.s.
	Total	29,88	5,89	31,56	6,05	-1,714	n.s.
I – Vinculação	Mães	14,21	2,73	15,00	3,18	-1,240	n.s.
	Pais	14,38	2,33	16,47	2,37	-3,380	0,000
	Total	14,30	2,54	15,68	2,89	-3,231	0,001
J – Restrição do papel	Mães	22,87	5,42	23,64	5,08	-0,626	n.s.
	Pais	17,79	4,88	17,16	4,44	1,390	n.s.
	Total	20,40	5,75	20,17	6,05	0,243	n.s.
L – Depressão	Mães	20,88	6,16	22,18	6,03	-0,931	n.s.
	Pais	16,32	4,60	15,89	5,74	0,309	n.s.
	Total	18,67	5,91	19,27	6,63	-0,606	n.s.
M – Relação marido/mulher	Mães	19,34	6,43	20,55	5,91	-0,831	n.s.
	Pais	15,79	5,02	15,89	5,15	-0,089	n.s.
	Total	17,62	6,05	18,39	5,98	-0,773	n.s.
N – Isolamento social	Mães	13,57	3,75	15,23	3,60	-1,956	n.s.
	Pais	12,12	3,20	12,42	2,99	-0,394	n.s.
	Total	12,86	3,56	13,93	3,58	-1,798	n.s.
O – Saúde	Mães	14,44	2,69	15,23	2,20	-1,322	n.s.
	Pais	12,63	2,22	12,74	2,13	-0,199	n.s.
	Total	13,56	2,63	14,07	2,48	-1,188	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	136,18	27,04	144,64	23,78	-1,395	n.s.
	Pais	117,87	20,21	119,68	23,28	-0,363	n.s.
	Total	127,98	25,62	133,07	26,45	-1,356	n.s.

6.2.7. – Frequência do curso de preparação para o parto e stresse parental

Para testarmos a hipótese de que *“existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai consoante a frequência do curso de preparação para o parto”*, recorreremos ao teste t de *Student* para a comparação de médias entre as amostras (Quadro 18).

Os dados obtidos indicam-nos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$) para o ISP – Domínio dos pais, consoante a frequência ou não do curso de preparação para o parto para ambos os pais. Isto permite-nos afirmar que os pais que frequentaram o curso de preparação para o parto revelaram menor stresse ($M = 120,84$) do que aqueles que não frequentaram o referido curso ($M = 130,70$). Porém, quando analisamos estes valores para mães e pais separadamente, verificamos que esta diferença significativa só se observa no grupo de mães e não no de pais.

Tomando como referência o grupo das mães verificamos, assim, existir uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$). As mães que frequentaram o curso de preparação para o parto revelaram menor stresse ($M = 125,95$) do que as mães que não frequentaram o referido curso ($M = 142,06$). Já em relação ao grupo de pais, essas diferenças não se revelaram significativas do ponto de vista estatístico, mas as médias observadas concorrem também no mesmo sentido ($M = 114,34$ e $M = 119,34$, para os pais que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação, respectivamente).

É ainda de realçar o facto de que para o grupo das mães, em todas as subescalas essas diferenças serem significativas, com as mães que frequentaram o curso a descreverem menor stresse em todas as subescalas, quando comparadas às que não frequentaram o curso. Já para o grupo dos pais, as subescalas com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos são apenas as do H – Sentido de competência ($p = 0,041$) e da M – Relação marido/mulher ($p = 0,047$), embora com valores de p muito próximos de 0,05.

Quadro 18 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, pais e total da amostra, em função da frequência do curso de preparação para o parto: médias, desvios-padrão e valores do teste t de *Student*

		Com curso de preparação		Sem curso de preparação		t	p
		M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	28,70	5,39	32,13	5,97	-3,702	0,000
	Pais	27,48	5,47	29,50	5,66	-2,061	0,041
	Total	28,16	5,43	30,81	5,95	-3,878	0,000
I – Vinculação	Mães	13,71	2,14	14,57	3,00	-2,188	0,030
	Pais	14,89	2,27	14,52	2,47	0,868	n.s.
	Total	14,23	2,27	14,54	2,74	-1,102	n.s.
J – Restrição do papel	Mães	20,84	5,25	23,88	5,17	-3,660	0,000
	Pais	17,02	4,20	17,81	5,05	-0,935	n.s.
	Total	19,16	5,16	20,85	5,94	-2,501	0,013
L – Depressão	Mães	18,70	4,15	22,05	6,59	-4,185	0,000
	Pais	15,61	4,29	16,50	4,85	-1,072	n.s.
	Total	17,34	4,47	19,28	6,41	-3,232	0,001
M – Relação marido/mulher	Mães	17,36	5,27	20,41	6,59	-3,348	0,001
	Pais	14,50	4,32	16,24	5,18	-2,003	0,047
	Total	16,10	5,05	18,33	6,28	-3,485	0,001
N – Isolamento social	Mães	12,84	3,38	14,17	3,85	-2,238	0,026
	Pais	12,11	2,68	12,16	3,33	-0,099	n.s.
	Total	12,52	3,10	13,17	3,73	-1,671	n.s.
O – Saúde	Mães	13,80	2,27	14,84	2,74	-2,690	0,008
	Pais	12,73	1,91	12,61	2,30	0,298	n.s.
	Total	13,33	2,17	13,73	2,76	-1,438	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	125,95	20,39	142,06	27,77	-4,403	0,000
	Pais	114,34	17,82	119,34	21,25	-1,401	n.s.
	Total	120,84	20,06	130,70	27,18	-3,758	0,000

6.2.8. – Tipo de parto e stresse parental

Também recorreremos ao teste t de *Student* para comparação de médias para testarmos a hipótese de que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela*

mãe consoante o tipo de parto”. Pelos dados constantes no Quadro 19, podemos verificar que as diferenças de médias existentes não são em nenhuma das comparações efectuadas estaticamente significativas, com excepção dos valores obtidos para a subescala H – Sentido de competência. De acordo com este último resultado podemos afirmar que as mães da nossa amostra que tiveram um parto vaginal relatam mais stresse nessa subescala (M = 31,65) que as que efectuaram cesariana (M = 29,15).

Quadro 19 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães, de acordo com o tipo de parto: médias, desvios-padrão e valores do teste t de *Student*

	Vaginal		Cesariana		t	p
	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	31,65	6,13	29,15	5,08	2,648	0,010
I – Vinculação	14,43	2,79	13,88	2,80	1,119	n.s.
J – Restrição do papel	23,22	5,58	22,07	4,50	1,203	n.s.
L – Depressão	21,12	6,29	20,76	5,66	0,332	n.s.
M – Relação marido/mulher	19,80	6,47	18,39	5,92	1,252	n.s.
N – Isolamento social	13,89	3,77	13,34	3,73	0,822	n.s.
O – Saúde	14,50	2,64	14,63	2,67	-0,286	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	138,60	27,68	132,22	22,85	1,350	n.s.

6.2.9. – Peso do recém-nascido e stresse parental

Para testarmos a última hipótese formulada, de que *“existe diferença do índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai conforme o peso do recém-nascido”*, recorremos ao teste de análise da variância (ANOVA a um factor). Pelos dados obtidos e que constam no Quadro 20, podemos afirmar que a hipótese é rejeitada, ou seja o índice de stresse das mães e dos pais parece não ser influenciado pelo peso do recém-nascido, quer quando consideramos o valor total do ISP – Domínio dos pais, quer as subescalas. Uma única excepção: no grupo das mães e para a subescala N – Isolamento social, as diferenças

de médias entre grupos é estatisticamente significativa ($p = 0,042$). Pelo aplicação do teste post hoc de Tukey podemos afirmar que essa diferença significativa está entre as mães dos grupos de recém-nascidos com pesos entre 3000 a 3499 e os de 3500 ou superior, com as mães do primeiro grupo a serem as que relatam menos stresse ($M = 13,08$) e as do outro grupo (peso de 3500 ou superior) a relatarem os valores mais elevados ($M = 15,10$).

Quadro 20 – Resultados do ISP – Domínio dos pais e subescalas, para as mães e pais, em função do peso do recém-nascido: médias, desvios-padrão e valores do teste de análise da variância

		Inferior a 2500		De 2500 a 2999		De 3000 a 3499		3500 ou superior		F	p
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
H – Sentido de competência	Mães	28,58	5,47	30,72	5,55	31,06	6,05	32,29	6,42	1,322	n.s.
	Pais	31,09	4,91	28,80	5,13	28,28	5,77	30,00	6,12	1,350	n.s.
I – Vinculação	Mães	13,50	1,73	14,40	2,83	14,33	2,86	14,38	2,91	0,362	n.s.
	Pais	14,18	1,89	14,11	2,18	14,67	2,35	15,21	2,86	1,568	n.s.
J – Restrição do papel	Mães	23,00	4,49	23,38	4,95	22,25	5,62	23,90	5,53	1,020	n.s.
	Pais	16,64	3,83	18,00	4,17	16,88	4,98	18,90	5,38	1,768	n.s.
L – Depressão	Mães	19,92	6,11	21,11	7,28	20,46	5,93	22,43	5,05	1,099	n.s.
	Pais	17,73	6,28	15,27	3,86	16,10	4,80	17,36	4,83	1,777	n.s.
M – Relação marido/mulher	Mães	19,25	4,90	19,70	6,39	18,64	6,72	21,00	5,85	1,314	n.s.
	Pais	16,73	3,47	15,18	4,68	15,29	4,80	17,26	5,96	1,734	n.s.
N – Isolamento social	Mães	14,08	2,02	13,72	3,57	13,08	4,05	15,10	3,46	2,787	0,042
	Pais	11,64	3,26	11,89	2,84	11,92	3,38	13,05	3,01	1,395	n.s.
O – Saúde	Mães	15,33	2,81	14,64	2,63	14,11	2,63	15,02	2,59	1,619	n.s.
	Pais	13,18	2,09	12,60	2,22	12,33	2,11	13,15	2,37	1,447	n.s.
ISP – Domínio dos Pais	Mães	133,67	18,38	137,68	28,23	133,94	27,09	144,12	25,84	1,437	n.s.
	Pais	121,18	17,92	115,84	15,51	115,49	20,69	124,92	24,53	2,170	n.s.

Capítulo VII

Discussão dos resultados

A realização de um trabalho de pesquisa atinge o seu auge quando se procede à discussão dos resultados obtidos, pois a essência de um trabalho está nas conclusões que a investigação permite completar.

Já Gameiro (1995, p. 26) se referia aos resultados de pesquisa como sendo mais que um conjunto organizado de dados. Têm de ter significado próprio, no sentido de darem respostas às questões de investigação e/ou provarem as supostas relações entre as variáveis consideradas na formulação das hipóteses de investigação. Para o mesmo autor o significado dos resultados só pode ser atribuído pelo investigador, tendo por base o modelo teórico estabelecido.

Neste capítulo iremos proceder à discussão e interpretação dos resultados obtidos, confrontando-os com os resultados de outros estudos realizados por diferentes autores por nós consultados, tendo em consideração o quadro teórico de referência deste estudo, ou seja da fundamentação teórica realizada.

Na avaliação dos resultados do presente estudo, não podemos deixar de ter em conta algumas limitações da investigação realizada, impondo-nos portanto alguma prudência na sua interpretação e generalização. Entre estas limitações salientamos o facto de a amostra incluir apenas pais e mães de um primeiro filho avaliados 6 semanas após o nascimento e seleccionados num determinado momento sociohistórico e a partir de uma única Maternidade. Por isso outros estudos serão necessários, em outras instituições, em outros momentos sociohistóricos, em outras localidades do país e em outras fases de desenvolvimento do bebé.

A VERSÃO DO ISP – DOMÍNIO DOS PAIS PARA 1 MÊS – 3 ANOS

Com o intuito de conhecer as principais dificuldades descritas pelos pais nos primeiros momentos após o nascimento do seu filho (6 semanas após), utilizámos no presente estudo o Índice de Stresse Parental (ISP) – Domínio dos pais, versão portuguesa do *Parenting Stress Index (PSI)* para 1 mês - 3 anos. Esta versão encontra-se ainda, e como referimos, em adaptação para Portugal, não existindo ainda dados normativos que pudessemos utilizar para comparação. Os valores de *alpha* obtidos, e descritos, indica-nos que esta versão apresenta valores de consistência interna muito elevados, quer para a amostra total, quer para as sub-amostras de pais e mães separadamente. Por isso, o nosso estudo mostra que é um instrumento válido para pais e mães de crianças com 6 semanas de vida.

IDADE DOS PAIS E STRESSE PARENTAL

A questão da idade dos pais na vivência da parentalidade remete-nos para a noção de gravidez tardia, que é usado comumente por vários autores para definir a gestação que decorre depois dos 35 anos.

Para Correia (1998) e Canavarro (2001), a decisão de ter um filho é cada vez mais tardia e planeada, após alguma estabilidade profissional, económica e emocional. Efectivamente, a nossa amostra confirma a tendência das sociedades ocidentais para uma maternidade cada vez mais tardia. A média de idades das mães foi de 30,35 anos e a dos pais foi de 32,96 anos, com 58,38% das primeiras com 30 ou mais anos e 78,03% dos pais nesse mesmo grupo.

Quanto aos motivos apresentados para a maternidade/paternidade tardia, os resultados obtidos revelaram-nos algumas pistas interessantes. De facto, se o primeiro motivo para as mulheres é de ordem profissional, seguido depois pelos emocionais, nos homens da nossa amostra são os emocionais que ocupam a primeira posição, só depois seguidos pelos profissionais. Parece assim espelhar-se aqui a mudança de papéis da mulher ocorrida nas últimas décadas, com a profissão a assumir um papel central nas suas vidas, especificamente no momento em que decidem ser mães.

Adicionalmente, quando fizemos esta mesma análise mas tendo em conta os níveis socioeconómicos a que pertencem as mães e pais da nossa amostra, os resultados mostraram que existem diferenças nesta escala de motivos em função desse nível. Se para os pais (homens) a estabilidade afectiva/conjugal é o motivo que apresenta mais respostas em todos os níveis socioeconómicos, para as mães os motivos profissionais ocupam a primeira posição para as dos níveis médio e elevado, sendo essa mesma posição ocupada pelos motivos económicos e financeiros nas de nível baixo. Estes resultados reforçam a noção de parentalidade como um fenómeno sociohistórico cultural que pode ser compreendido dentro dos contextos em que acontece. Poderíamos quase afirmar que as medidas de apoio à maternidade/paternidade baseadas em critérios financeiros só terão probabilidade de ser eficazes com mães de nível socioeconómico baixo.

Relacionada com a idade estava a primeira hipótese formulada neste estudo que afirmava que o stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) com idade igual ou superior a trinta anos é diferente do que é descrito pelos pais com menos de trinta anos. Ao testarmos esta hipótese verificámos que as diferenças existentes não são estatisticamente significativas entre estes dois grupos, quer para o total do ISP – Domínio dos pais, quer para as suas subescalas com excepção da subescala L – Depressão, onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas para ambos os pais agrupados, mas não separadamente. Isto significa que para esta subescala o grupo de pais (mãe e pai) com menos de 30 anos revelou mais depressão ($M = 19,94$) do que aqueles que aqueles que apresentavam 30 ou mais anos ($M = 18,16$). Este resultado indica que os pais pertencentes ao primeiro grupo revelaram mais dificuldades na mobilização de energias para fazer face às responsabilidades da maternidade/paternidade que os com 30 anos ou mais. Uma análise mais microscópica mostrou-nos que essa diferença é significativa entre pais de dois grupos etários extremos: os com menos de 25 anos a indicarem mais depressão que os com 35 ou mais anos, mas a não se diferenciarem dos que têm entre 25 e 35 anos.

Em relação a este resultado, os autores Cowan e Cowan (2000) verificaram que os pais mais novos apresentam uma maior diminuição da auto-estima comparativamente com aqueles que têm trinta ou mais anos quando se tornam mães e pais pela primeira vez. Esta diminuição da auto-estima presente nos pais mais jovens, pode conduzir a estados de depressão, fenómeno que como vimos anteriormente se manifesta com significado estatístico na nossa amostra para a subescala L – Depressão. Concluimos portanto que o grupo de pais com menos de 25 anos se mostraram mais deprimidos do que o grupo de pais cuja gravidez ocorreu tardiamente (pais com 35 ou mais anos), resultados que vão ao encontro dos de outros autores, nomeadamente os que citámos.

Ao longo da nossa pesquisa deparámo-nos também com alguns estudos que relacionam a qualidade do ajustamento pré e pós-natal e papel materno com a idade da mãe. Gottesman (1994, cit. in Figueiredo, 2001a) verificou que as mães que engravidam mais precocemente, entre os 20 e os 24 anos, durante o terceiro trimestre de gravidez, mostram mais dificuldades de ajustamento ao papel maternal, do que aquelas que engravidam mais tardiamente, em idades superiores a 30 anos. Estas exibem um melhor relacionamento com o bebé, estão mais motivadas para a maternidade e têm uma ideia mais clara acerca do papel maternal.

Sabemos que as mulheres mais conscientes das mudanças que a gravidez implica possuem uma visão mais realista do bebé e do que é ser mãe, conseguindo adaptar-se mais facilmente às mudanças que o nascimento de um bebé desencadeia (Canavarro, 2001). Sabemos que estes mecanismos de adaptação não têm única e exclusivamente a ver com a idade, mas que esta será sem dúvida um factor importante.

GÉNERO DOS PAIS E STRESSE PARENTAL

A segunda hipótese formulada no nosso estudo sugeria que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai após o nascimento do primeiro filho*”. Como podemos confirmar pelos resultados obtidos, as diferenças existentes são estatisticamente significativas para o ISP – Domínio dos pais, assim como para todas as subescalas à excepção da subescala I – Vinculação.

Estes resultados permitem-nos concluir que as mães revelaram valores de stresse significativamente superiores ($M = 137,18$) quando comparados com aquele descrito pelos pais ($M = 118,07$).

Analisando os resultados obtidos nas diferentes subescalas constatámos o seguinte:

Para a subescala H – Sentido de competência, as mães descreveram maior stresse na percepção que tem sobre a sua competência como mãe ($M = 31,09$) quando comparada com o grupo dos pais ($M = 28,98$), isto significa que as mães se descrevem como menos competentes no desempenho do seu papel de mães quando comparadas com os pais no seu papel de pais;

Para a subescala J – Restrição do papel, as mães experienciaram o seu papel parental como mais redutor da sua liberdade pessoal ($M = 22,96$) que os pais ($M = 17,61$). Isto significa que as mães se sentem mais controladas e dominadas pelas exigências da maternidade quando comparadas com o grupo dos pais;

Para a subescala L – Depressão, as mães revelaram-se mais deprimidas ($M = 21,04$), do que os pais ($M = 16,27$), implicando que elas demonstrassem maior dificuldade em mobilizar as energias necessárias para fazer face ao seu papel maternal quando comparadas com os pais;

Para a subescala M – Relação marido/mulher, as mães demonstraram falta de apoio activo e emocional por parte da outra figura parental ($M = 19,49$), quando comparadas com os pais ($M = 15,80$);

Para a subescala N – Isolamento social, as mães revelaram-se mais isoladas ($M = 13,77$) do apoio dos seus pares quando comparadas com os pais ($M = 12,15$);

Para a subescala O – Saúde, as mães revelaram maiores problemas de saúde ($M = 14,53$) comparativamente com os pais ($M = 12,64$).

Verificámos também que os nossos resultados apontam no sentido das ideias definidas pela maioria dos autores consultados quanto à forma como o casal vivência a transição e adaptação à parentalidade. Homens e mulheres reagem de modo diferente ao nascimento de um filho, e à transição para a parentalidade. Estas diferenças iniciam-se muito precocemente durante a gestação onde as expectativas de ambos os elementos do casal face à transição para a parentalidade apresentam diferenças significativas entre homens e mulheres (Rapkin & Luke, 1993; Feinberg, 2000; Knauth, 2001; Chau-Hsing, 2002; McMahon, Gibson, Allen, & Saunders, 2007; Ramos & Canavarro, 2007).

Estudos efectuados por Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger e Pratt (2000), comprovam que a transição para a maternidade é um período de mudanças substanciais na identidade individual, em que se verifica um aumento dos níveis de stresse sentidos pelas mulheres durante este processo. Demonstraram também que os níveis de stresse sentidos pelas mães são superiores aos dos pais. Os mesmos autores justificam esta diferenciação tendo em conta a dimensão das mudanças que ocorrem neste período, ao nível das rotinas, situação profissional, rede de apoio social, situação económica e mesmo alterações físicas e na aparência.

Este tipo de evidência científica foi também demonstrado por Chau-Hsing, (2002) quando investigou 164 casais, pais de crianças submetidos a tratamento de quimioterapia. Apesar de este contexto diferir substancialmente daquele em que se enquadram os sujeitos do nosso estudo, foi também observado por este investigador o fenómeno das diferenças de stresse descrito pelos pais e pelas mães. Utilizando o mesmo instrumento de medida (*Parenting Stress Index – PSI*), verificou que mães e pais demonstraram níveis de stresse parental significativamente diferentes, isto é, os níveis de stresse descrito pelas mães mostravam-se muito superiores aos que eram descritos pelos pais. No entanto não foram encontradas diferenças nas capacidades de interacção pais-bebés, entre homens e mulheres. O autor justifica esta diferença de stresse devido ao facto de serem as mães as principais intervenientes nos cuidados à criança e, por conseguinte, aquelas a quem surgem maiores dificuldades, possíveis geradoras de stresse.

Numa outra investigação desenvolvida em Inglaterra os autores pretenderam comparar, utilizando como instrumento de medida (*Parenting Stressor Scale – PSS*), os níveis de stresse parental descrito por casais ingleses e norte americanos. Esta investigação foi desenvolvida junto de pais com crianças internadas em unidades de cuidados intensivos neonatais, portanto bebés que revelaram alguma dificuldade de adaptação à vida extra-uterina. Para além de outras evidências o estudo revelou não haver diferenças no stresse descrito pelos pais europeus e americanos. Já em relação aos casais do Reino Unido, a investigação revelou um maior índice de stresse parental nas mães comparativamente com o que foi observado nos pais, durante a adaptação à parentalidade. No mesmo grupo emergiram também níveis de ansiedade-traço significativamente superiores nas mães comparativamente com os demonstrados pelos pais (Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005).

De forma concludente poderíamos afirmar que os resultados obtidos no nosso estudo demonstram que a adaptação dos pais ao nascimento do primeiro filho parece ser mais desafiante para as mães que para os pais (homens), podendo por esse motivo originar maiores dificuldades de ajustamento à figura materna.

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS DOS PAIS E STRESSE PARENTAL

Ao testarmos a hipótese de que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai em função das habilitações académicas*”, verificámos que as

diferenças de médias não são estatisticamente significativas, o que nos levou a rejeitar a hipótese formulada.

No entanto podemos constatar, através da análise dos resultados das subescalas para o grupo das mães, que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos. É o caso das subescalas H – Sentido de competência, I – Vinculação e L – Depressão.

No caso da subescala H – Sentido de competência, as diferenças encontram-se entre os grupos secundário incompleto e do secundário, isto é, as mães cuja instrução era o secundário incompleto revelaram maior stresse na percepção que tem sobre a sua competência materna ($M = 33,33$), quando comparadas com aquelas cuja instrução era o ensino secundário ($M = 29,58$).

Para a subescala I – Vinculação, podemos encontrar diferenças entre todos os grupos: as mães pertencentes ao grupo cujas habilitações eram o secundário incompleto mostraram maior stresse ($M = 15,85$), e por isso menor capacidade de vinculação, do que aquelas que pertenciam ao grupo com habilitações de nível secundário ($M = 13,05$) e superior ($M = 14,42$).

Para a subescala L – Depressão, as diferenças encontram-se entre os grupos secundário incompleto e do superior, o que significa que as mães pertencentes ao grupo com o secundário incompleto mostraram-se mais deprimidas ($M = 23,74$), do que aquelas que apresentavam como habilitações o ensino superior ($M = 20,62$).

Ainda em relação às subescalas, mais concretamente à subescala I – Vinculação, os resultados obtidos para ambos os pais foram significativos do ponto de vista estatístico, quando comparados os grupos secundário incompleto e o secundário. Isto permite-nos afirmar que os pais pertencentes ao grupo com secundário incompleto revelaram maior stresse e portanto menor capacidade de vinculação ($M = 14,97$), quando comparados com aqueles que pertenciam ao grupo com nível secundário ($M = 13,61$). O total dos pais mostrou ainda resultados significativos para a subescala J – Restrição do papel, encontrando-se essas diferenças entre os grupos secundário incompleto e o superior, significando que os pais pertencentes ao grupo com secundário incompleto ($M = 19,24$), descreveram menos stresse e por isso sentiram-se menos subjugados pelas exigências da maternidade/paternidade quando comparadas com o grupo dos pais que possuíam ensino superior ($M = 21,20$).

Os diferentes níveis de escolaridade dos pais parecem influenciar e determinar os diferentes percursos na adaptação à parentalidade, na medida em que podem traduzir diferentes compromissos com a vida profissional dos indivíduos, bem como a existência de diferentes recursos económicos (Parke, 1996; Lutz & Hock, 2002).

Num estudo longitudinal realizado com o objectivo de conhecer os determinantes da adaptação parental junto de pais de bebés prematuros em dois momentos de avaliação, concluiu-se que, de um modo geral, as habilitações literárias tendem a influenciar o grau de stresse percebido por cada grupo de progenitores nos dois momentos de avaliação. No primeiro momento de avaliação (3-5 dias após o parto), as habilitações literárias influenciaram o grau de stresse percebido pela mãe, mas não pelo pai. Isto é, mães com menos habilitações literárias demonstraram maior grau de stresse percebido, comparativamente com as que apresentam habilitações literárias superiores. Já no segundo momento de avaliação (2-3 meses após o parto), o grau de qualificações literárias influenciou o stresse percebido pelos pais, o mesmo não se verificando para o grupo das mães. Os pais (homens) com melhores habilitações literárias denotaram maior grau de stresse percebido quando comparados com aqueles que possuíam menores habilitações (Pedrosa, Canavarro & Oliveira, 2004).

Sintetizando, na nossa amostra as mães com escolaridade inferior ao ensino secundário também demonstraram mais stresse percebido no sentido de competência, vinculação e depressão que as que tiveram oportunidade de concluir o ensino secundário e, no caso da vinculação, que as que frequentaram o ensino superior. Não concluir o ensino secundário parece assim constituir-se como um factor de risco para uma maternidade auto-percebida como stressante nestes domínios.

SITUAÇÃO DE EMPREGO DOS PAIS E STRESSE PARENTAL

A nossa quarta hipótese questionava se “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pelos pais em função da sua situação actual no emprego*”. Estatísticas relativas ao cruzamento entre estas duas variáveis permitiram verificar que não se registaram diferenças estatisticamente significativas pelo que os resultados obtidos não corroboraram a hipótese inicialmente formulada. No entanto para a subescala L – Depressão, a diferença entre os pais (mãe e pai) com emprego e os que se encontravam

desempregados é estatisticamente significativa. Estes resultados permitem-nos concluir que os pais que se encontravam desempregados revelaram maior índices de depressão ($M = 21,26$) quando comparados com aqueles que se encontravam empregados ($M = 18,53$).

A situação face ao emprego dos pais pareceu-nos poder influenciar e estabelecer diferentes percursos na adaptação à tarefa da parentalidade, na medida em que pode traduzir diferentes ajustes à situação profissional dos indivíduos, encontrando-se fortemente relacionada com os recursos económicos da família, e consequentemente com a sustentação financeira desta. Apesar destas considerações, a situação face ao emprego não revelou significância estatística nos pais (mãe e pai) que constituíram a nossa amostra para o ISP – Domínio dos pais.

Num estudo efectuado junto de mães de três grupos profissionais (doméstica, desempregada e empregada), no decurso do 6º mês pós-parto, distinguiram-se alterações nos níveis de stresse descrito pelas mães (Oliveira, 2006). Pôde-se então observar que as mães domésticas apresentavam níveis de stresse significativamente inferiores aos apresentados pelas mães desempregadas e pelas mães empregadas.

Neste âmbito também num estudo desenvolvido por Reece (1995), que examinou a relação entre o stresse e a situação face ao emprego, constatou-se que as mães empregadas apresentavam altos níveis de stresse um ano depois do nascimento do bebé comparativamente com aquelas que se encontravam desempregadas. A autora justifica estes resultados com algumas suposições, tais como sobrecarga de papéis associados à maternidade, deficiente satisfação no emprego, ou ainda necessidades económicas em trabalhar que podem ter contribuído para os altos níveis de stresse.

Podemos referir como potencial justificação para a não existência de diferenças relevantes na nossa amostra o facto de os dados terem sido recolhidos na 6ª semana após o nascimento do bebé, estando ainda as mães a usufruir de licença de maternidade (e subsídio que amortece os efeitos económicos do desemprego) e não havendo ainda um confronto com as exigências do retorno ao emprego.

NÍVEL SOCIOECONÓMICO DOS PAIS E STRESSE PARENTAL

A quinta hipótese formulada no nosso estudo sugeria que o *“índice de stresse parental descrito pelos pais (mãe e pai) seria diferente consoante o seu nível socioeconómico”*.

Embora os resultados obtidos indiquem, para a amostra total, um decréscimo de stresse total percebido com o aumento do nível socioeconómico, esta diferença não é estatisticamente significativa e não nos permite corroborar a nossa hipótese. Porém quando consideramos apenas os resultados na sub-amostra de pais, sem considerar as mães, os resultados indicam-nos a existência de diferenças significativas entre os grupos dos níveis baixo e nível médio. Os pais pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maior stresse ($M = 124,92$) do que os pertencentes ao nível socioeconómico médio ($M = 112,26$) mas não que os pertencentes ao nível elevado ($M = 120,34$).

Em relação a ambos os pais, observamos existir diferença estatisticamente significativa para as subescalas H – Sentido de competência, I – Vinculação e L – Depressão.

Para a subescala H – Sentido de competência, os pais (mãe e pai) pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maior stresse ($M = 31,31$) na percepção que têm sobre a sua competência parental mostrando que se percebem como menos competentes no desempenho do seu novo papel, quando comparados com aqueles pertencentes ao nível socioeconómico elevado ($M = 28,71$), que se percebem como mais competentes.

Para a subescala I – Vinculação, constatámos que os pais (mãe e pai) pertencentes ao nível socioeconómico baixo descreveram maior stresse ($M = 15,41$) e por isso menor capacidade de vinculação percebida do que aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico médio ($M = 14,14$) e ao nível socioeconómico elevado ($M = 14,17$). Podemos então dizer que os pais do nível socioeconómico baixo foram os que revelaram maior dificuldade na proximidade emocional percebida com o bebé, comparativamente com os outros pais.

Para a subescala L – Depressão, verificámos que os pais (mãe e pai) pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maiores valores de depressão ($M = 19,70$) do que aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico elevado ($M = 17,00$) e por isso os

primeiros demonstraram maior dificuldade percebida em mobilizar as energias necessárias à satisfação das responsabilidades parentais.

Para o grupo das mães, as diferenças significativas apenas existem nas subescalas I – Vinculação, L – Depressão e N – Isolamento social, encontrando-se essas diferenças entre os grupos dos níveis baixo e do nível elevado para as três subescalas; na subescala I – Vinculação, essas diferenças também se verificam entre os grupos dos níveis baixo e do nível médio.

Para a subescala I – Vinculação, constatámos que as mães pertencentes ao nível socioeconómico baixo mostraram maior stresse ($M = 15,83$) e por isso menor capacidade de vinculação percebida do que as mães pertencentes ao nível socioeconómico médio ($M = 14,18$) e ao nível socioeconómico elevado ($M = 13,00$). Tal como observado em ambos os pais verificámos que as mães pertencentes ao nível socioeconómico baixo foram as que descreveram maior dificuldade percebida em estabelecer uma relação de proximidade emocional com o seu filho.

Para a subescala L – Depressão, verificámos que as mães pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maiores valores de depressão ($M = 22,72$) do que aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico elevado ($M = 18,05$), mostrando por isso que as primeiras tiveram maior dificuldade percebida em mobilizar as energias necessárias às tarefas da maternidade.

Para a subescala N – Isolamento social, as mães pertencentes ao nível socioeconómico baixo demonstraram maior stresse e por isso maior isolamento ($M = 14,55$) percebido do apoio dos seus pares quando comparadas com as mães pertencentes ao nível socioeconómico elevado ($M = 11,90$).

A título de súmula podemos então afirmar que as mães que fizeram parte da nossa amostra e que pertenciam ao nível socioeconómico baixo revelaram menor capacidade de vinculação, maior depressão e maior isolamento social comparativamente com o grupo de mães pertencentes ao nível socioeconómico elevado e também com o médio mas apenas na vinculação percebida.

Quanto ao grupo dos pais (homens), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas H – Sentido de competência, I – Vinculação, J – Restrição do papel, L – Depressão e M – Relação marido/mulher. Nestas subescalas, as diferenças encontradas foram entre os homens pertencentes aos grupos de nível socioeconómico baixo e os que pertencem ao nível socioeconómico médio.

Para a subescala H – Sentido de competência, os pais (homens) pertencentes ao nível socioeconómico baixo revelaram maior stresse ($M = 30,85$) na percepção que têm sobre a sua competência parental mostrando-se menos competentes no desempenho do seu novo papel, quando comparados com aquelas pertencentes ao nível socioeconómico médio ($M = 27,76$), que se perceberam como mais competentes.

Para a subescala I – Vinculação, constatámos que os pais (homens) pertencentes ao nível socioeconómico baixo descreveram maior stresse ($M = 15,20$) e por isso menor capacidade de vinculação do que aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico médio ($M = 14,07$), isto é os primeiros mostraram maior dificuldade percebida na proximidade emocional com o bebé, comparativamente com os outros.

Para a subescala J – Restrição do papel, os resultados demonstraram que os pais (homens) pertencentes ao nível socioeconómico baixo experienciaram maior stresse ($M = 18,61$), e por esse motivo vêem o seu papel parental como redutor da sua liberdade pessoal quando comparados com aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico médio ($M = 16,67$).

Para a subescala L – Depressão, verificámos que os pais (homens) pertencentes ao nível socioeconómico baixo descreveram maior stresse ($M = 18,22$) e por isso maior depressão percebida, do que aqueles que pertenciam ao nível socioeconómico médio ($M = 14,84$).

Para a subescala M – Relação marido/mulher, os pais (homens) pertencentes ao nível socioeconómico baixo demonstraram maior stresse ($M = 16,93$), e por isso percebem falta de apoio por parte da outra figura parental, quando comparados com os pais pertencentes ao nível socioeconómico médio ($M = 14,79$).

Passamos de seguida a confrontar os resultados obtidos com os estudos que encontramos.

Relativamente às diferenças observadas no índice total de stresse para o grupo total de pais (homens), a nossa amostra mostrou maior stresse nos pais pertencentes ao nível socioeconómico baixo, situação que é partilhada pela maioria dos autores consultados (Balen, 2005; Davies & Carter, 2008).

Relativamente ao nível socioeconómico, Pedrosa et al. (2004) encontraram diferenças estatisticamente significativas para algumas das dimensões do stresse: verificaram que as mães pertencentes ao nível socioeconómico baixo apresentavam pontuações mais elevadas em todas as dimensões, demonstrando por isso maior

intensidade na experiência e relato das emoções, concretamente 3 meses depois do nascimento do bebé.

Num outro estudo sobre a influência do nível socioeconómico, Ramos (2006), verificou que por volta do terceiro dia do pós-parto, os indivíduos pertencentes ao nível socioeconómico mais elevado apresentaram uma melhor percepção da relação conjugal, melhor percepção da relação com o bebé, bem como percepção de stresse mais elevada.

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ PELOS PAIS E STRESSE PARENTAL

A nossa sexta hipótese afirmava que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai em função do planeamento da gravidez*”. Através dos resultados obtidos podemos constatar que não existe diferença estatisticamente significativa, concluindo-se que estes não corroboram a hipótese, ou seja o índice de stresse parental total não varia nos pais em função de ter existido planeamento ou não da gravidez. Apesar deste resultado observámos que para a subescala I – Vinculação, para ambos os pais e para o sub-grupo dos pais (homens), essa diferença é estatisticamente significativa.

Para a subescala I – Vinculação, constatámos que, quer para o total da amostra de pais quer para a sub-amostra dos pais (homens), cuja gravidez não foi planeada, descreveram maiores valores de stresse ($M = 15,68$ e $M = 16,47$, respectivamente) e por esse motivo, menor capacidade de vinculação percebida, do que aqueles que planearam a gravidez e onde o stresse foi menor ($M = 14,30$ e $M = 14,38$, respectivamente), percebendo-se como desenvolvendo laços afectivos mais próximos com o seu bebé.

Apesar de no nosso estudo a percentagem de gravidezes não planeadas não ser muito significativa, cerca de 11,45 % para o total de pais, no entanto pensamos que esta situação pode ser um factor influente na adaptação e transição para a parentalidade.

Esta mesma opinião é sustentada por alguns dos autores consultados, ao defenderem que o planeamento da gravidez se encontra directamente associado às dificuldades de adaptação dos pais à tarefa da parentalidade particularmente no período do puerpério (Barnard & Solchany, 2002; Feinberg, 2002).

De facto, quando falamos dos casais que planearam a gravidez é provável que estes se sintam melhor preparados para ser pais, e por esse motivo a adaptação ao nascimento

de um filho não seja uma tarefa geradora de stresse. Já o contrário pode ser observado nos pais que não planearam a gravidez. Acrescentamos ainda que os casais que planeiam a gravidez, se encontram melhor preparados, do ponto de vista emocional e no que concerne às alterações necessárias no seu estilo de vida, para a tarefa da parentalidade.

Num estudo desenvolvido por Tinkew, Scott, Horowitz & Lilja (2009), constataram que o facto de a gravidez não ter sido planeada pelo casal, pode resultar em dificuldades no processo de transição para a parentalidade, mais concretamente ser um motivo potenciador de stresse, podendo também influenciar a qualidade de interacção pais-bebé.

Muito embora não se encontre directamente relacionado com as variáveis em análise, achamos no entanto importante registar as evidências encontradas num estudo etnográfico desenvolvido no Reino Unido sobre a experiência dos homens na confirmação da gravidez. O estudo revelou que as mudanças de papéis nos homens durante a gestação das companheiras, bem como o reconhecimento das suas experiências, deveriam ser considerados por todos aqueles que suportam e apoiam a transição para a parentalidade (Draper, 2002). Na mesma investigação, desenvolvida recorrendo à metodologia do *Focus grupo*, alguns pais verbalizaram que “apesar do esforço para se envolver na vivência da gravidez da sua companheira, sentem-se por vezes afastados do processo da gravidez, e dos aspectos relacionados com o bebé” (Draper, 2002, p. 565). O mesmo estudo revelou ainda que as reacções dos homens em que a gravidez não tinha sido planeada, se caracterizavam por choque, medo e ressentimento, particularmente na altura da confirmação da mesma por parte da companheira. Também os pais (homens) da nossa amostra em que a gravidez não foi planeada se percebem como tendo mais dificuldades no desenvolvimento de laços afectivos com os seus bebés que aqueles cuja gravidez foi planeada.

Uma outra pesquisa efectuada na Bolívia por MacLean (2005), sobre a problemática do planeamento da gravidez em pais de crianças entre os 12 e os 30 meses de idade, evidenciou que as crianças cujos pais afirmaram ser a gravidez não planeada apresentaram maior risco de diminuição do crescimento estado-ponderal comparativamente com aquelas cujos pais planearam a gravidez.

O facto dos resultados obtidos para o índice de stresse parental e o planeamento da gravidez não se revelarem significativos para ambos os pais pode dever-se, na nossa opinião, às características da amostra. Nesta predominam maioritariamente pais com idade igual ou superior a trinta anos (67,88% do total), numa fase em que o surgimento de uma gravidez é por vezes muito desejado, não sendo portanto um motivo potenciador de stresse.

FREQUÊNCIA DO CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO PELOS PAIS E STRESSE PARENTAL

Ao testarmos a hipótese de que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe e pelo pai consoante a frequência do curso de preparação para o parto*” verificámos, que o stresse parental descrito pelos pais que frequentaram o curso de preparação para o parto é significativamente menor ($M = 120,84$) do que para aqueles que não frequentaram o mesmo curso ($M = 130,70$). Logo podemos afirmar que os resultados corroboram a nossa hipótese.

Acrescentamos ainda que esta diferença também se revelou significativa para o grupo de mães. As mães que participaram no curso de preparação para o parto descreveram significativamente menor stresse ($M = 125,95$) do que aquelas que não o frequentaram ($M = 142,06$).

Salientamos o facto de que o grupo das mães pertencentes ao nosso estudo demonstrarem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas quando agrupadas pelo facto de frequentaram ou não o curso de preparação para o parto. Isto significa que as mães que frequentaram o curso de preparação para o parto descreveram maior competência no desempenho da sua função parental, maior capacidade de vinculação, menor restrição do papel, menor nível de depressão, maior apoio na relação pelo companheiro, menor isolamento social e melhores condições de saúde, quando comparadas com aquelas que não frequentaram o curso de preparação para o parto.

Já em relação ao grupo dos pais (homens), as subescalas com diferenças estatisticamente significativas foram para o H – Sentido de competência e para a M – Relação marido/mulher. Significa isto que os pais (homens), que frequentaram o curso de preparação para o parto descreveram menor stresse ($M = 27,48$) e por isso maior competência percebida no desempenho da sua função parental, bem como menor stresse ($M = 14,50$) e por isso maior apoio percebido na relação com a companheira, comparativamente com aqueles que não frequentaram este curso ($M = 29,50$ e $M = 16,24$, respectivamente).

Em ambos os pais as diferenças descritas como estatisticamente significativas observaram-se nas subescalas H – Sentido de competência, J – Restrição do papel, L – Depressão e M – Relação marido/mulher.

É consensual que um dos maiores receios do casal, sobretudo da mulher grávida, seja o momento do parto, em particular o desconhecimento do local onde irá ocorrer o

nascimento, o medo da dor e do descontrolo durante o período expulsivo bem como a possibilidade de poder de algum modo prejudicar o bebé.

Para fazer face a esta necessidade surgem os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade. No caso particular dos sujeitos que constituíram a nossa amostra, o método utilizado foi o de Lamaze que visa no essencial proporcionar conhecimentos que possibilitem a preparação física e psicológica do casal para a gravidez, parto e parentalidade, promovendo o desenvolvimento de competências que facilitem o decurso da gravidez, do parto e dos cuidados ao recém-nascido (Pedras, 2007).

A importância da frequência de um curso de preparação para a parentalidade por parte dos casais é corroborada por diversos autores ao afirmarem que este pode contribuir para um melhor planeamento e preparação para o parto, bem como para um aumento de conhecimentos sobre a anatomo-fisiologia e sobre o uso de técnicas de relaxamento para um melhor controlo da dor (Bento, 1992; Couto, 2003).

A preparação para o parto contribui para um aumento da confiança e capacidade para gerir os medos relacionados com o parto e com as tarefas da parentalidade (Hallgren et al., 1995, cit. in Costa, 2004), ajudando as mães a formarem expectativas mais realistas em relação ao parto, gerando sentimentos de segurança e facilitando o aparecimento de emoções positivas (Leventhal, 1989, cit. in Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

Uma pesquisa desenvolvida em Toulouse, França, com o objectivo de estudar a experiência da maternidade em casais primíparos, reforçou os benefícios da frequência do curso de preparação para o nascimento. Num total de 33 casais, 85% das mulheres e cerca de 54,5 % dos homens participaram no curso de preparação para o parto. De referir ainda que todos os nascimentos ocorreram de parto normal, e cerca de 30 mulheres utilizaram a analgesia epidural no decurso do trabalho de parto (Kopff-Landas, Moreau, Séjourné & Chabrol, 2008).

Ao preparar os casais para a tarefa da parentalidade, este tipo de cursos será pois uma ferramenta importante na gestão das dificuldades e dos medos que se avizinham em particular na gestão do stresse, daí que se compreenda e se justifique que os casais do nosso estudo que frequentaram este tipo de cursos, sintam mais autoconfiança para esta nova tarefa e por esse motivo descrevam menores valores de stresse parental quando comparados com os que não frequentaram este curso.

TIPO DE PARTO DAS MÃES E STRESSE PARENTAL

A nossa oitava hipótese afirmava que “*existe diferença no índice de stresse parental descrito pela mãe consoante o tipo de parto*”. Após a análise dos dados podemos verificar que as diferenças de médias existentes não são estaticamente significativas, facto que não corrobora a hipótese de que o índice de stresse nas mães é influenciado pelo tipo de parto. Apenas para a subescala H – Sentido de competência, as diferenças foram estatisticamente significativas, pelo que podemos afirmar que as mães da nossa amostra que tiveram um parto vaginal relatam mais stresse nessa subescala (M = 31,65) do que as que efectuaram parto por cesariana (M = 29,15), percepcionando-se assim como menos competentes.

A influência do tipo de parto na adaptação materna à parentalidade foi também investigada por outros autores que concluíram ser as mulheres cujo parto decorreu por via vaginal, aquelas que apresentaram maior satisfação e melhor relação com o bebé, comparativamente com as mulheres que foram sujeitas a parto por cesariana. A cesariana parece ter um impacto negativo na forma como as mães percebem o parto e vivenciam a parentalidade, o que pode influenciar a relação que estabelecem com o bebé (Figueiredo et al., 2002).

A relação entre estas variáveis foi também investigada pelos autores Franck et al. (2005), num estudo já anteriormente descrito junto de pais de bebés internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais, tendo verificado que as mães que tiveram o parto por via abdominal – cesariana, revelaram níveis de stresse superiores comparativamente com as mães cujo parto ocorreu por via vaginal. O mesmo estudo revelou que os pais que não pegaram nos seus filhos logo após o nascimento (situação em que o parto ocorreu por cesariana) retrataram altos níveis de stresse.

Ao falarmos de parto e nascimento importa também reforçarmos que a presença de alguém significativo no momento do parto, geralmente o pai, parece estar associado a uma maior satisfação na adaptação à parentalidade (Parke, 1996; Figueiredo et al., 2002). Durante muitos anos o pai permaneceu afastado das salas de parto, deixando este privilégio exclusivamente para a mãe e para os profissionais de saúde que lá trabalham. Actualmente observa-se uma mudança significativa a este nível, verificando-se uma abertura das instituições à presença do pai, não só no momento do parto mas extensível à sua participação activa em todas as fases, desde a vigilância pré-natal até ao pós-parto. Esta presença tem, como é óbvio, um impacto positivo tanto na mãe como no pai. Em relação às mães, a presença do companheiro reforça a vivência desta experiência, tornando-a ainda

mais significativa. Para o pai, os estudos demonstram, conforme nos refere Parke (1996), que a presença deste no nascimento se relaciona com um maior envolvimento paterno posterior.

Uma outra pesquisa desenvolvida também sobre a presença do pai, mais concretamente junto da mãe e bebé durante a noite, mostrou que os pais não autorizados a permanecer durante este período junto da sua esposa e filho, manifestavam maior insatisfação com os cuidados pós-natais que eram prestados à sua família, assim como maior insatisfação relacionada com o apoio à prática da amamentação oferecido pelos profissionais de saúde, concretamente pelas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Estes pais (homens) assinalaram ainda falta de simpatia/empatia e deficiente capacidade de ajuda por parte dos constituintes da equipa de saúde, que lhe dificultava a sua permanência na unidade de cuidados e a sua envolvimento nos cuidados ao seu filho (Hildingsson, 2007).

Uma outra investigação de cariz longitudinal, realizada em Boston sobre stresse e adaptação materna em mulheres com mais de 35 anos, revelou que a média de stresse percebido por estas mulheres atingiu valores elevados comparativamente com outros estudos desenvolvidos na mesma área. Mostrou também que quanto mais alta é a percepção de mudança de vida um mês após o parto, maior é o nível de stresse percebido um ano após o nascimento (Reece, 1995). No mesmo estudo, as mulheres que apresentavam altos níveis de auto-estima um mês após o parto revelavam maior suporte para as tarefas da parentalidade um ano após o nascimento do bebé. Um outro resultado importante encontrado nas mulheres cujos bebés nasceram de cesariana foi o facto de estas terem experienciado o parto e o trabalho de parto com menos gratificação do que aquelas cujo bebé nasceu de parto eutócico.

Um outro aspecto também interessante relacionado com a dinâmica do parto é a separação mãe-bebé nos momentos que se seguem ao nascimento. Trata-se de uma prática que já não é uma realidade nacional, muito embora novos desafios se tenham proporcionado neste domínio que ainda não são um hábito corrente em todas as maternidades nacionais, como é o caso do contacto pele-a-pele efectuado logo após o nascimento entre mãe-bebé.

Esta tradição de separação da mãe e do bebé ainda persiste em muitas partes do mundo, tal como na Rússia, onde foi efectuada uma investigação com o objectivo de avaliar e comparar os possíveis efeitos a longo prazo sobre a interacção mãe-bebé de práticas utilizadas no parto relacionadas com a sua separação. Esta pesquisa revelou que o contacto

pele-a-pele efectuado logo após o nascimento entre o recém-nascido e a mãe, num período de 25 a 120 minutos, e o aleitamento precoce, ou ambos, influenciava positivamente a interacção mãe-bebé um ano mais tarde, quando comparado com práticas que envolvem separação da mãe e do recém-nascido (Bystrova et al., 2009).

Estas boas práticas são de facto marcantes quer para a mãe quer para o pai, como vivências positivas da maternidade/paternidade, indutoras de calma e tranquilidade que de algum modo poderão favorecer a transição e adaptação à parentalidade.

PESO DO RECÉM-NASCIDO E STRESSE PARENTAL

A nossa nona hipótese afirmava que “existe diferença no índice de stresse parental descrito pelo pai e pela mãe em função do peso de nascimento do bebé”. Estatísticas relativas ao cruzamento destas duas variáveis permitiram verificar que não se registam diferenças significativas, pelo que os dados obtidos não corroboram a hipótese formulada. No entanto e como excepção, para subescala N – Isolamento social, observámos existir diferença estatisticamente significativa apenas para o grupo de mães, entre aquelas cujo peso dos bebés variava de 3000 a 3499 gramas ($M = 13,08$) e entre aqueles que apresentavam peso igual ou superior a 3500 gramas ($M = 15,10$), com as primeiras a descreverem menor isolamento social que as segundas.

Das variáveis associadas ao bebé, algumas têm sido descritas como susceptíveis de influenciar a adaptação dos pais à tarefa da parentalidade, como por exemplo o peso do bebé. A este propósito Tough et al. (2007) e Gomes et al. (2008), referem que associado à maternidade tardia se encontram vários riscos para o bebé, como sejam menores índices de *Apgar* e baixo peso ao nascimento. Apesar de a grande parte dos pais que constituíram a nossa amostra (67,88%) ter idade igual ou superior a 30 anos, por si só a idade não motivou o aparecimento de recém-nascidos com baixo peso, visto somente 2,70% destes apresentaram peso inferior a 2000 gramas. Esta situação na nossa perspectiva acontece devido ao avanço científico que se tem observado, oferecendo por isso melhores cuidados pré-natais concretamente nas gestações de risco obstétrico, tornando-se desse modo mais eficientes no combate à mortalidade e morbilidade materna e perinatal.

Um estudo efectuado por Azevedo et al. (2002), relacionado com o efeito da idade materna sobre os resultados perinatais, revelou que num grupo de mulheres com idade

superior a 35 anos foram mais frequentes tanto os recém-nascidos de baixo peso como os recém-nascidos com peso superior a 4000 gramas. Este estudo reforça de alguma forma o facto de as mulheres pertencentes à nossa amostra apresentarem diferenças significativas para a subescala N – Isolamento social, em relação aos grupos de bebés com peso compreendido entre 3000-3499 gramas e aqueles que apresentavam peso igual ou superior 3500 gramas. Verificou-se que as mães dos bebés mais pesados apresentavam valores médios na subescala N – Isolamento social, superiores aos descritos pelas mães do outro grupo, mostrando estes resultados que as mães dos bebés mais pesados se percepcionavam como mais isoladas do apoio de seus pares, familiares e sistemas de apoio emocional.

A influência do peso do recém-nascido, mais precisamente o baixo peso, é um factor que se encontra relacionado com a prematuridade e com o parto pré-termo que não foram objecto de estudo nesta investigação. No entanto, o baixo peso pode ser também observado em bebés de termo (com idade gestacional compreendida entre as 37 e as 42 semanas), podendo traduzir nos pais preocupações com o estado de saúde do seu filho, principalmente nos primeiros momentos após o parto. Esta situação não foi investigada no estudo que efectuámos uma vez que os pais foram inquiridos cerca de 6 semanas após o nascimento do bebé, provavelmente numa altura em que a situação de saúde do seu filho já se encontrava normalizada.

Conclusão

A realização desta dissertação foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora se conclui. Não era nossa intenção obter conclusões e resultados generalizáveis, contudo, através de um processo de análise dos resultados obtidos, pretendíamos conhecer as vivências dos pais que, pela primeira vez, experienciam a parentalidade, bem como identificar alguns factores susceptíveis de agitar o equilíbrio deste processo.

O nascimento do primeiro filho e conseqüentemente o tornar-se pais transforma-se num dos principais acontecimentos na existência dos indivíduos, afectando quer as suas vidas quer os seus relacionamentos.

A preparação para a parentalidade é um processo gradual que, de acordo com Relvas (2000), se inicia numa fase bastante precoce da vida dos indivíduos. A representação mental de um modelo de papel parental começa a edificar-se na infância, designadamente através da interpretação dos papéis de mãe e pai, da experiência vivida e da observação das próprias figuras parentais. Durante a gravidez, através de um processo imaginativo, pode-se fantasiar o modo como se relacionará com o bebé, contribuindo, para tal, as tecnologias de controlo da gravidez e evolução fetal, nomeadamente a ecografia. Porém, é no momento do parto que os pais têm a possibilidade de se defrontarem com o bebé real e a partir daí encararem o seu verdadeiro papel parental.

Durante o processo da parentalidade compete aos futuros pais aprender a lidar com as adversidades da gravidez e do parto de modo a se prepararem para um novo acontecimento no seu relacionamento que é a inclusão de um novo elemento no seu núcleo familiar – um filho. Os pais que se ajustam eficazmente ao encontro da parentalidade enriquecem o seu relacionamento conjugal e encontram nesta nova condição uma fonte grande de força e de sustentação.

Habitualmente, quer o homem quer a mulher trazem das suas famílias de origem um modelo de educação que envolve hábitos, comportamentos, atitudes, cultura, etc. Este modelo que cada um traz consigo constitui uma bagagem de vida, que a todo e qualquer momento deverá ser revista conjuntamente, pois são muito diferentes uma da outra. Quando

ambos os elementos do casal conseguem perceber e aproveitar o que há de melhor em cada uma das duas bagagens para formarem uma terceira, passam a não ter mais necessidade de disputar sobre qual é aquela que educa melhor, se a do homem ou a da mulher. Deste modo, os dois estarão a construir o modelo da sua nova família, para através da sua cumplicidade dar o melhor e mais precioso presente para o seu filho: uma referência única para que ele se sinta seguro e siga o caminho do seu desenvolvimento de maneira saudável.

O nascimento de um filho, em particular se for o primeiro, figura como um marco importantíssimo no processo evolutivo da vida familiar porque, além da necessidade de se assumirem novos ajustes sociais e emocionais, ocorre um salto geracional. Os filhos passam a pais, os pais a avós, os irmãos a tios, e até alguns amigos são promovidos a padrinhos.

Muito embora possa ser um acontecimento gerador de stresse para os pais, é sem dúvida um marco impulsionador de grande alegria e imensa beleza. Trazer um novo ser que provem de uma relação sustentada no amor contribuirá para uma nova dinâmica na família sendo por isso uma fonte de grande felicidade.

A parentalidade é uma realidade que deve ser vivida de forma positiva e cooperante pelo casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.

Ao longo da elaboração deste trabalho pensamos que o nosso empenho, na análise e determinação dos factores associados ao stresse parental descritos pelos pais, após o nascimento do primeiro filho foi fundamental e enriquecedor. A forma com que nos motivou para a pesquisa sobre os assuntos adequados ao tema, proporcionará um melhor desempenho no cuidar, indo ao encontro das verdadeiras necessidades dos pais nesta fase particular de suas vidas.

Conforme já foi anteriormente referido, um dos principais objectivos desta investigação era conhecer a adaptação dos pais durante o percurso de transição à parentalidade, após o nascimento do seu primeiro filho, bem como a influência de algumas variáveis nesse processo.

Desta forma e tendo em conta a amostra por nós considerada, os resultados obtidos permitem-nos identificar alguns factores capazes de influenciar essa adaptação. Entre os

factores de risco, avaliados por uma maior percepção de stresse parental nos pais, encontram-se:

- Ser a mulher, o que exige uma atenção especial às mães, comparativamente aos pais;
- A mãe não ter terminado o ensino secundário, o que implica intervenções preventivas ao nível das adolescentes com o objectivo de serem criadas condições que impeçam o abandono escolar e lhes permita terminar o ensino secundário;
- Pertencer a um nível socioeconómico baixo, o que exige que consideremos a intervenção na transição da conjugalidade para a parentalidade numa perspectiva sistémica, intervindo em todos os sistemas, e não apenas ao nível do microsistema;
- Não haver planeamento da gravidez, o que nos obriga a estarmos atentos ao seu impacto no homem e a desenvolvermos formas de o apoiar.

Adicionalmente a frequência de um curso de preparação para o parto emergiu como um factor protector, na perspectiva do stresse parental descrito pelos pais. Este resultado deve estimular-nos a implementar condições que permitam o seu acesso aos que por diferentes motivos, incluindo os sociais e culturais, não acedem.

E não menos importante é o resultado do nosso estudo que mostra que os motivos que levam a que o projecto da gravidez surja em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos não seja um fenómeno homogéneo tendo em conta os diferentes níveis socioeconómicos. Estes motivos são diferentes para as mulheres do nível baixo quando comparadas com as dos níveis médio e elevado. As políticas de apoio à maternidade não podem ser, de acordo com este resultado, uniformes, mas específicas.

Do exposto, ao longo do último capítulo, podemos concluir que a influência de algumas das variáveis seleccionadas para esta investigação no ISP – Domínio dos pais, se mostrou significativa do ponto de vista estatístico enquanto outras não, muito provavelmente por motivos que se prendem com algumas limitações do estudo. Exemplo disso foi o facto das inquirições terem sido realizadas apenas num momento da maternidade/paternidade (6ª semana após o parto) sujeita por isso a todas os determinantes que isto implica.

As questões de ordem metodológica associadas à amostra utilizada nomeadamente o tipo de escala usada, o facto do recrutamento dos sujeitos ter sido efectuado apenas numa instituição, podem justificar em parte os resultados obtidos.

Gostaríamos ainda de reforçar o papel que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros têm no acompanhamento e apoio do casal e posteriormente dos pais na vivência da parentalidade.

Assim no modelo de gestão dos centros de saúde, a Ordem dos Enfermeiros (2003a) realça a preocupação face às questões relacionadas com o sucesso do exercício da parentalidade, designadamente, na prestação de cuidados de enfermagem que visem a promoção do papel parental (ensino dos cuidados com a criança nas diferentes etapas do seu desenvolvimento) e a instrução dos pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido.

A preparação do papel parental é bastante abrangente e, no nosso entender, deve resultar de um conjunto de intervenções do enfermeiro junto dos pais com vista à obtenção, por parte destes, de determinados conhecimentos que os tornem capazes de desempenhar as tarefas subjacentes à parentalidade. É por isso importante preparar os pais para o processo de transição, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades que vão surgindo no decorrer da adaptação à parentalidade, através da adequação das respostas às características e às verdadeiras necessidades dos mesmos. Os enfermeiros possuem o privilégio de estar em contacto directo com os casais nas diferentes fases da transição, por esse motivo têm de estar despertos para as dificuldades que vão aparecendo ao longo do percurso de adaptação.

Ao finalizarmos este trabalho estamos conscientes das limitações do mesmo, pois algumas questões importantes permanecem ainda sem resposta daí o surgimento de algumas sugestões para investigações futuras que envolvam esta problemática das quais destacamos:

- Estudos longitudinais que envolvam várias fases do percurso de adaptação à parentalidade, com início anterior ao nascimento do bebé, ou seja na fase em que os pais decidem da concepção. Só desta forma será possível o acompanhamento do casal e a monitorização das suas dificuldades ao longo do percurso de adaptação à parentalidade;
- A utilização de um grupo de controlo (casais sem filhos), avaliando o seu comportamento ao longo do mesmo período de tempo de modo a determinar se as alterações observadas nos casais com filhos poderão ser imputadas à maternidade/paternidade ou decorrerão de outras variáveis alheias à situação;
- A utilização de outros instrumentos de medida mais adequados às diferentes trajectórias de desenvolvimento dos progenitores. A inclusão de novas variáveis

sociodemográficas e contextuais e ainda de variáveis relacionadas com o bebé nomeadamente no que concerne ao seu temperamento;

- A extensão da área de recrutamento dos sujeitos a várias realidades institucionais e geográficas, podendo ter uma amostra mais representativa da população portuguesa.

Por último gostaríamos de salientar a grande satisfação que foi para nós a realização deste trabalho, não só pela aprendizagem conseguida, mas particularmente pela possibilidade de no futuro poder contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados ao nível da saúde da tríade mãe-pai-bebé durante o processo de transição e adaptação à parentalidade. Para além disso, pensamos que este trabalho poderá ser importante para o conhecimento mais aprofundado da forma como pais e mães vivenciam o nascimento do primeiro filho, bem como dos principais obstáculos que os mesmos enfrentam nessa nova tarefa.

Apesar de todas as mudanças resultantes deste acontecimento, o nascimento do primeiro filho representa para os pais um momento muito intenso, significativo, de desenvolvimento e realização pessoal, único na vida familiar, o maior privilégio que um ser humano pode experienciar e talvez o maior milagre da vida.

Ser pai e ser mãe é um desafio, que coloca à prova tudo o que somos e o que possuímos de mais intenso ao longo de todos os dias da nossa vida.

Referências bibliográficas

- Abidin, R. (1983). *Parenting Stress Index – Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index – Manual (3rd ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index – Manual (3rd ed.)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. (2004). *Índice de Stress Parental (PSI): Parenting Stress Index*. Manual. (1ª Ed.) (Adaptação portuguesa de S. Santos). Lisboa: Cegoc-Tea
- Abreu, L., Crispim, M. (2002). Planeamento da gravidez. *Sinais Vitais*, 41 (Fev.). pp. 45-48.
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em Foco*, 38 (Fev./Abr), 35-38.
- Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention-first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavia Journal Caring Science*, 15, 318-325.
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, A., Vilar, D., André, I. & Lalanda, P. (2004). *Fecundação e contraceção: Percursos da vida reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais. Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, p. 385.
- Andrade, M. (1999). Custos e benefícios da maternidade adiada. *Referência*, 2 (Mar), pp. 5-12.
- Andrade, P., Linhares, J., Martinelli, S., Antonioni, M., Lippi, U. & Baracat, F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: Estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26 (9), 697-701.

- Antunes, A., Malheiro, E., Guerra, N. & Martins, V. (2003). Gravidez após os 40 anos análise dos resultados obstétricos. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa. 26:11. (Dez). 557- 567.
- Apfel, R. & Handel, M. (1999). Couples therapy for postpartum mood disorders. In L.J. Miller (Ed.). *Postpartum mood disorders* (pp. 163-178). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Azevedo, G., Freitas Júnior, R., Freitas, A., Araújo, A., Soares, E. & Maranhão, T. (2002). Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24 (3), 181-185.
- Balancho, L. (2003). *Ser pai, Hoje*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Ball, J. (1994). *Reactions to motherhood – the role of postnatal care*. Stanford: Midwives Press.
- Balen, V. (2005). Late parenthood among subfertile and fertile couples: Motivation and education goals. *Patient Education and Counseling*, 59, 276-282.
- Barnard, K. & Solchany J. (2002). Mothering. In M.H. Bornstein (Eds.) *Handbook of Parenting* (pp. 3-26). Mahwah, NJ. Erlbaum Associates.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. LEAL (coordenadora), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de século.
- Belsky, J., Fish, M. & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and and positive emotionality: family antecedent and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27, 421-431.
- Belsky, J. & Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood: How a first child changes a marriage*. New York, Delacorte Press.
- Belsky, J., Lang, M. & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Belsky, J. & Pinsky, E. (1988). Developmental history, personality and family relationships: Toward an emergent family system. In R. Hinde & Stevenson-Hinde (Eds.). *Relationships within families: mutual influences* (pp. 193-217). Oxford: Clarendon Press.

- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Bento, M. (1992). *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Bialoskurski, M., Cox, L. & Hayes, J. (1999). The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *Journal os Perinatal and Neonatal Nursing*, 13(1), 66-77.
- Blaine, S., Bowie, J., Carroll, J., Clarke-McMullen, D., Caughey, S., Collins, V. et al (2007). *Reflecting on the trend: pregnancy after age 35*. Ontário: Best Start: Ontário's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Center/Halton Region Health Department, 88 p.
- Bobak, I., Jensen, M. & Lowdermilk, D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann - enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach*. London: Sage.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol I. Attachment*. London: Hogan Press
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger. Vol. 2 Attachment and loss* London: Hogarth Press; New York: Basic Books; Harmondsworth: Penguin (1975).
- Brasileiro, R., Jablonski, B. & Féres-Carneiro, T. (2002). Papéis de género, transição para a paternalidade e a questão da tradicionalização. *Revista PSICO*, Vol.33, Nº 2, (Jul/Dez), 289-310.
- Brazelton, T. (1988). *Dar atenção à criança*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (1992). *O que todo o bebé sabe*. São Paulo: Martins Faias.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. 1ª ed. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2000). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interação precoce*. 1ª ed. Lisboa: Terramar, 2000.
- Brito, E. (2005). Que famílias em Portugal? *Nursing*, 203 (Outubro), 18-24.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 287-249.
- Brown, J. & Wissow L. (2008). Discussion of maternal stress during pediatric primary care visits. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 368-374.
- Buist, A., Morse, C. & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 172-180.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, AS., Ransjö-Arvidson AB., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, AM. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. Jun; 36(2), 97-109.
- Camarneiro, A. (1995). Do nascimento aos primeiros passos: A importância da vinculação. *Sinais Vitais*, 2 (Fev.). pp. 33-36.
- Camarneiro, A. (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 apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In: M.C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. LEAL (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp. 225-255). Lisboa: Fim de século.
- Cardoso L. (2006). *Aleitamento materno. Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Educação - Especialização em Educação para a Saúde, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Cecatti, J., Faúndes, A., Surita, F. & Aquino, M. (1998). O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia. Obstetrícia*, 20 (7), 389-394.
- Chau-Hsing, Y. (2002). Gender differences of parental distress in children with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 598-606.
- CIPE/ICNP Versão Beta 2 (2002). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Clulow, C. (1996). Partners becoming parents. Tavistock Institute of Marital Studies. New Jersey: Jason Aronson.
- Coleman, P. (1998). *Maternal self-efficacy beliefs as predictors of parenting competence and toddlers' emotional, social, and cognitive*. Unpublished Master's degree dissertation, Life-Span Developmental Psychology Department of Psychology Morgantown, West Virginia.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Copeland, D. & Harbaugh, B. (2004). Transition of maternal competency of married and single mothers in early parenthood. *Journal of Perinatal Education*, 13(4) 1058-1243.
- Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise psicológica*, 3 (Jul. – Set.), 365-371.
- Correia, M. (2005). Gravidez e Maternidade em grupos de Risco. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e parentalidade*, (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiência, dor e satisfação. *Revista de Psicologia da Saúde e da Doença*, 4 (1), 47-67.
- Costa, R. (2004). *Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.

- Couto, G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, (Março/Abril), 14 (2) 190-198.
- Cowan, C. & Cowan, P. (2000). Preventive intervention: a couple perspective on the transmission of attachment patterns. In C. Clulow (Ed.) *Adult attachment and couple psychotherapy: The secure base in practice and research*. London: Brunner-Routledge.
- Crowe, K. & Von B.C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16 (2), 59-63.
- Davies, N. & Carter, A. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Association with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (7), 1278-1291.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671.
- De la Cuesta, C. (1994). Relationships in health visiting: Enabling and mediating. *International Journal of Nursing Studies*, 31(5), 451-459.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S., Hunsberger, B. & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14, 625-640.
- Dessen, M. & Braz, A. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Set-Dez, 16 (3), 221-231.
- Deutsch, F., Ruble, D., Fleming, A., Brooks-Gunn, J. & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (3), 420-431.
- Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: Men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 563-570.
- Eisenberg, V. & Schenker, J. (1998). A Gravidez em mulheres com mais idade: Aspectos científicos e éticos. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 21(8), 238-239.
- Elek, S., Hudson, B. & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care selfefficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-57.

- Emmanuel, E. (2005). *Maternal role development: The influence of maternal distress following childbirth*. Faculty of Nursing and Health at Griffith University.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V. & Ek, A. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3, 139-147.
- Fedele, N., Golding, E., Grossman, F. & Pollack, W. (1988). Psychological issues in the adjustment to first parenthood. In Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The Transition to Parenthood* (pp. 85-113). Cambridge: Cambridge University Press.
- Feinberg, M. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical child and family psychology review*, 5 (3), 173-195.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 76-191.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 51-57.
- Figes, K. (2001). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Figueiredo, B. (2001a). *Mães e Bebés*. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2, 203-217.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*. (3) 3, 521-539.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e da paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*. 11, 79-98.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fowles, E. (1997). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International*. 19 (1), 83-94.

- Franck, S. , Cox, S., Allen, A. & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 608-615.
- Fuertes, M. & Lopes dos Santos, P. (2003). Interação mãe-filho e a qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Revista Psicologia*, 17 (1), 43-64.
- Gameiro, M. (1995). A estatística como linguagem da investigação. *Revista Sinais Vitais*, 4, 23-28.
- Gaspar, M. (2004). *Projecto Mais-Pais. Factores sócio-culturais e interpessoais do desenvolvimento numérico de crianças em idade escolar: O nome dos números e o envolvimento dos pais*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Gil, A. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gilbert, W., Nesbitt, T. & Danielsen B. (1999). Chidbearing beyond age 40: Pregnancy outcome in 24 032 cases. *Obstétrics and Gynecology*. 93 (1). 9 – 14.
- Goldberg, W. (1988). Perspectives on the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 1-20). Cambridge: University Press.
- Gomes, A., Donelli, T., Piccinini, C. & Lopes, R. (2008). Maternidade em idade avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12 (1), 99-106.
- Gomez, R. (2005). O pai: Paternidade em transição. In I. Leal, (Coord.) *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 257-286). Lisboa: Fim de Século.
- Gruen, D. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15, 261–270.
- Guerreiro, T. (2004). Relação enfermeiro-família. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Org.). *Para uma Ética da Enfermagem* (pp. 81-94). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Hildingsson, I. (2007). New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Journal Women and Birth*, 20(3),105-113.
- Hudson, D., Elek, S. & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, pp. 31-43.

- International Council of Nurses (2005). *International Classification for Nursing Practice – Version 1.0*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Jordan, W. (1997). *Role transitions: A review of the literature*. National Center on Fathers and families.
- Kaitz, M. & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of new fathers and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 540-555.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Knauth, D. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27 (2),169-184.
- Kopff-Landas, A., Moreau, A., Séjourné, N., & Chabrol H. (2008). Vécu de l'accouchement par le couple primipare: étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36 (11), 1101-1104.
- Lalanda, P. (2006). A população feminina e as transições familiares através da demografia. *Revista de Estudos Demográficos - Revista do gabinete de estudos demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE)*, 38, 5-29.
- Lamb, M. (1997). Father and child development: An introductory overview and guide. In M.E. Lamb (Org.). *The role of the father in child development*. (3ª ed., pp. 1-18) New York: John Wiley e Sons.
- Lamb, M. & Tamis-Lemonda, C. (2004). The role of the father: An introduction. In M.E. Lamb (Org.). *The role of the father in child development*. (4ª ed., pp. 1-31) New York: John Wiley e Sons.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. 1ª ed. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In M.C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (pp. 55-74). Coimbra: Quarteto.

- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal, (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp. 9 -19). Lisboa: Fim de Século.
- Le Masters, E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living*, 19, 352–355.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30, 591-601.
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: Construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo*, 39 (2), 220-228.
- Lopes, S. & Fernandes, P. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 63, 36-42.
- Lopes, S. & Fernandes, P. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*,. 36-42.
- Lutz, W. & Hock, E. (2002). Parental emotion following the birth of the first child: Gender differences in the depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 415- 421.
- MacLean, R. (2005). Childhood stunting is linked to the pregnancy intentions of both parents. *International Family Planning Perspectives*, 31 (2), 95-95.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, E. & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos Pesquisa Psicologia*, 4 (1), 0-0.
- Matos, I. (1994). Como mudou o papel do pai. *Pais & Filhos*, 41, 77.
- McMahon, C., Gibson, F., Allen, J. & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22 (4), 1168 – 1174.
- Meighan, M. (2004). Consecução do papel maternal. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood (Ed.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: (modelos e teorias de enfermagem)* (5.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Mendes, I. (2007a). Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Mendes, I. (2007b). Lived experience by first-time parents in the postpartum. *Birth Issues*, 15(3/4), p. 119-125.
- Mendes, I. (2008) "Lived experience of first-time fathers to the postpartum period. In Instituto Salud Carlos III - Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Ed.) Libro de ponencias/Conference Book - Eliminando las barreras del conocimiento (1ª Ed., pp. 81-83), Madrid: Instituto Salud Carlos III.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 456-464.
- Mercer, R. & Walker, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582.
- Michaels, G. & Goldberg, W. (Eds.). (1988). *The transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, B. & Myers-Walls, J. (1983). Parenthood: Stresses and coping strategies. In H. I. McCubbin & C. R. Figley (Eds.) *Stress and the family – vol I: Coping with normative transitions* (pp. 54 -73). New York: Brunner/mazel.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: Mulheres trabalhadoras e suas experiências*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Montgomery, M. (2005). *O novo pai*. 12ª ed. São Paulo: Editorial Prestigio.
- Montigny, F., Lacharité, C. & Amyot, É. (2006). The transition to fatherhood: The role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto Contexto Enferm.*, 15 (4) 601-609.
- Narciso, I. (2002). *Satisfação Conjugal: À procura do padrão que liga*. Universidade de Lisboa, Tese de dissertação de doutoramento, não publicada.
- Nelson, A. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 465-477.
- Neville, B. & Parke R. (1997). Waiting for paternity: Interpersonal and contextual implications of the timing of fatherhood. *Sex Roles*, 37, 1-2.
- Noronha, F. & Gouveia, D. (2003). *Mamã, papá...estou a chegar!: Guia prático, gravidez e parto*. Revisão técnica. 1ª ed. Sintra: Impala.

- Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330.
- Oliveira, M. (2004). *A paternidade e as práticas do cuidar: Estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Oliveira, C. (2006). *Desafios e contextos de influência na adaptação à maternidade: Um estudo longitudinal em população sem risco médico*. Dissertação de mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Rede de Cuidados de Saúde Primários Regulamento dos Centros de Saúde, princípios a salvaguardar*. Recuperado em 2009 Janeiro15, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. SI: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Padrão, I. (1998). E a luta continua. *Medicina & saúde*, (Dezembro) 14, 72-73.
- Parada, C. & Pela, N. (1999). Idade materna como factor de risco: Estudo com primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 7 (4), 57-64.
- Parke, R. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, M. A.: Harvard University Press.
- Pedras, C. (2007). Preparação para a parentalidade. *Revista Servir*, 55 (4), 166-169.
- Pedrosa, A., Canavarro, M. & Oliveira, C. (2004). Prematuridade e transição para a parentalidade: Comparação da percepção de stress, impacto emocional, percepção e envolvimento com o recém-nascido em mães e bebés. *IberPsicologia Actas de las comunicaciones y posters en el II Congreso Hispano-Portugués de Psicología, Psicología de la Salud y Psicología Clínica*. Recuperado em 22 de Fevereiro, 2009 de http://IberPsicologia_Actas del Congreso de Lisboa Psicolog_a de la Salud.mht

- Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: Os tempos das mulheres e dos tempos dos homens. *Análise Social*, 37,(163), 447-474.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 8(4), 445-452. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde (1993). *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério: Orientações Técnicas 2*. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. 2ª Ed. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (1994). *Classificação Nacional de Profissões* [Em linha] [Consultado 03-09-2008]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/cnp1994.asp>.
- Portugal. Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de situação. Relatório do Director Geral e Alto-comissário da Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Vol I- Prioridades.
- Portugal. Ministério da Saúde (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Vol II - Orientações estratégicas.
- Portugal. Instituto da Qualidade em Saúde (2005). Fazer do pano nacional de saúde uma referência para todo o sector. *Revista Qualidade em Saúde*, 12, 24-36.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação* (2.ª ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Ramos, M. & Canavarro, 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.

- Rapkin, B. & Luke, D. (1993). Cluster analysis in community research: Epistemology and practice. *American Journal of Community Research*, 21, 247-277.
- Reece, S. (1995). Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, 8 (2), 61-66.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. & Lourenço, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Coord.) *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rini C., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. & Wadhwa, P. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333-345,
- Rocha, A. (1993). *Dois é bom. Três é demais? Um estudo sobre a relação conjugal e o primeiro filho, em um contexto de acelerada mudança cultural, a partir do ponto de vista da mulher*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, Brasil.
- Rosa, M. (1998). The effect of age in the transition to parenthood: Are delayed childbearers a unique group? *Family Relation*, 37(3), 322-327.
- Roth, P. (1996). Family health promotion during transitions. In Bomar, Perry J., *Nurses and family health promotion in concepts, assessment, and interventions* (2.ª ed.) (pp. 365-371). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Saisto, T. & Halmesmaeki, T (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 171-186.
- Sampedro, R, Gómez, M., & Montero, M. (2002). Maternidad tardia: Incidencia, perfiles y discursos. *Revista EMPIRIA. Revista de Metodologia de Ciências Sociais*, 5, 11-36.
- Santos, S. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 115-132.

- Santos, S. (1997). Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): Validação preliminar. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 5, pp. 139-149). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses
- Santos, S. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise Psicológica* (Abril), 20 (2), 233-241.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image Journal Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schwarz, M. (2007). *Reflecting on the trend: Pregnancy after age 35*. Ontário: Best Start: Ontário's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Center/Halton Region Health Department.
- Senesi, L., Tristão, E., Andrade, P., Kraiden, M., Júnior F. & Nascimento, D. (2004). Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 26 (6), 477-482.
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da investigação nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven*. Universidade de Coimbra, Tese de dissertação de doutoramento, não publicada.
- Smith, M. & Soloway, N. (1997). Antecedents of late birthing decisions of men and women in dual – career marriages. *Family Relations*, 36 (3), 258-262.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In Soares (Ed.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias in(adaptativas) ao longo da vida* (pp. 381-343). Coimbra: Quarteto Editora
- Soares, I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M.C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da maternidade* (pp. 459-407). Coimbra: Quarteto Editora.
- Spruijt, E. & Duindam, V. (2002). Was there an increase in caring fatherhood in the 1990s? Two dutch longitudinal studies. *Social Behaviour and Personalith*, 30, 683-694.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Stern, D. & Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Âmbar.
- Stoppard, M. (1998). *Os jovens pais*. Barcelos: Editora Dorling Kindersley.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers: Discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 65-75.
- Tarkka, M., Paunonen, M. & Laippala, P. (2000a). How first-time mothers cope with child care while still in the maternity ward. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 97-104.
- Tarkka, M., Paunonen, M. & Laippala, P. (2000b). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 20-26.
- Tarkka, M. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 233-240.
- Teixeira, E. (1999). *Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.
- Tinkew, J., Scott, M., Horowitz, A. & Lilja, E. (2009). Pregnancy intentions during the transition to parenthood and links to coparenting for first-time fathers of infants. *Parenting: Science and Practice*, 9(1), 1-35.
- Tough, S., Tofflemire, K., Benzies, K., Fraser-Lee, N. & Newburn-Cook, C. (2007). Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among canadian men and women. *Maternal Child Health Journal*, 11 (Janeiro), 189-198.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 261-278.
- Warren, L. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Weinshenker, M. (2005). *A matter of timing: Age at the transition to parenthood and father involvement*. Draft paper for presentation at workshop on June 24 and 25 – University of Chicago.

- Wendt, N. (2006). *Factores de risco e de protecção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.
- White, R. (1976). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In R. H. Moos (Ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington: Heath.
- Wilkinson, R. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 47, 86-92.
- Williams, R. (1999). Dinâmica familiar da gravidez. In I.M. BOBAK, D.L. Lowdermilk, & M.D. Jensen (Eds), *Enfermagem na maternidade* (4ªed., pp. 115-129). Loures: Lusociência.
- Ziegel, E. & Cranley, M. (1985). *Enfermagem obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Anexos

Anexo I

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 Júlia Maria das Neves Carvalho, cujo tema é a “*Adaptação materna e paterna ao papel parental após o nascimento do seu primeiro filho*”, cujo objectivo 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 destinam-se 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: ___ / ___ / 2008

(Assinatura do participante)

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

Contacto com autora do estudo:

Júlia Maria das Neves Carvalho

E-mail: juliacarvalho@esenfc.pt

Telefone: 239487200 – gabinete 3 – extensão 1103

Anexo II

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

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

Júlia Maria das Neves Carvalho, enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, pertencente ao quadro de pessoal do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., actualmente a exercer funções em regime de requisição como docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aluna do curso de mestrado de Ciências da Educação, área de Especialização em Educação e Desenvolvimento Social, na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a autorização para a aplicação de um questionário aos pais nas consultas de pós-parto, realizadas na Consulta Externa da Maternidade de Bissaya Barreto, no âmbito da sua tese de mestrado cujo tema é a “Adaptação materna e paterna ao papel parental após o nascimento do seu primeiro filho”, trabalho orientado pela Prof. Doutora Maria Filomena Gaspar.

Com a realização deste estudo, pretendemos identificar e conhecer as dificuldades percebidas 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

(Júlia Maria das Neves Carvalho)