Agradecimentos

Após o término desta dissertação, gostaria de agradecer a várias pessoas que me prestaram todos os tipos de apoio, de maneira a enfrentar os desafios colocados por este período da minha vida.

Em primeiro lugar, aos meus pais. Devo-lhes tudo o que sou hoje. À minha mãe pelo seu apoio constante e incondicional, a todos os níveis, e por fazer com que acreditasse que conseguiria o que eu quisesse. Ao meu pai, que embora não esteja presente fisicamente nesta dimensão, tenho a convicção de que me deu motivação para ir até ao fim, e pelas palavras e exemplo de coragem que me deixou.

Ao meu namorado, por tudo. Pela paciência, pelo seu amor, pela cooperação, e pela presença nos imensos momentos em que nada parecia fazer sentido. Foi, sem dúvida, uma das minhas maiores fontes de motivação.

Aos meus colegas e amigos, Diana Sousa e Fábio Silva, pela contínua partilha de experiências, diversão e espírito de equipa que me proporcionaram. Agradeço especialmente à minha querida amiga, Diana Sousa, pela motivação para trabalhar em conjunto e para partilhar tarefas.

À minha melhor amiga, Rita Alves, pelo seu positivismo e apoio emocional constante dedicado à minha pessoa e à minha dissertação.

À minha avó paterna, que cooperou para a realização do curso de Psicologia, e pelo orgulho demonstrado com a finalização deste.

À minha professora, Drª Ana Conde, pelo seu perfeccionismo, profissionalismo, dedicação e apoio. É, sem dúvida, um exemplo profissional e pessoal para mim.

À minha coorientadora, Drª Raquel Costa, pela dedicação, profissionalismo e pelo sentido de resolução de problemas que me transmitiu. Conseguiu estimular muitas caraterísticas da minha personalidade que me vão ser úteis no campo pessoal e profissional.

À Drª Catarina Tojal e Drª Iva Tendais pelos ensinamentos que me transmitiram em termos de metodologia de investigação.

Um obrigada sincero a todos!!

Stress parental: o efeito dos fatores sociodemográficos, sintomatologia ansiosa e/ou depressiva pré-natal, saúde perinatal e sintomatologia depressiva pós-natal

Resumo

Estado de arte: Níveis elevados de stress parental têm sido associados a consequências negativas para as famílias. Os fatores sociodemográficos, bem como a saúde mental e a saúde perinatal, de certo modo, poderão ser as causas de elevados níveis de stress parental. **Objetivo**: Determinar o efeito relativo dos fatores de natureza sociodemográfica, da saúde mental no período pré e pós-natal e da saúde perinatal, de mães e pais de crianças com 6 meses de idade, no stress parental. **Método**: Uma amostra de 58 mulheres e 32 homens preencheram um questionário sociodemográfico, um questionário de avaliação da ansiedade (*Hospital Anxiety Depression Scale*, HADS) e um questionário de avaliação de depressão (*Edinburg Postnatal Depression Scale*, EPDS) às 35 semanas de gestação. Imediatamente após o parto, um formulário de avaliação da saúde perinatal (*Optimality índex*) foi preenchido através de recurso a relatórios clínicos. Os participantes preencheram novamente o EPDS aos dois meses após o parto. Aos seis meses após o nascimento do bebé, um questionário de avaliação de stress parental foi preenchido (*Parental Stress Index*, PSI). **Resultados**: Mulheres com maior sintomatologia ansiosa, que consideram ter problemas ao nível da saúde física e psicológica, que não estão medicadas para problemas emocionais no 3º trimestre de gravidez ou mulheres com elevada sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto apresentam níveis mais elevados de *stress* parental, seis meses após o parto. Homens que têm muitos filhos biológicos, não vivem com crianças, são solteiros ou têm níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto, apresentam níveis mais elevados de *stress* parental, seis meses após o parto. **Conclusões**: Os fatores que se associam a níveis mais elevados de *stress* parental são distintos em mulheres e em homens: enquanto nas mulheres a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pós-natal parecem assumir um papel crucial, nos homens, para além da sintomatologia depressiva pós-natal, certos fatores sociodemográficos revelam-se determinantes, comparativamente com a saúde mental pré-natal.

Palavras-chave: Stress parental; Parentalidade; Sintomatologia depressiva pré-natal; Sintomatologia ansiosa; Sintomatologia depressiva pós-natal, Saúde perinatal.

Parental stress: effect of sociodemographic factors, prenatal anxiety and/or depression symptomatology, perinatal health and postnatal depressive symptomatology

Abstract

Background: Higher levels of parental stress has been associated with negative outcomes for families. Demographic factors, as well as prenatal mental and perinatal health may, to a certain extend, be the cause of high levels of parental stress.

Objective: To analyze the relative effect of sociodemographic factors, prenatal and postnatal mental health and perinatal health of mothers and fathers of 6 months old children on parental stress.

Method: A sample of 58 women and 32 men completed a sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) and the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) at 35 weeks of gestation. Immediately after childbirth perinatal health information was recorded from clinical reports and the Optimality index fulfilled. Repeated measure of the EPDS was obtained at two months after childbirth. Parental Stress Index (PSI) was also compleated at six months after childbirth.

Results: Women with higher anxiety symptoms, who consider to have problems with their own physical and psychological health, who are unmedicated for emotional problems at the 3rd trimester of pregnancy or women with more depressive symptoms at two months postpartum have higher levels of parental stress six months after childbirth. Men who live without children, live with many biological children, unmarried or who have more depressive symptoms at two months after birth, have higher levels of parental stress six months after childbirth.

Conclusions: The factors associated with higher levels of parental stress are different in women and in men: prenatal anxiety symptoms and postnatal depression symptoms are the best predictors of parental stress in women, and both postanatal depressive symptomatology and sociodemographic variables are the best predictors in men, compared to the prenatal mental health.

Keywords: Parental stress; Parenthood; Prenatal depressive symptomatology; Postnatal depressive symptomatology; Prenatal anxiety symptomatology; Perinatal health.

Sumário

Introdução……6
Parte 1. Parte Teórica……...9
Capítulo 1. Transição para a parentalidade……..10
Capítulo 2. *Stress* Parental……...……13
2.1. Preditores do *stress* parental.…….15
2.1.1 O efeito dos fatores sociodemográficos no *stress* parental…..16
2.2.2. O efeito da sintomatologia ansiosa no período pré natal e efeito da sintomatologia depressiva nos períodos pré e pós-natal no *stress* parental ……..17
2.2.3 O efeito da saúde perinatal no *stress* parental…...……21
2.2 Consequências do *stress* parental……22
Parte 2. Parte empírica- Artigo científico……..26
Capítulo.1– Introdução……...……..27
Capítulo 2 – Método……..……...30
Capítulo 3 – Resultados……..……..40
Capítulo 4 – Discussão……..……52
Capítulo 5 – Referências……58
Conclusões…….….63
Bibliografia…….65

Índice de tabelas

Tabela 1……..……31

Tabela 2……...……...32

Tabela 3……..33

Tabela 4……..……34

Tabela 5……...……...35

Tabela 6……..47

Tabela 7…….....……...50

Introdução

A investigação na área da parentalidade acentuou-se na segunda metade do século XX, devido ao crescente interesse dos psicólogos em compreender os fatores responsáveis por uma parentalidade disfuncional e as suas consequências para as competências cognitivas, emocionais e comportamentais das crianças (Abidin, 1992). As investigações pioneiras sobre os fatores que influenciam o comportamento parental centraram-se em famílias de crianças vítimas de maus-tratos, no entanto, atualmente, o foco de estudo abrange diversas populações, com ou sem patologias associadas (Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). As mudanças no conceito de família ocidental contribuíram para a abrangência destes estudos, pois este tem vindo a alterar-se com o passar do tempo, bem como as tarefas da parentalidade (Crepaldi, Andreani, Hammes, Ristof, & Abreu, 2006; Lamb, 1975; Parke, 1998). Uma das mudanças diz respeito à relação entre mãe e a criança. Enquanto no início do séc. XX, as crianças eram, maioritariamente, cuidadas por amas ou sem qualquer supervisionamento, na atualidade, é esperado que as mães desempenhem um papel parental que envolva maior proteção e carinho para com a criança (Bayle & Martinet, 2008). Outra mudança surge a partir da década de setenta, na sequência de movimentos feministas, que implicaram, nomeadamente, a emancipação, empregabilidade, maiores responsabilidades laborais por parte da mulher e a nuclearização da família. Estas mudanças sociais e familiares levaram à necessidade de uma nova gestão das funções parentais, tendo sido, nomeadamente, o pai encorajado a aumentar o seu investimento emocional e instrumental no bebé, passando a ter um papel parental mais ativo, interativo e participativo nos cuidados e responsabilidades com o filho (Camus, 1997; Lamb, 1992; Lamb & Tamis-Lemonda, 2004).

Atendendo às mudanças referidas e ao facto de ambos os pais passarem a ter uma participação ativa nos cuidados do bebé, torna-se importante estudar as interações entre estes e o seu filho, bem como as consequências destas interações para a criança. Nesta linha de pensamento, a transição para a parentalidade constitui um importante foco de estudo. O papel de mãe e as influências recíprocas da interação com a criança têm sido largamente estudadas, porém, o papel do pai e a influência do seu comportamento na criança ainda carece de atenção por parte dos investigadores, apesar de a literatura começar a reconhecer a importância da saúde mental do pai no período pré-natal, particularmente ao nível de ansiedade e de depressão, para a adoção do papel parental

após o parto (Fletcher, Matthey, & Marley, 2006; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesma, 2008).

A transição para a parentalidade inicia-se muito antes do nascimento do bebé, sendo um processo que envolve várias etapas e tarefas (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2000). As expetativas criadas durante estas etapas, podem diferenciar-se da experiência após o nascimento do bebé, e uma parte do *stress* caraterístico do período pós-parto não foi antecipado (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000). A adaptação poderá ser peculiarmente difícil para as mulheres, pelo facto de assumirem a responsabilidade primária pelos cuidados do bebé (Deutsch, Servis, & Payne, 2001; Dienheart, 2001). No entanto, tanto a mulher como o homem podem ser afetados pelo nascimento de um filho, pelas suas implicações noutras áreas de vida, tais como finanças, lazer, tarefas domésticas, relação com os familiares e amigos, e vida profissional. Em alguns indivíduos, as experiências inerentes ao exercício do papel parental podem ser percecionadas como difíceis e frustrantes, de forma tão intensa, que suscita da parte do indivíduo níveis elevados de *stress* (Crnic & Low, 2002), e consequentemente, sentimentos negativos acerca de si próprio e da criança (Abidin, 1995). Vários estudos têm demonstrado que o *stress* parental corresponde a um preditor significativo de pior saúde e bem-estar dos pais, e de maiores dificuldades no desenvolvimento da criança, comparativamente àquele que é gerado por outras circunstâncias de vida (Deater-Deckard, 1998). Para vários autores, determinados fatores do período de transição para a parentalidade, particularmente, durante a gravidez (Guo *et al*., 2014; Misri *et al*., 2010), no período perinatal (Carter, Mulder, Bartram, & Darlow, 2005; Lau, 2001; Saisto *et al*., 2008) e no período pós-natal (Guo *et al*., 2014; Leigh & Milgrom, 2008; Saisto *et al*., 2008), contribuem para o aumento do *stress* parental. Estes fatores incluem a sintomatologia ansiosa pré-natal (Misri *et al*., 2010), a sintomatologia depressiva pré-natal (Guo *et al*., 2014; Misri *et al*., 2010), alguns fatores sociodemográficos, tais como menor escolaridade, maior número de crianças para cuidar (Lavee, Sharlin, & Katz., 1996; McBride, 1991; Östberg, Hagekull, & Wettergren, 1997; Pearson & Chan, 1993) e baixo nível socioeconómico (Beeber *et al*., 2014; Berger & Guidroz, 2009; Epel & Lithgow, 2014; Kotelchuck, 2006), o tipo de parto, a possibilidade de amamentação (Saisto *et al*., 2008), complicações na saúde neonatal (Carter *et al*., 2005; Lau, 2001) e a sintomatologia depressiva pós-natal (Saisto *et al*., 2008; Leigh & Milgrom, 2008).

Tendo isto em consideração, o objetivo do presente estudo foca-se na determinação dos preditores do *stress* parental, considerando fatores de natureza sociodemográfica, as várias dimensões de saúde perinatal, a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pré e pós-natal. A compreensão dos fatores específicos que predizem elevados níveis de *stress* parental, contribuirá para o planeamento de medidas de intervenção adequadas, destinadas a prevenir consequências negativas quer para o bem-estar dos progenitores, quer para o desenvolvimento adequado da criança.

Parte 1 – Contextualização Teórica

Capítulo 1. Transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade compreende três processos, nomeadamente, a conceptualização e expectativas de engravidar, o processo de gravidez e a adaptação à parentalidade (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2000). Estes processos implicam várias mudanças e reajustes para ambos os pais, sendo a perceção sobre as suas capacidades para corresponderem às exigências colocadas pelo papel parental, um fator essencial que influencia a relação entre pais e filhos. Tanto a mulher como o homem se deparam com mudanças e adaptações a nível individual, conjugal e familiar (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006; Relvas, 2000).

A gravidez e a parentalidade são encaradas como um período de desenvolvimento (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000), impondo uma série de eventos e tarefas desenvolvimentais que têm que ser resolvidas para que o processo de transição para a parentalidade ocorra com sucesso. Assim, ao longo dos três trimestres de gravidez, a mulher deverá atravessar estádios e concretizar tarefas (Colman & Colman, 1994), além de ajustar-se às adaptações físicas e hormonais que se impõem, sendo que o *timing* na sua resolução não é linear, variando de mulher para mulher (Canavarro, 2001).

Segundo Colman e Colman (1994), o primeiro trimestre corresponde a uma fase de integração, implicando a aceitação e adaptação, por parte da mulher, do processo de maternidade e das consequentes mudanças na sua vida (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2000), sendo a aceitação da gravidez, a primeira tarefa desenvolvimental a cumprir (Canavarro, 2001). Durante este período, é provável a emergência de sentimentos ambivalentes, relacionados com o desejo e o receio da gravidez (Canavarro, 2001), que, juntamente com sintomas físicos (náuseas, cansaço, entre outros), podem ter um impacto negativo na vida da mulher, dificultando o sucesso do processo adaptativo e contribuindo para o aumento dos níveis de ansiedade.

O segundo trimestre de gestação é considerado o trimestre mais estável a nível psicológico. Este período consiste numa fase de diferenciação, devido à capacidade de a grávida percecionar os movimentos fetais (Colman & Colman, 1994), o que permite percecioná-lo como uma realidade diferenciada da sua. Para além disso, há a criação de expetativas relativas ao bebé, sobre as suas características físicas e temperamentais (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Neste trimestre, as tarefas desenvolvimentais passam por aceitar a realidade do feto e reavaliar/reestruturar a relação com os próprios pais, altura em que a mulher procura referências nos Modeloos

maternos conhecidos, particularmente, relativos à própria mãe e reflete sobre os comportamentos que não deseja repetir (Canavarro, 2001).

O terceiro trimestre representa um período de maior ansiedade para a maioria das mulheres, devido à proximidade do nascimento do bebé. De acordo com Colman e Colman (1994), esta é uma fase de separação, em que a grávida perceciona o parto como o término da gravidez. Durante este trimestre e o período de puérpio, as tarefas desenvolvimentais passam por aceitar o bebé como uma realidade, pela reavaliação e reestruturação do relacionamento conjugal (reajustando a relação no plano afetivo, na rotina diária e de relacionamento sexual com vista à integração de um novo elemento na relação do casal), reestruturação da própria identidade (interiorizando a identidade materna) e reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos (Canavarro, 2001).

Quanto aos homens, procuram ter a sua experiência pessoal durante o período de gravidez (Colman & Colman, 1994), despoletando uma transformação tão intensa como a da mulher (Gerner, 2005). No entanto, os homens podem levar mais tempo do que as mulheres a aceitar a realidade da paternidade (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000), por não terem a capacidade de experienciar as mudanças físicas e hormonais que apenas a mulher pode experimentar. Ainda assim, a ideia de paternidade leva o homem a deparar-se com uma modificação na sua vida pessoal e social, a qual exige uma reorientação da sua vida e identidade (Colman & Colman, 1994). Esta reorientação envolve dúvidas relativas à capacidade de desempenhar o papel parental (Alvarez & Golse, 2008; Maldonado, 1991). Desta forma, a identidade do homem evolui de marido/companheiro para pai, e o relacionamento conjugal evolui de casal para família (Delmore-Ko *et al*., 2000; De Montigny & Lacharité, 2004; Levy-Schiff & Israelashvili, 1988).

Um padrão de mudanças sequenciais no envolvimento emocional dos pais durante a gravidez, constituído por três fases, foi sugerido por May (1982). Segundo o autor, a primeira fase ocorre desde a suspeita da gravidez até à sua confirmação. Nesta fase, o pai sofre um impacto inicial seguido de desconforto, ambivalência e *stress*. Na segunda fase, na qual ainda não há evidências físicas da gravidez na mulher, os pais não sentem a gravidez como uma realidade, havendo maior estabilidade emocional. Na terceira fase, pela proximidade da data do parto, os homens vivenciam a gravidez de uma forma mais real e confrontam-se com a realidade de ser pai.

Após o nascimento do bebé surgem novos desafios e situações indutoras de *stress* para o casal e família alargada (Craig, 2002; Figueiredo, 2000). Após o parto deverá ocorrer a aceitação do bebé como pessoa separada e possuidor de necessidades próprias, pelo que a mãe terá de compreender e saber responder de forma adequada (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). De igual forma, torna-se fundamental a reavaliação e a reestruturação da identidade parental, a fim de aceitar e adaptar as modificações que este novo papel implica, como com os outros papéis de vida (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Ambos os membros do casal têm as mesmas preocupações no que concerne à parentalidade, mas reagem de formas distintas à chegada do bebé (Craig, 2002). Tipicamente, as mulheres dão prioridade aos cuidados do bebé, enquanto os homens, tendem a melhorar/fortalecer as fontes de rendimento familiar.

As adaptações psíquicas e afetivas que se impõem na transição para a parentalidade, são essenciais para o adequado desempenho do papel parental, e para a resposta eficaz perante as necessidades físicas, afetivas, intelectuais e sociais dos filhos (Daly, 2006). Tais necessidades dos seus filhos implicam tarefas para os pais (como os cuidados físicos, imposição de limites e ensinamentos sociais), comportamentos (como o afeto e consideração positiva) e outras qualidades relacionais (como mostrar-se como uma fonte de segurança afetiva) (Pecnik, 2006).

Nesta perspetiva, os indivíduos que ultrapassam com sucesso as tarefas desenvolvimentais que os períodos de gravidez e puérpio impõem, terão maior capacidade para gerir os novos papéis e relações interpessoais consequentes do processo de transição para a parentalidade (Canavarro, 2001). Pelo contrário, aqueles que não tiverem a capacidade de lidar de forma satisfatória com os medos e frustrações que este período acarreta, terão maior probabilidade de desenvolver ansiedade e/ou depressão (Figueiredo, 2000).

Embora seja aceite por muitos investigadores que o período de gravidez é marcado por um relativo bem-estar psicológico, o facto de ser um momento de crise no desenvolvimento do indivíduo, em que se atualizam ou resolvem dificuldades desenvolvimentais passadas, é apontado como potencial causa do aumento da sintomatologia depressiva ou ansiosa (Figueiredo, 2000). Para autores, como por exemplo, Guo *et al*. (2014) e Misri *et al*. (2010), a elevada sintomatologia ansiosa e/ou depressiva durante a gravidez leva a uma maior complexidade no processo de adaptação à parentalidade, tornando o exercício do papel parental suficientemente stressante para

causar sofrimento ao indivíduo, facto que pode justificar o efeito preditor da sintomatologia ansiosa e/ou depressiva pré-natal no *stress* parental no período pós-parto.

Capítulo 2. *Stress* parental

No período após o parto, as experiências parentais podem ser percecionadas, quer de uma forma positiva e gratificante (proporcionando um sentido de competência), quer como difíceis, frustrantes e, consequentemente, geradoras de *stress* (Crnic & Low, 2002). O *stress* pode emergir quando um indivíduo coloca em causa a sua capacidade de atender às exigências do seu ambiente (Patnaik, 2014) sendo acompanhado por alterações bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais, tendo como finalidade, alterar o evento stressante e os seus efeitos (Baum, 1990; Patnaik, 2014). O *stress* específico associado à parentalidade (Östberg & Hagekull, 2000) parece ser um preditor significativo de pior saúde e bem-estar dos pais, e de maiores dificuldades no desenvolvimento da criança, comparativamente àquele que é gerado por outras circunstâncias de vida (Deater-Deckard, 1998).

O *stress* parental pode ser conceptualizado como um conjunto de reações psicológicas adversas, que se refletem em sentimentos negativos acerca do próprio no papel parental, acerca da criança e da relação diádica mãe/pai-criança (Abidin, 1995). Todos os pais experimentam *stress*, mas a sua intensidade pode variar em função da perceção que estes têm acerca dos recursos disponíveis para cumprir as exigências que o papel parental implica (Deater-Deckard, 1998). Assim, o nível de *stress* parental experimentado diferencia-se de indivíduo para indivíduo, dependendo da avaliação que a figura parental faz relativamente ao impacto do fator gerador de *stress* no seu bem-estar (Deater-Deckard, 1998). Geralmente, o *stress* é percecionado como uma experiência emocional negativa (Baum, 1990; Patnaik, 2014). De facto, ao nível do *stress* parental, a literatura tem vindo a demonstrar, que quando este se torna crónico, tal pode acarretar consequências muito negativas para o funcionamento parental, assim como para o desenvolvimento da criança (Crnic & Low, 2002). No entanto, quando em menor intensidade e de forma pontual, este é positivamente associado a práticas parentais mais sensíveis, como a evocação de sentimentos positivos em relação à criança (Newland, Crnic, Cox, & Mills-Koonce, 2013).

Foram desenvolvidos vários modelos para explicar o *stress* parental, os quais diferem ao nível da natureza das dimensões intervenientes e das suas inter-relações. No entanto, estes são consonantes ao defender o multi-determinismo do funcionamento parental e que elevados níveis de *stress* podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

Ao nível da área do *stress* parental, encontram-se duas perspetivas principais de investigação: uma primeira que aborda o stress parental como manifestação do *stress* resultante das irritações do quotidiano (acontecimentos *minor*) consequente do exercício da parentalidade (Crnic & Greenberg, 1990); e uma segunda sugerindo que o stress parental se manifesta através das interações entre fatores dos pais, da criança e do contexto (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

O modelo teórico centrado nos acontecimentos *minor* propõe que o *stress* decorrente das potenciais frustrações e irritações diárias relacionadas com o desempenho do papel parental e com o comportamento da criança, juntamente ao facto do indivíduo estar inserido num contexto no qual emergem necessidades e exigências específicas e contínuas, pode ter um impacto negativo nas interações pais-filhos (Crnic & Greenberg, 1990).

Ao invés de eventos do quotidiano consistirem nos geradores de *stress* parental, a segunda perspetiva teórica, pressupõe que o *stress* parental se processe através de um conjunto, dinâmico e complexo, de variáveis relativas à criança, pais e contexto em que estão inseridos. Encontram-se na literatura diversos Modeloos que salientam esta linha teórica (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990), fundamentando-se num conjunto similar de fatores (características da criança, características dos pais e características do contexto) que determinam o comportamento parental, diferindo no peso assumido por cada fator específico e na relação entre eles. A presente investigação baseou-se na teoria de Abidin (1992), pelo facto de ser o autor da abordagem teórica subjacente ao instrumento utilizado para avaliar o *stress* parental dos participantes (*Parenting Stress Index* – PSI).

Na perspetiva teórica de Abidin (1992) é salientada a importância da consideração das cognições e crenças dos pais em relação ao seu papel parental, pelo facto de cumprirem a função de moderador entre as caraterísticas da figura parental e a surgimento do *stress* parental. Segundo o autor, quando os níveis de *stress* parental são menos intensos e pontuais, este constitui-se como uma variável motivacional para os pais,

facilitando a utilização dos recursos disponíveis para a realização do seu papel parental. No entanto, níveis de *stress* parental excessivamente elevados são suscetíveis de comprometer a qualidade da parentalidade o que, por sua vez, pode ter consequências negativas no desenvolvimento da criança. Este modelo sugere, ainda, que o total de *stress* experimentado pela figura parental aumenta em função, tanto das características da criança (nomeadamente, o humor, distração/hiperatividade, exigência e maleabilidade de adaptação da criança) e expetativas dos pais relativamente a estas (nomeadamente, a aceitação das caraterísticas da criança e a qualidade da resposta afetiva da figura parental na interação com a criança), quanto das características parentais (nomeadamente, níveis de depressão, o sentido de competência parental e o investimento intrínseco no papel parental) e, também, de fatores situacionais (nomeadamente, a relação com o conjugue, suporte social, estado de saúde física e a restrição que o papel parental possa executar noutros papéis da vida) (Abidin, 1995; Abidin & Santos, 2003).

2.1 Preditores do *stress* parental

Perante o potencial impacto negativo que o stress parental poderá ter nas famílias e no desenvolvimento da criança, importa compreender quais os fatores que lhe estão associados. Como já foi referido, vários estudos sugerem que características do contexto, da criança e dos progenitores podem explicar o surgimento do *stress* parental (Reitman *et al.*, 2002). As caraterísticas do contexto associadas ao stress parental incluem, por exemplo, o fraco suporte social, problemas de saúde perinatal (Saisto *et al*., 2008), a grande responsabilidade pelas tarefas domésticas (falta de tempo para a sua gestão), experienciar um elevado número de eventos negativos na vida (como separação ou morte de um familiar) (Östberg & Hagekull, 2000), fraca participação paterna nas tarefas relacionadas com o bebé (Deater-Deckard & Scarr, 1996), fraca qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Gray, Edwards, O'Callaghan, & Cuskelly, 2012) violência no local onde vive e instabilidade habitacional (Vernon-Feagans, Garrett-Peters, Willoughby, & Mill-Koonce, 2012). Têm sido referenciadas pela literatura as seguintes caraterísticas da criança em associação ao *stress* parental: padrões fisiológicos irregulares (comer, dormir, acordar) (Östberg & Hagekull, 2000), temperamento difícil (choro excessivo) (Saisto *et al*., 2008) e doenças crónicas (Gupta, 2007; Hung, Wu, & Yeh, 2004). Quanto às caraterísticas dos pais são de destacar, a baixa auto-estima (Steinberg & Bellavance, 1999), a falta de experiência prévia no papel parental (Delmore-

ko *et al*., 2000) e estado psicológico, nomeadamente, sintomatologia ansiosa pré-natal (Misri *et al*., 2010), sintomatologia depressiva pré-natal (Guo *et al*., 2014; Misri *et al*., 2010) e sintomatologia depressiva pós-natal (Guo *et al*., 2014; Leigh & Milgrom, 2008; Saisto *et al*., 2008)

Poucos estudos analisaram os preditores de *stress* parental em homens, contudo, os que foram efetuados verificaram que a depressão no período pré e pós-natal, não viver com os filhos, não ser casado com a parceira durante a gravidez, o temperamento difícil da criança (choro excessivo) (Saisto *et al*., 2008), a fraca qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Grych & Clark, 1999; Levy-Shiff, 1999) e a fraca participação paterna nas tarefas relacionadas com o bebé (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Levy-Shiff, 1999) parecem constituir os principais fatores de risco de *stress* parental.

O *stress* parental parece assumir caraterísticas distintas (quer em termos de intensidade, quer em termos de natureza) entre mulheres e homens (Oelofsen & Richardson, 2006). Por exemplo, nas famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento (Oelofsen & Richardson, 2006) e com problemas de comportamento (Saloviita, Itälinna, & Leinonen, 2003), o nível de *stress* da mulher é maior do que o nível de *stress* do homem. Adicionalmente, os estudos que analisaram as diferenças do *stress* parental entre homens e mulheres (Baker, 1994; Beckman,1991; Krauss, 1993), e que utilizaram o índice de *stress* parental (PSI), verificaram que independentemente de a criança ter ou não problemáticas que resultem num atraso de desenvolvimento, as mulheres mostram maiores níveis de *stress* parental do que os homens, sendo também distinto ao nível das dimensões afetadas. O *stress* parental das mulheres reflete-se sobretudo em maiores níveis de depressão, no menor sentido de competência parental (Beckman, 1991), na perceção de uma maior restrição do papel parental, em maiores dificuldades no relacionamento com o cônjuge, e num pior estado de saúde física (Beckman, 1991; Krauss, 1993). Os homens, por sua vez, mostram maior dificuldade na vinculação com a criança (Baker, 1994; Krauss, 1993) do que as mulheres, percecionam humor mais negativo da criança e menor maleabilidade de adaptação desta (Krauss, 1993).

2.2.1 O efeito dos fatores sociodemográficos no *stress* parental

Vários estudos têm analisado o poder preditor dos fatores sociodemográficos no *stress* parental. Em determinados estudos, certas caraterísticas sociodemográficas, tais

como, menor escolaridade e maior número de crianças para cuidar (Lavee *et al*., 1996; McBride, 1991; Östberg *et al*., 1997; Pearson & Chan, 1993) mostraram estar associados a maiores níveis de *stress* parental. Adicionalmente, estudos recentes têm vindo a mostrar que o baixo nível socioeconómico tem um forte impacto no aumento do *stress* parental e constitui numa potencial ameaça para a saúde física e mental dos pais (Beeber *et al*., 2014; Epel & Lithgow, 2014; Kotelchuck, 2006). Por exemplo, foi verificado que mães com stressores económicos têm maior tendência para percecionar o comportamento desadequado do filho como intencional, e com o objetivo de a irritar, enraivecer ou constranger (Sturge-apple, Suor, & Skibo, 2014). Por outro lado, outras investigações revelaram que caraterísticas sociodemográficas, como paridade, escolaridade e estado civil não são preditores de *stress* parental em mulheres (Saisto *et al*., 2008). A idade materna tem gerado alguma controvérsia em termos de predição do *stress* parental. Enquanto estudos como o de Östberg e Hagekull (2000), a maior idade materna prediz maiores níveis de *stress* parental, outros estudos como o de Meyers (1997) e de Saisto *et al*. (2008), mostraram que não há uma relação significativa entre a idade materna e níveis elevados de *stress* parental.

Atendendo a estes resultados inconsistentes, torna-se relevante compreender quais são as caraterísticas sociodemográficas que contribuem para o aumento do *stress* parental e se este efeito se mantém quando se considera o efeito das restantes variáveis do estudo, tanto para mulher como para homens.

2.2.2 O efeito da sintomatologia ansiosa nos períodos pré-natal e efeito da sintomatologia depressiva no período pré e pós-natal no *stress* parental

De acordo com vários estudos, a transição para a parentalidade está associada com o acréscimo de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiedade e depressão (e.g., Conde & Figueiredo, 2003; Condon, Boyce, & Corkindale, 2004), decorrente das várias mudanças psicológicas e sociais que marcam este período.

As investigações que analisam a sintomatologia ansiosa na gravidez assinalam uma ocorrência elevada da mesma (Figueiredo & Conde, 2011), porém, os seus valores variam de acordo com o trimestre em que é avaliada. De acordo com determinados

estudos, uma prevalência de 13%-54% de mulheres (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Lee *et al.,* 2007) e 5- 10% de homens (Boyce, Condon, Barton, & Corkindale, 2007; Buist, Morse, & Durkin, 2003; Figueiredo & Conde, 2011) experienciam níveis elevados de ansiedade, pelo menos ao longo de um dos três trimestres que o período de gravidez compreende. As mulheres parecem apresentar níveis mais elevados de ansiedade do que os homens em todos os trimestres de gravidez (Dulude *et al*., 2002; Figueiredo & Conde, 2011; Lee *et al*., 2007; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009), assim como um padrão de variação distinto ao longo dos três trimestres de gravidez. Enquanto nas mulheres, os níveis de ansiedade são mais elevados no 1º e 3º trimestre (Da Costa *et al*., 1999; Lee *et al*., 2007; Teixeira *et al*., 2009), nos homens o 2º trimestre de gravidez parece ser o mais problemático em termos de sintomatologia ansiosa (Conde & Figueiredo, 2011), precedendo a diminuição constante dos níveis de ansiedade que se observa no período pós-parto (Buist *et al*., 2003; Condon *et al*., 2004). Níveis elevados de ansiedade durante a gravidez, em mulheres, parecem estar associados a baixa escolaridade, idade jovem (adolescência), baixo nível socioeconómico, falta de suporte social por parte do cônjuge, gravidez não desejada (Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini, & Hobel, 2005) e multiparidade (DiPietro *et al*., 2008). Quanto aos homens, o facto de terem menos anos de idade, não estarem empregados a tempo inteiro, ter relacionamento conjugal há menos tempo (Buist et al., 2003) e com conflitos, e menor suporte social parece estar associado a níveis elevados de ansiedade durante a gravidez (Boyce et al., 2007),

A prevalência de depressão durante a gravidez também é elevada em mulheres, prevalecendo em 9 – 20% de mulheres (Figueiredo & Conde, 2011; Leight, Fitelson, Weston, & Wisner, 2010; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Patel & Wisner, 2011) e em 4-10% dos homens (Buist *et al*., 2003; Condon *et al*., 2004; Figueiredo & Conde, 2011). As mulheres parecem apresentar níveis de depressão mais elevados que os homens em todos os trimestres de gravidez (Dulude *et al*., 2002; Figueiredo & Conde, 2011; Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005; Teixeira *et al*. 2009), embora o padrão de variação, ao longo da gravidez, seja semelhante nas mulheres e nos homens, observando-se um decréscimo significativo ao longo deste período (Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Perren *et al*., 2005; Teixeira *et al*., 2009). Níveis elevados de sintomatologia depressiva durante a gravidez parecem estar associados à ocorrência prévia de um ou mais episódios depressivos noutro período de vida (Leigh & Milgrom,

2008) ou numa gravidez anterior (Dietz *et al*., 2007; Howell, Mora, & Leventhal, 2006). De igual forma, a sintomatologia ansiosa durante a gravidez (Field *et al*., 2003; Lancaster *et al*., 2010), o *stress* de vida (Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008; Lancaster *et al*., 2010; Records & Rice, 2007), o desemprego (Bolton *et al*., 2008), a ocorrência de aborto numa gravidez anterior (King, Hughes, Truton, & Sedwick, 2010; Rubertsson, Waldenstrom, & Wickberg, 2003), a história de abuso sexual (Rodgers, Lang, Twamley, & Stein, 2004), a baixa auto-estima (Leigh & Milgrom, 2008; Ritter, 2000;), a gravidez não desejada (King *et al*., 2010; Lancaster *et al*., 2010; Records & Rice, 2007), a fraca qualidade da relação conjugal (King *et al*., 2010), o fraco suporte social (Da Costa *et al*., 2000; Field *et al*., 2002; King *et al*., 2010; Leigh & Milgrom, 2008) e a violência doméstica (Bennett *et al*., 2007; Flynn *et al*., 2007; Records & Rice, 2007) parecem estar, também, associados ao aumento da sintomatologia depressiva durante a gravidez nas mulheres. A maioria dos fatores preditores de depressão durante a gravidez são semelhantes para ambos os sexos (Escribè-Agüir, Gonzalez-Galarzo, Barona-Vilar, & Artazcoz, 2008) e, interessantemente, a depressão paterna está correlacionada significativamente com a depressão materna (Paulson & Bazemore, 2010).

Também no período após o parto, ambos os sexos apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva (Dulude *et al*., 2002; Figueiredo & Conde, 2011), embora as mulheres continuem a ter níveis mais elevados do que os homens (Edhborg *et al*., 2005; Figueiredo & Conde, 2011; Matthey *et al*., 2000; Perren *et al*., 2005), prevalecendo em 8.7-16% (Patel & Wisner, 2011) (Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Da Costa e colegas (2000) e em 2-10.4% (Figueiredo & Conde, 2011; Matthey *et al*., 2000; Paulson & Bazemore, 2010), respetivamente.

Níveis elevados de sintomatologia depressiva após o parto aparecem associados, em mulheres, a ansiedade e/ou depressão durante a gravidez (Beck, 2001; Leigh & Milgrom, 2007), a ocorrência de um ou mais episódios depressivos prévios ou durante a gravidez, a depressão e/ou ansiedade no período pré-natal, a eventos da vida stressantes, a um estilo de atribuição cognitivo negativo, a baixa auto-estima, a fraco suporte social, a baixo nível socioeconómico (Beck, 1996, 2001; O'Hara & Swain, 1996), a idade jovem (adolescência) (Rubertsson *et al*., 2003), a menor escolaridade (Davis *et al.*, 2003), a ocorrência de aborto, a interrupção da gravidez (Cryan *et al., 2001)* e a abuso sexual na infância (Buist & Barnett, 1995). A depressão da conjugue aparece como um forte preditor de depressão pós-parto em homens (Goodman, 2004).

O *stress* parental foi consistentemente associado com a sintomatologia depressiva no período pós-natal (Cornish *et al.*, 2006; Horowitz & Goodman, 2004; Misri, Reebye, Milis, e Shah, 2006; Sidor, Kunz, Schweyer, Eickhorst, & Cierpka, 2011.) e vários autores verificaram que mães deprimidas percecionam os seus filhos como mais difíceis, em termos de temperamento (Britton, 2011; Cornish *et al*., 2006; McGrath, Records, & Rice, 2008; Milgrom & McCloud, 1996).

Vários estudos têm dedicado especial atenção à influência do estado psicológico dos progenitores na explicação do *stress* parental, sendo que os estudos que analisam o impacto da sintomatologia ansiosa e/ou depressiva no período pré-natal e da sintomatologia depressiva no período pós-natal no *stress* parental, têm sido pouco conclusivos. Uma investigação de Misri *et al*. (2010), por exemplo, permitiu concluir que a depressão e a ansiedade durante a gravidez são preditores significativos do *stress* parental de mães com crianças entre os 3 e 6 meses de idade. Contudo, no estudo de Guo *et al*. (2014) realizado com participantes da África subsariana, permitiu verificar que, ao contrário da ansiedade pré-natal, a depressão nos períodos pré e pós-natal prediz o maior *stress* parental de mulheres aos 3, 12 e 24 meses após o parto, o que pode sugerir uma variação cultural, além de um impacto diferencial, tendo em consideração o período após o parto. Evidências distintas das anteriormente apresentadas, decorrem de outros estudos, nos quais a depressão pós-parto aparece como o preditor mais consistente do *stress* parental (e.g., Leigh & Milgrom, 2008; Saisto *et al.*, 2008). De facto, Leigh e Milgrom (2008), verificaram que entre os 2 e 3 meses após o parto, a depressão pós-parto é o preditor mais consistente de *stress* parental, comparativamente a variáveis como a ansiedade durante a gravidez, depressão diagnosticada em período prévio à gravidez, baixa auto-estima, fraco suporte social e estilo cognitivo negativo da mãe, permitindo, nomeadamente, nomeadamente compreender o efeito da ansiedade pré-natal no *stress* parental, mediando-o. De igual forma, embora a depressão durante a gravidez se tivesse mostrado associada ao *stress* parental, não permitia predizê-lo. O efeito preditor da depressão pós-parto no *stress* parental parece manter-se a longo prazo, aos 2/3 anos de idade da criança (Saisto *et al*., 2008).

No sentido de contribuir para o esclarecimento destes distintos resultados, a presente investigação procurará analisar simultaneamente o efeito preditor relativo à sintomatologia ansiosa e depressiva pré-natal e da sintomatologia depressiva pós-natal no *stress* parental de mulheres e homens, tendo também em consideração o efeito das

caraterísticas sociodemográficas dos progenitores, assim como questões de saúde perinatal.

2.2.3 O efeito da saúde perinatal no stress parental

De entre os preditores do *stress* parental, há evidências que mostram uma relação entre certas complicações de saúde perinatal (saúde da mãe e do bebé durante o período que compreende de entre as 22 semanas completas de gestação (154 dias) e os primeiros sete dias completos após o nascimento) e o aumento dos níveis *stress* parental. Por exemplo, alguns estudos verificaram que as mães de bebés prematuros, com menor idade gestacional (Carter *et al*., 2005; Lau, 2001; Olafsen, Ronning, Dahl, Ulvund, Handegârdi, & Kaaresen, 2007), ou menor peso à nascença (Robson, 1997; Wormald *et al*., 2015) experimentam níveis mais elevados de *stress* parental. A perceção por parte da mãe acerca da vulnerabilidade do bebé, associada a uma baixa idade gestacional e/ou um baixo peso à nascença, poderá contribuir para que esta vivencie o exercício do papel parental de forma mais negativa e geradora de *stress* (Singer *et al*., 1999). De facto, Singer *et al.* (1999) demonstraram que as mães de bebés prematuros, em comparação com mães de bebés de termo, manifestam níveis mais elevados de *stress* parental, sendo que este é tanto mais intenso quanto maiores são os riscos de saúde para o bebé. Estes níveis elevados de *stress* parental poderão ser tão intensos, que apenas ao fim de dois anos após o parto os níveis de *stress* parental das mães de bebés prematuros e com menor risco de saúde parecem igualar-se aos níveis de *stress* parental manifestado por mães de bebés de termo (Singer *et al*., 1999). Adicionalmente, viver com mais filhos parece exacerbar a perceção das mães de bebés prematuros, tendo estas maior *stress* parental ao nível do menor sentido de competência parental (Olafsen *et al*., 2007), em comparação com mães de bebés de termo, com e sem outros filhos. Outro fator que parece elevar os níveis do *stress* parental, em pais de bebés prematuros, é a necessidade de suporte respiratório por parte do bebé, sendo os níveis de *stress* parental mais elevados nas mulheres do que nos homens (Wormald *et al*., 2015). Os homens, pais de bebés prematuros, tendem a ter pontuações de total de *stress* (escala de total de *stress* do PSI) mais elevadas do que as mulheres. Por seu turno, as mães de bebés prematuros tendem a reportar mais dificuldades relacionadas com a saúde física, níveis mais elevados de depressão, maior isolamento social, maior

restrição de papel e menor apoio do seu cônjuge, do que os homens (Howe, Sheu, & Wang, 2014).

A investigação de Saisto *et al*., (2008) acrescenta que outros fatores, como o parto não vaginal e a não amamentação, parecem contribuir para o maior *stress* parental de mulheres.

Face aos resultados dos estudos supracitados, torna-se importante compreender se a prematuridade e o baixo peso ao nascer, bem como outras complicações passíveis de ocorrerem no período perinatal têm um efeito mais significativo na predição do *stress* parental, comparativamente com o efeito da saúde mental no período pré e pós-natal, como também, dos fatores sociodemográficos no *stress* parental. Dada a escassez de estudos envolvendo os pais, o presente estudo procurou, de igual forma, o efeito preditor das complicações de saúde perinatal no aumento do *stress* parental dos homens.

2.2 Consequências do *stress* parental

Como foi referido anteriormente, a literatura tem vindo a demonstrar que a cronicidade do *stress* parental pode gerar um impacto bastante negativo no exercício da parentalidade (Creasy & Jarvis, 1994; Noppe, Noppe, & Hughes, 1990; Rodriguez & Murphy, 1997) refletindo-se no comportamento adotado face à criança, o que, por sua vez, parece associar-se a um prejuízo para o desenvolvimento adequado desta (Crnic & Low, 2002). Deater-Deckard (1998), nomeadamente, propôs o comportamento parental como um mediador na relação entre o *stress* parental e o desenvolvimento da criança, sendo uma importante variável a considerar na sua promoção. De facto, evidências sugerem que na presença de *stress* parental, as práticas parentais poderão ser comprometidas. Este comprometimento poderá manifestar-se na menor qualidade da relação pais-criança, ou seja, numa menor sensibilidade na interação (progenitores menos responsivos ou afetuosos) (Anthony *et al.*, 2005; Benzies, Harrison, & Magill-Evans, 2004; Guajardo, Snyder, & Petersen, 2009; Mantymaa, Puura, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2006) e numa maior propensão a estratégias de disciplina aversivas e coersivas (Benzies *et al*., 2004; Dietz, 2000; Guajardo *et al*., 2009; Mantymaa *et al*., 2006). Estas estratégias, por sua vez, estão associadas a maus tratos, especificamente, violência física e psicológica (Benzies, *et al*., 2004; Dietz, 2000; Mantymaa *et al.*, 2006)

e negligência ou abuso da criança (Chan, 1994; Deater-Deckard & Scarr, 1996; Mash & Johnston, 1990; Östberg & Hagekull, 2000; Rodriguez & Green, 1997), que poderá ter consequências bastante negativas para a criança, abrangendo uma grande variedade de domínios do desenvolvimento, incluindo as áreas da cognição, linguagem, desempenho académico e desenvolvimento sócio-emocional (Barnett (1997). Por seu turno, o uso excessivo de estratégias de disciplina aversivas e coersivas pode prejudicar o desenvolvimento sócio-emocional, cognitivo (Benzies *et al.*, 2004; Dietz, 2000; Guajardo *et al.*, 2009; Mantymaa *et al.*, 2006) e comportamental (Benzies, *et al.*, 2004; Broadhead, Chilton, & Crichton, 2009; Dietz, 2000; Mantymaa *et al.*, 2006) da criança. O prejuízo para o desenvolvimento da criança decorrente desta disfuncionalidade parental, poderá ser tão severo de tal forma que, a criança poderá desenvolver problemas comportamentais e/ou emocionais (Abidin & Santos, 2003; Deater-Deckard, 2005), nomeadamente de internalização e de externalização. De facto, níveis elevados de *stress* dos parental têm sido associados a uma menor competência da criança (Cappa, Begle, Conger, Dumas, & Conger, 2011), a sintomas de ansiedade na infância (Pahl, Barrett, & Gullo, 2012), e a problemas comportamentais (Benzies *et al*., 2004). Para além disso, o exercício desadequado do papel parental e o seu efeito na criança são suscetíveis de gerar um ciclo de interações negativas que, sendo bidirecional, agrava o *stress* experienciado pelos pais (Abidin & Santos, 2003) com consequências diretas na qualidade do funcionamento familiar.

Para além das consequências do *stress* parental para o desenvolvimento da criança, evidências sugerem ainda, que níveis elevados de *stress* parental podem afetar o bem-estar psicológico dos progenitores, predizendo maiores riscos para a sua saúde física, emocional e mental, como por exemplo, enxaquecas, problemas relacionais, ou abuso de substâncias (Patnaik, 2014). O *stress* parental também tem sido associado a uma perceção mais negativa da qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Lavee *et al*., 1996; Östberg & Hagekull, 2000). Benzies *et al*. (2004) referem que os níveis mais elevados de *stress* parental, aliados à fraca qualidade da relação conjugal e a um baixo estatuto socioeconómico estão associados a uma maior incidência de problemas de comportamento nas crianças.

O *stress* parental aparece ainda, correlacionado positivamente com a depressão materna (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Östberg & Hagekull, 2000), tendo sido demonstrado que a saúde e o bem-estar psicológico materno afetam não só a qualidade

das práticas parentais, mas também a vinculação da criança em relação à figura parental (Belsky, 1999), com maior probabilidade de ser insegura (Emery, Paquette, & Bigras, 2008; Jarvis & Creasey, 1991; Rholes *et al*., 2006; Scher & Mayseless, 2000).

Assim, podemos depreender que as consequências do *stress* parental são negativas tanto para os pais como para as crianças. Este tipo de *stress* pode afetar a figura parental ao nível da sua saúde mental e física e ao nível conjugal, e, a criança, através das práticas parentais inadequadas, que por sua vez, poderão prejudicar a trajetória de desenvolvimento da criança. Desta forma, o presente estudo pretende analisar quais os fatores que predizem o *stress* parental, a fim de contribuir para o planeamento de intervenção psicológica tanto na mulher como no homem, com vista a prevenir as consequências negativas anteriormente referidas.

Parte 2 - Parte empírica: Artigo de investigação

Stress parental: o efeito dos fatores sociodemográficos, sintomatologia ansiosa e/ou depressiva pré-natal, saúde perinatal e sintomatologia depressiva pós-natal

ANA LOPEZ[1], RAQUEL COSTA[2,3] & ANA CONDE[1]

Resumo

Estado de arte: Níveis elevados de stress parental têm sido associados a consequências negativas para as famílias. Os fatores sociodemográficos, bem como a saúde mental e a saúde perinatal, de certo modo, poderão ser as causas do aumento dos níveis de stress parental. **Objetivo**: Determinar o efeito relativo dos fatores de natureza sociodemográfica, da saúde mental no período pré e pós natal e da saúde perinatal, de mães e pais de crianças com 6 meses de idade, no stress parental. **Método**: Uma amostra de 58 mulheres e 32 homens preencheram um questionário sociodemográfico, um questionário de avaliação da ansiedade (*Hospital Anxiety Depression Scale*, HADS) e um questionário de avaliação de depressão (*Edinburg Postnatal Depression Scale*, EPDS) às 35 semanas de gestação. Imediatamente após o parto, um formulário de avaliação da saúde perinatal (*Optimality índex*) foi preenchido através de recurso a relatórios clínicos. Os participantes preencheram novamente o EPDS aos dois meses após o parto. Aos seis meses após o nascimento do bebé, um questionário de avaliação de stress parental foi preenchido (*Parental Stress Index*, PSI). **Resultados**: Mulheres com níveis elevados de sintomatologia ansiosa, que consideram ter problemas ao nível da saúde física e psicológica, que não estão medicadas para problemas emocionais no 3º trimestre de gravidez ou mulheres com níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto apresentam níveis mais elevados de *stress* parental, seis meses após o parto. Homens que têm muitos filhos biológicos, não vivem com crianças, são solteiros ou têm níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto, apresentam níveis mais elevados de *stress* parental, seis meses após o parto. **Conclusões**: Os fatores que se associam a níveis mais elevados de *stress* parental são distintos em mulheres e em homens: enquanto nas mulheres a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pós-natal parecem assumir um papel crucial, nos homens, para além da sintomatologia depressiva pós-natal, certos fatores sociodemográficos revelam-se determinantes, comparativamente com a saúde mental pré-natal.

Palavras-chave: Stress parental; Parentalidade; Sintomatologia depressiva pré-natal; Sintomatologia ansiosa; Sintomatologia depressiva pós-natal, Saúde perinatal.

[1]*Univ Portucalense, Institute for Cognitive and Behavioural Neuropsychology and Neurosciences – INPP, Oporto, Portugal*

[2]*Universidade Europeia| Laureate International Universities, Lisboa, Portugal*

[3] *EPIUnitT - Unidade de Investigação em Epidemiologia. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP). Refª UID/DTP/04750/2013/002, Porto, Portugal*

Introdução

Na transição para a parentalidade, as experiências associadas ao papel parental podem ser vividas como experiências positivas, mas também percecionadas como difíceis e, consequentemente, geradoras de stress (Crnic & Low, 2002). O stress parental consiste em reações psicológicas adversas, que se refletem em sentimentos negativos acerca do próprio no papel parental, acerca da criança e da relação diádica mãe/pai-criança (Abidin, 1995). Todos os pais experimentam stress, variando a sua intensidade em função da sua perceção sobre os recursos disponíveis para cumprir as exigências inerentes ao papel parental (Deater-Deckard, 1998). Quando experienciado por longos períodos de tempo, o efeito negativo causado pelo stress parental, pode influenciar a qualidade do funcionamento familiar e da relação entre os progenitores e a criança (Deater-Deckard & Scarr, 1996). De facto, níveis elevados de stress parental têm sido associados a vinculação insegura nos filhos, aumento da hostilidade nas práticas parentais, negligência, abuso parental, depressão materna, menor qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Östberg & Hagekull, 2000) e perturbações psicopatológicas nos filhos (Crnic & Low, 2002; Maccoby, 2000).

Dado o impacto negativo do stress parental, importa compreender quais os fatores que lhe estão associados. Vários estudos sugerem que características do contexto, da criança ou dos progenitores (Reitman, Currier, & Stickle, 2002) podem explicar a ocorrência do stress parental. Fraco suporte social, saúde perinatal (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesma, 2008), caraterísticas sociodemográficas (Lavee *et al*., 1996; Östberg & Hagekull, 2000), ter grande responsabilidade de tarefas domésticas, exposição a um elevado número de eventos negativos na vida (como separação ou morte de um familiar) (Östberg & Hagekull, 2000), fraca participação paterna nas tarefas relacionadas com o bebé (Deater-Deckard & Scarr, 1996) e fraca qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Grey, Edwards, O'Callaghan, & Cuskelly, 2012), violência e instabilidade do local onde habita (Vernon-Feagans, Garrett-Peters, Willoughby, & Mill-Koonce, 2012) são alguns dos fatores contextuais que têm sido associados ao stress parental. Caraterísticas da criança como padrões fisiológicos irregulares (comer, dormir, acordar) (Östberg & Hagekull, 2000), temperamento difícil, nomeadamente choro excessivo (Saisto *et al*., 2008) e doenças crónicas (Gupta, 2007; Hung, Wu, & Yeh, 2004) também têm sido associadas ao stress parental. Caraterísticas sociodemográficas, preocupações relativas aos cuidados do bebé (Östberg & Hagekull,

2000), baixa auto-estima (Steinberg & Bellavance, 1999), inexperiência no papel parental (Delmore, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000) e depressão pré e pós-parto estão, por sua vez, associadas ao stress sparental (Guo *et al*., 2014; Leigh & Milgrom, 2008; Misri *et al*., 2010; Saisto *et al*., 2008).

Em termos de caraterísticas sociodemográficas, estudos recentes mostram que o baixo nível socioeconómico tem um forte impacto na ocorrência de stress parental e ameaça a saúde física e mental dos pais (Beeber, Schwartz, Holditch-Davis, Canuso, Lewis, & Hall, 2014; Epel & Lithgow, 2014), tal como uma maior tendência a percecionar o comportamento da criança como uma forma de os irritar, enraivecer ou constranger (Sturge-apple, Suor, & Skibo, 2014). Outros fatores sociodemográficos como a idade materna (Meyers, 1997; Saisto *et al*., 2008), paridade, escolaridade e estado civil não se têm revelado fatores que predizem o stress parental (Saisto *et al*., 2008).

De entre as características relativas aos pais, vários estudos têm dedicado especial atenção à influência do estado psicológico materno na explicação do stress parental. Leigh and Milgrom (2008), verificaram que a depressão pós-parto é o preditor mais consistente de stress parental às 10/12 semanas após o parto, comparada com a ansiedade durante a gravidez, diagnóstico de depressão num período prévio à gravidez, baixa auto-estima, fraco suporte social e estilo cognitivo negativo da mulher. A depressão pré-natal mostrou não predizer níveis elevados de stress parental, embora esteja associada a este. Os autores também verificaram que a depressão pós-parto é um mediador entre a ansiedade pré-natal e o stress parental nas mulheres. Saisto *et al*. (2008), também verificou que a depressão pós-parto é um preditor de stress parental em mulheres com crianças de 2/3 anos de idade. Misri *et al*. (2010), por exemplo, mostrou que a depressão e ansiedade durante a gravidez são preditores significativos de stress parental entre os 3 e 6 meses da criança, em mulheres. Guo *et al*. (2014) constaram que a depressão no período pré e pós-natal prediz níveis elevados de stress parental em mulheres aos 3, 12 e 24 meses após o parto.

Adicionalmente, estudos mostram que a ocorrência de complicações na saúde neonatal, como a prematuridade (Carter *et al*., 2005; Lau, 2001; Olafsen *et al*., 2007; Wormald *et al*., 2015) e o baixo peso ao nascer (Robson, 1997; Wormald *et al*., 2015) predizem níveis elevados de stress parental em mulheres. Contrariamente, Gray, Edwards, O'Callaghan e Cuskelly (2012) verificaram que o stress parental durante a primeira infância em mães de bebés prematuros não é mais elevado do que em mães de bebés a termo.

Poucos estudos analisam os preditores de stress parental em homens, no entanto há evidências de que o nível de stress parental difere consoante o sexo da figura parental (Oelofsen & Richardson, 2006). Por exemplo, em famílias de crianças com perturbações do desenvolvimento (Oelofsen & Richardson, 2006) e com problemas de comportamento (Saloviita, Itälinna, & Leinonen, 2003) o nível de *stress* parental das mulheres é maior do que o nível de stress parental dos homens. Para além disso, estudos que analisaram as diferenças ao nível do stress parental entre homens e mulheres (Baker, 1994; Beckman, 1991; Krauss, 1993), e que utilizaram o índice de stress parental (PSI), mostram que, independentemente de a criança ter ou não problemas que resultem num atraso de desenvolvimento, as mulheres mostram níveis mais elevados de stress parental do que os homens no domínio dos pais, especificamente, têm maiores níveis de depressão, menor sentido de competência parental (Beckman,1991), percecionam uma maior restrição do papel parental, têm maiores dificuldades no relacionamento com o(a) cônjuge, e um maior impacto negativo na sua saúde (Beckman, 1991; Krauss, 1993). Adicionalmente, os homens mostram maiores dificuldades na vinculação com a criança do que as mulheres (Baker, 1994; Krauss, 1993) e, no domínio das crianças, mostram maior stress relacionado com o humor e capacidade de adaptação da criança aos diferentes contextos (Krauss, 1993).

Existem também evidências de que a depressão durante a gravidez e aos 2/3 meses após o parto, não viver com crianças, não ser casado com a parceira durante a gravidez, temperamento difícil da criança (choro excessivo) (Saisto *et al*., 2008), a fraca qualidade da relação conjugal (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Grych & Clark, 1999; Levy-Shiff, 1999) e a fraca participação paterna nas tarefas relacionadas com o bebé (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Levy-Shiff, 1999) constituem os principais fatores de risco de stress parental nos homens.

Face às consequências negativas dos níveis elevados de stress parental para as famílias, torna-se importante perceber quais são os fatores que o determinam, no sentido de adotar medidas informadas para a sua prevenção. O objetivo deste estudo é determinar os fatores com maior peso relativo, de entre os fatores sociodemográficos, saúde perinatal, sintomatologia ansiosa pré-natal e sintomatologia depressiva pré e pós-natal, na ocorrência de stress parental de mães e pais de crianças com 6 meses de idade.

Método

Amostra

Este estudo longitudinal envolveu 90 participantes, 58 mulheres e 32 homens desde a gestação (35 semanas) até aos 6 meses após o parto. Inicialmente, o estudo foi proposto para 95 mulheres e 87 homens, no entanto 37 mulheres e 55 homens foram excluídos por não terem completado a última avaliação.

Quanto às mulheres, 87,9% são portuguesas e têm, em média, 31 anos de idade (SD= 4,63; Min=21; Max= 42). A maioria das participantes pertencem a um nível socioeconómico médio, médio-baixo ou baixo, têm escolaridade superior ao 12º ano, estão empregadas e são casadas (ver Tabela 1). Às 35 semanas de gravidez (SD=1,30; Min=32,5; Max=38), 69% das participantes eram primíparas, 29,3% tinham um filho biológico e 1,7% tinham dois filhos biológicos, 65,5% viviam sem crianças menores, enquanto 32,8% viviam com um menor e 1,7% com dois menores.

A ocorrência de problemas psicológicos em alguma vez durante a vida revelou-se 12,3%, nomeadamente 9,9% depressão, 2,9% insónia e 2,9% síndrome de *Burnout*. Na gravidez atual, das mulheres que estão medicadas para problemas emocionais, 64,7% são com antidepressivos e 29,4% com ansiolíticos.

A maioria dos homens são portugueses (90,6%) e têm, em média, 34 anos de idade (SD=5,19; Min=25; Max= 48). A maioria dos homens pertencem a um nível socioeconómico médio-alto ou alto, têm entre o 9º e 12º ano de escolaridade, estão empregados e são casados (ver Tabela 1). Às 35 semanas de gravidez das suas companheiras (SD=1,30; Min=32,5; Max=38), 71,9% dos participantes eram primíparos e 28,1% dos participantes tinham um filho biológico. Ainda neste período, 28,1% dos homens viviam com um menor. A ocorrência de problemas psicológicos nos homens revelou-se em 3,1% dos homens, em que estes já foram diagnosticados, alguma vez na sua vida, com uma perturbação psicológica, nomeadamente, com depressão. Dos homens que estão medicados para problemas emocionais, 66,7% toma antidepressivos e 33,3% outro tipo de medicamentos.

Tabela 1.
Caraterísticas sociodemográficas e perceção da saúde física e psicológica

		Mulher N=58 (%)	Homem N=32 (%)	Total N=90 (%)
Nível socioeconómico	Alto /Médio alto	41.8	57.1	47
	Médio/ Médio baixo/ Baixo	58.2	42.9	53
Estatuto profissional	Empregado	73.2	90.3	79.3
	Desempregado/Outro	26.8	9.7	20.7
Escolaridade	≤12	36.2	46.9	42.2
	>12	63.8	53.1	57.7
Estado civil	Casado/União de facto	74.1	93.8	81.1
	Solteiro/Divorciado/Viúvo	25.9	6.3	18.9
Paridade	Primíparo	69	71.9	70
	Multíparo	31	28.1	30
Saúde	Auto-perceção da saúde física com problemas	13.8	12.5	13.3
	Auto-perceção da saúde psicológica com problemas	3.5	0	2.2
	Medicação para problemas emocionais	32.8	12.5	25.6

No que diz respeito à sintomatologia depressiva e ansiosa, verifica-se que, na generalidade, os níveis são mais elevados nas mulheres quando comparadas com os homens. Para além disso, os sintomas depressivos tendem a aumentar nas mulheres desde a gravidez até ao pós-parto, ao passo que em homens a tendência tendem a diminuir. Além disso, os sintomas depressivos tendem a aumentar nas mulheres desde a gravidez até pós-parto, ao passo que em homens tendem a diminuir. A incidência de sintomas depressivos clinicamente significativos é maior em mulheres do que em homens, tanto durante a gravidez e após parto (ver Tabela 2).

Tabela 2.

Sintomatologia ansiosa (HADS) e sintomatologia depressiva (EPDS) no 3º trimestre de gravidez e dois meses após o parto.

	Mulher						Homem					
	N	Min	Max	M	%	SD	N	Min	Max	M	SD	%
EPDS	58	0	17	5,25		3,60	32	0	12	4,09	3,39	
EPDS ≥9					12.1							10.0
HADS ANX	58	0	11	4,56		2,71	30	0	10	4,40	2,72	
EPDS 2M	56	0	14	5,30		3,10	30	0	10	3,80	2,34	
EPDS 2M ≥7					19.6							6.6

Relativamente à saúde perinatal, a maioria das mulheres tiveram pelo menos uma ocorrência ou intervenção durante a gravidez atual, durante o parto, na condição neonatal, na saúde materna após o nascimento ou na história clínica e social (ver Tabela 3).

No que diz respeito às parceiras dos homens, a maioria destas tiveram pelo menos uma ocorrência ou intervenção durante a gravidez atual, durante o parto, na condição neonatal, na saúde materna após o nascimento ou na história clínica e social (ver tabela 3).

Tabela 3.

Saúde perinatal (Optimality índex).

	Mulher						Homem						Total
	N	Min	Max	M	SD	Pelo menos uma ocorrência (%)	N	Min	Max	M	SD	Pelo menos uma ocorrência (%)	Pelo menos uma ocorrência (%)
Gravidez presente e medidas terapêuticas	51	1	6	3,39	1,20	100	26	1	6	3,46	1,33	100	100
Parto	57	0	17	11,23	4,34	91.2	32	1	16	10,78	5,02	100	94.4
Condição neonatal	57	0	7	5,94	2,08	91.2	32	0	7	5,37	2,44	87.5	89.9
Componente Pós-parto	47	1	3	2,81	,495	100	25	1	3	2,84	,47	100	100
História social e clínica	57	0	9	3.02	2.48	87.7	32	0	9	2.84	2.55	81.2	85.4

No que diz respeito às condições obstétricas, 96% dos bebés nasceram às 37 ou mais semanas de gravidez, 94,7% nasceram com mais de 2500 gramas, 71,9% têm um comprimento igual ou maior que 48 centímetros e todos os bebés têm um perímetro cefálico igual ou acima de 31 centímetros. No primeiro minuto, 87,5% das crianças tinham um índice de *Apgar* igual ou acima de 7, e no quinto minuto 96,4% das crianças tinham um índice de *Apgar* igual ou superior a 7 (Ver Tabela 4).

Tabela 4.

Condições obstétricas

	N	Min	Max	M	SD
Tempo de gravidez (semanas, dias)	58	34.3	41.6	39.27	1.19
Peso ao nascer (gramas)	57	2070	4190	3289.49	448.75
Comprimento ao nascer (cm)	57	45.5	53.00	49.46	1.82
Perímetro cefálico (cm)	56	31.00	39,00	34.36	1.61
Índice de *Apgar* 1º minuto	56	1.00	10.00	8.39	1.73
Índice de *Apgar* 5º minuto	56	2.00	10.00	9.60	1.35

No que diz respeito ao stress parental, 1,7% das mulheres têm pontuações acima do percentil 80 na escala total do PSI (M= 194,60; SD=31,78; Min=122; Max=288). No domínio dos pais, 3,4% das mulheres têm pontuações acima do percentil 80 (M= 112.5; SD=19.3; Min=74; Max=168) e no domínio da criança 1,7% têm pontuações acima do percentil 80 (M= 83,3 SD=14.3; Min=55; Max=120).

Relativamente ao domínio dos pais, as subescalas com maior percentagem de mulheres com pontuações acima do percentil 80 são a *Restrição do papel* (P80=13.8%; M= 17.5; SD=5; Min=7; Max=28) e a *Relação com o marido* (P80=22.4%; M= 17; SD=4.4; Min=8; Max=24). No domínio da criança, as subescalas com maior percentagem de mulheres com pontuações acima do percentil 80 são o *Reforço aos pais* (P80=8.6%; M= 8.3; SD=3; Min=6; Max=16) e a *Maleabilidade de adaptação* (P80=5.2%; M= 39; SD=5,16; Min=14; Max=39).

Considerando os homens, nenhum destes obteve pontuações superiores ao P80 na escala total do PSI (M= 193; SD=35.3; Min=134; Max=254). 3.1% dos homens apresentam pontuações acima do percentil 80, no domínio da criança (M=84; SD=17;

Min=53; Max=121) e 3.1% no domínio dos pais (M= 109; SD=22; Min=72; Max=156). No domínio da criança, a subescala com maior percentagem de pontuações superiores ao percentil 80 é o *Humor* (P80=6.2%; M=8; SD=3; Min=4; Max=14). No que diz respeito ao domínio dos pais, *Relação com a mulher* (P80=12.5%; M=15.2; SD=4.1; Min=8; Max=22) é a subescala com maior percentagem de pontuações superiores ao percentil 80.

Tabela 5.
Stress parental (PSI).

		Mulher N=56		Homem N=32		Total N=90	
		≤P15	≥P80	≤P15	≥P80	≤P15	≥P80
Domínio da criança	Disração/Hiperatividade	37.9	1.7	31.3	3.1	35.6	3.3
	Reforço aos pais	53.4	8.6	59.4	3.1	55.6	5.6
	Humor	62.1	1.7	62.5	6.2	55.6	3.3
	Aceitação	67.2	0	25	0	65.6	0
	Maleabilidade de adaptação	22.4	5.2	50	3.1	23.3	4.4
	Exigência	48.3	3.4	100	3.1	48.9	3.3
Domínio dos pais	Sentido de competência	44.8	1.7	40.6	3.1	43.3	2.2
	Vinculação	27.6	5.2	21.9	9.4	25.6	6.7
	Restrição do papel	15.5	13.8	15.6	3.1	15.6	13.3
	Depressão	25.9	5.2	40.6	3.1	31.1	4.4
	Relação com o conjugue	12.1	22.4	21.9	12.5	15.6	18.9
	Isolamento social	17.2	8.6	37.5	6.2	24.4	7.8
	Saúde	12.1	6.9	15.6	6.2	13.3	6.7
	Domínio da criança	58.6	1.7	16	3.1	55.6	1.1
	Domínio dos pais	25.9	3.4	28.1	3.1	26.7	3.3
	Total de stress	39.7	1.7	43.8	0	41.1	1.1

Procedimento

O estudo foi submetido e aprovado pelas comissões de ética de saúde parental, Administração Regional de saúde parental e do hospital público do Porto. A recolha da amostra foi efetuada em 14 unidades de saúde: 1 hospital público do Porto e 13 centros de saúde primários dos participantes.

Os participantes foram convidados a participar no estudo, durante uma consulta de rotina de cuidados pré-natais às 35 semanas de gestação. O critério de inclusão foi a gravidez para as mulheres e no caso dos homens, a gravidez da companheira. Os critérios de exclusão foram a incapacidade de ler ou escrever em português e problemas fetais congénitos. Os objetivos e procedimentos da investigação foram explicados aos participantes, sendo informados sobre os seus direitos civis, incluindo a possibilidade de

desistir a qualquer momento, a confidencialidade e a utilização de dados somente para objetivos da investigação. Após o consentimento informado ser assinado, os dados do primeiro momento de avaliação foram recolhidos.

No primeiro momento de avaliação, os participantes preencheram o questionário sociodemográfico e os questionários, *Edinburgh Postnatal Depressão Scale* (Cox *et al*., 1987) e *Hospital Anxiety and Depressão Scale* (Snaith & Zigmond, 1994) (preenchidos manualmente ou através da plataforma on-line) para a avaliação de sintomatologia depressiva e ansiosa pré-natal, respetivamente. Imediatamente após o parto foi preenchido o *Optimality índex*, com recurso a relatórios clínicos e também foi preenchido um novo questionário sociodemográfico com informações relativas às caraterísticas obstétricas. O terceiro momento de avaliação decorreu aos dois meses após o parto, quando os participantes preencheram novamente o EPDS para avaliar a sintomatologia depressiva pós-parto. Aos seis meses após o parto, o *Parental Stress Index* foi aplicado.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

O questionário aplicado durante a gravidez permitiu reunir informações demográficas sobre os participantes como a idade, estado civil, nível socioeconómico, situação profissional, escolaridade, número menores que habitam na mesma casa, paridade e número de filhos biológicos. Para além destas informações, acrescentou-se a auto- avaliação da saúde física e psicológica com ou sem problemas e a prescrição de medicação para problemas emocionais.

O questionário aplicado durante o período pós-parto permitiu reunir informações demográficas sobre os bebés dos participantes, como a idade gestacional, o perímetro cefálico, o peso e tamanho do bebé à nascença, tempo (semanas) de gravidez e índice de *Apgar* ao 1º e 5º minuto.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden & Savosky, 1987) é uma escala composta por 10 itens pontuados numa escala de Likert de 4 pontos (0-3) e foi concebido para avaliar a sintomatologia depressiva. Esta escala aborda a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, e tem sido utilizado em vários estudos, com grávidas e puérperas, nomeadamente em Portugal (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo,

1996a,b; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007; Gorman *et al*., 2004; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009) e também em homens (Buist, Morse, & Durkin, 2003; Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003). A versão portuguesa do EPDS mostrou uma boa consistência interna (Cronbach de $\alpha = 0,85$) (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996) para a gravidez e pós-parto (Tendais, Costa, Conde, & Figueiredo, 2014). No presente estudo, o EPDS mostrou um alfa de *Cronbach* de 0,75 para as mulheres e 0,78 para os homens no período de gravidez. Aos dois meses após o parto, o EPDS voltou a mostrar um elevado alfa de *Cronbach* de 0,75 para as mulheres e 0,70 para os homens.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Esta escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para avaliar a influência da doença física do indivíduo nos resultados das escalas de ansiedade e depressão. A *HADS* é composta por duas subescalas, uma que pretende medir a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens. As duas escalas são classificadas separadamente. Este estudo utiliza apenas a subescala relativa à ansiedade. Cada item é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente, 3 – muito grave) compondo uma pontuação Maxima de 21 pontos para cada escala. Em Portugal, esta escala foi validada por Pais Ribeiro *et al.* (2007) em doentes com diversas doenças crónicas, mostrando um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0,76 na escala de ansiedade. No presente estudo, a escala de ansiedade, mostrou um elevado alfa de Cronbach de 0,70 para as mulheres e 0,68 para os homens.

Opttimallity índex- US

O *Optimality Index* (Seng, Mugisha, & Miller, 2008) é um instrumento clínico que fornece informações sobre a *história clínica e social antes da gravidez* (Estado civil; Raça; Consumo de tabaco; Consumo de álcool; Consumo de drogas; Índice de massa corporal antes da gravidez; Idade; Pré-existência de doenças crónicas; Número de meses desde a última gravidez; Antecedentes de parto prematuro; Antecedentes de morte fetal; Parto anterior por cesariana; Parto anterior de recém-nascido com peso <2500g; História de outras complicações anteparto graves) e sobre quatro dimensões constituintes do índice de optimalidade, nomeadamente, *Gravidez atual, diagnóstico e medidas terapêuticas* (Morte fetal; Violência doméstica; Outras complicações anteparto graves na gravidez atual; Cuidados pré-natais; Amniocentese; Monitorização fetal por

cardiotocografia/perfil biofísico; Utilização de medicação), *Parto (*Período de tempo entre o 1º exame digital seguido da rutura de membranas e parto; Líquido amniótico claro; Indução ou aceleração do trabalho de parto; Amniotomia; Medicação oral ou injetável durante o 1º ou 2º estádio do parto; Analgesia epidural para o trabalho de parto e/ou nascimento; Fetoscópio, *Doppler* ou a utilização da monitorização eletrónica intermitente durante o trabalho de parto, em vez da monitorização eletrónica fetal contínua; Anomalias da frequência cardíaca fetal; Presença de uma pessoa de suporte durante o parto; Esforços expulsivos inadequados; Não ocorrência do parto no local definido no início do trabalho de parto; Posição não supina no nascimento; Apresentação cefálica; Parto instrumentado vaginal; Cesariana; Episiotomia; Laceração perineal de 1º ou 2º grau com necessidade de correção; Laceração perineal de 3º ou 4º grau por extensão de episiotomia ou de uma laceração de 1º ou 2º grau; Medicação durante o 3º estádio de trabalho de parto; Contacto pele-a-pele; Retenção da placenta; Hemorragia pós-parto; Transfusão de sangue; Outras complicações intraparto graves; Distócia de ombros), *Condição neonatal (*Idade gestacional; Peso do recém-nascido; Índice de Apgar ao 5º minuto; Internamento na UCIN; Anomalias congénitas; Traumatismo no parto ou outro problema médico grave; Amamentação; Morte perinatal) e *Componente pós-parto* (Febre materna nas primeiras 72h ou diagnóstico de processo infecioso ou complicação *major;* Prescrição de medicação para as condições recentemente identificadas no período intraparto ou pós-parto; Morte materna) Este instrumento fornece uma medida de otimização em saúde perinatal, avaliando o mínimo de intervenção na mãe e na criança. O índice de otimização compreende 54 itens relativos a fatores de risco e complicações que possam surgir durante o período perinatal e que são registados como ótimos, quando não ocorrem ou impliquem alguma intervenção. Os itens são somados e divididos pelo número total de itens do índice para obter uma percentagem de otimização. Neste estudo, utilizou-se o *Optimality Index*, não como um índice total de saúde perinatal, mas foi analisado o índice de cada uma das subescalas, com o objetivo de analisar as dimensões específicas de saúde perinatal envolvidas no nosso objetivo de estudo.

Índice de Stress Parental (PSI)

Para avaliar o stress parental foi utilizada a adaptação portuguesa do *Parenting Stress Index* (PSI) (Abidin, 1995; (Abidin & Santos, 2003). Este instrumento contém 108 itens (54 itens para cada domínio) e 24 itens da escala opcional de Stress de vida. Este questionário pretende identificar os sistemas pais-criança que estão sob stress. É

composto por dois domínios: o domínio da criança e o domínio dos pais. As subescalas do domínio da criança avaliam aspetos do temperamento da criança (Distração/Hiperatividade (maior distração e hiperatividade da criança); Humor (humor mais negativo da criança); Maleabilidade de Adaptação (dificuldade de adaptação a mudança e transições); Exigência (maior exigência de aproximação aos pais por parte da criança); Autonomia (menor autonomia da criança) (esta subescala não foi avaliada no presente estudo) e perceções que os pais têm do impacto destas características neles próprios (Reforço aos pais (maior grau pelo qual a interação com a criança resulta numa resposta afetiva positiva); Aceitação (maior incompatibilidade entre as expetativas dos pais e as caraterísticas reais da criança) que estão a induzir stress na figura parental (Abidin & Santos, 2003). As subescalas do domínio dos pais avaliam características pessoais da figura parental (Sentido de competência (maior perceção de menor competência parental); Vinculação (menor investimento intrínseco no papel parental); Depressão (menor disponibilidade e energia emocional para o papel parental) e variáveis do contexto (Restrição do papel (maior impacto do papel parental na liberdade pessoal), Relação com marido/mulher (menor apoio físico e emocional por parte da outra figura parental); Isolamento Social (maior isolamento social); Saúde (maior impacto da saúde física no papel parental)) que afetam a capacidade desta para responderem com eficácia às exigências da parentalidade (Abidin, 1995). A escala de stress de vida avalia o stress situacional, externo à relação pais-criança, que pode intensificar o resultado de total de stress experimentado (Abidin, 1995). A escala de resposta defensiva avalia o grau de defensividade com que os pais respondem ao questionário. Nos itens relativos aos domínios, as respostas classificam-se numa escala de 5 pontos ("1 – Concordo completamente" e "5 – Discordo completamente") e na escala de stress de vida classifica-se num formato sim/não, consoante a aplicação do item nos últimos 12 meses. No presente estudo, o instrumento mostrou uma boa consistência interna com um alfa de *cronbach* de 0.90 para as mulheres e 0,89 para os homens. A interpretação dos resultados do PSI é baseada no percentil 15 e no percentil 80 e podem ser interpretados de uma forma independente. Na escala *Stress de Vida*, a cotação dos itens varia entre 1 e 8. O processo de interpretação individual dos resultados do PSI deve respeitar a sequência: resultados de total de stress, resultados do Total do domínio da criança com as respetivas subescalas e Total do domínio dos pais com as respetivas subescalas.

Análises estatísticas

No sentido de identificar os potenciais preditores das diferentes dimensões de stress parental (Total de stress; Total do domínio da criança; Distração/Hiperatividade; Reforço aos pais; Humor; Aceitação; Maleabilidade de adaptação; Exigência; Autonomia; Total do domínio dos pais; Sentido de competência; Reforço aos pais; Vinculação; Restrição de papel; Depressão; Relacionamento com Marido/Mulher; Isolamento Social; Saúde), em mulheres e homens, efetuaram-se diferentes regressões lineares definindo-se Modeloos de predição distintos (método Enter) tendo em consideração as seguintes categorias de variáveis: (1) sociodemográficas (*Idade, Estado civil, situação profissional, nível socioeconómico, número de menores com quem vive, número de filhos biológicos, auto-perceção do estado de saúde física, auto-perceção do estado de saúde psicológica e medicação para problemas emocionais*); (2) sintomatologia ansiosa (*HADS*) durante o 3º trimestre de gravidez; (3) sintomatologia depressiva (*EPDS gravidez*) durante o 3º trimestre de gravidez; (4) dimensões de saúde perinatal (*Optimality índex; Gravidez atual, diagnóstico e medidas terapêuticas; Parto; Condição neonatal; Componente pós-parto; História social e clínica*) e (5) sintomatologia depressiva (*EPDS 2 meses*) aos dois meses após o parto.

Com as variáveis identificadas como significativas nas regressões anteriores, e no caso de se identificar variáveis de diferentes categorias, foram efetuadas distintas regressões lineares hierárquicas no sentido de determinar o peso relativo de cada uma das variáveis na predição das dimensões de stress parental. Os dados foram analisados pelo *Statistical PackIdade for the Social Sciences* (SPSS), version 20.0.

Resultados

Total de stress

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Auto-perceção do estado de saúde física com problemas*, *EPDS gravidez*, *HADS* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na escala *Total de stress*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 52,9% da variância da escala *Total de stress* ($\Delta r2a = 0.017$; $\Delta f =$

1.213; p= 0.002). Níveis elevados de sintomatologia ansiosa no período pré-natal predizem maior total de stress, aos seis meses após o parto (β = 0.367; t (51) = 2.167; p= 0.035) (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de filhos biológicos* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de maior *Total de stress*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final não é significativo na predição da escala *Total de stress* (ver Tabela 7).

Domínio da criança

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Auto-perceção do estado de saúde física com problemas*, *EPDS gravidez* e *HADS* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na escala *Domínio da criança*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 23,4% da variância (Δr2a =0.090; Δf= 6.696; p= 0.001) da escala *Domínio da criança*. Maior sintomatologia ansiosa no período pré-natal predizem maior stress parental no domínio da criança, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de filhos biológicos* e *Auto-perceção do estado de saúde física com problemas* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na escala *Domínio da criança*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final não é significativo na predição da escala *Domínio da criança* (ver Tabela 7).

Distração - Hiperatividade

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *HADS* como único preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Distração/hiperatividade* da criança, explicando 16,8% da variância (Δr2a =0.182; Δf= 12.476; p= 0.001). Maior sintomatologia ansiosa pré-natal prediz maior distração/hiperatividade da criança, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, a análise das regressões lineares exploratórias efetuadas permitiu compreender que nenhuma das variáveis é preditora de pontuações mais elevadas na subescala *Distração/hiperatividade*, aos seis meses após o parto.

Reforço aos pais

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *HADS* como único preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Reforço aos pais*, explicando 6,4% da variância (β = 0.283; t (56) = 2.206; p= 0.032). Maior sintomatologia ansiosa no período pré-natal prediz menor reforço aos pais, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de filhos biológicos* e *paridade* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Reforço aos pais*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final não se mostrou significativo na predição da subescala *Reforço aos pais* (ver Tabela 7).

Humor

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *EPDS gravidez*, *HADS* e *Componente pós-parto* como preditores de pontuações mais elevadas na subescala *Humor*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 16,1% da variância (Δr2a =0.071; Δf= 3.913; p= 0.014) da subescala *Humor*. Neste modelo final, nenhuma das variáveis se revela como preditora significativa de pontuações mais elevadas na subescala *Humor* (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *EPDS 2 meses* (β = 0.470; t (28) = 2.815; p = 0.009) como único preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Humor*, explicando 19,3% da variância (Δr2a =.221; Δf= 7.923; p= 0.009). Níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto predizem pior humor da criança, aos seis meses após o parto (ver Tabela 7).

Aceitação

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificar as variáveis *Estado civil*, *Auto-perceção do estado de saúde física com problemas*, *EPDS gravidez* e *HADS* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Aceitação*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 20% da variância (Δr2a =0.113; Δf= 8.015; p= 0.003) da subescala

Aceitação. Níveis elevados de sintomatologia ansiosa no período pré-natal predizem menor aceitação, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de menores com quem vive* e *Número de filhos biológicos* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Aceitação*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa nova regressão e o modelo final não se mostrou significativo na predição da subescala *Aceitação* (ver Tabela 7).

Maleabilidade de adaptação

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *HADS* como único preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Maleabilidade de adaptação*, explicando 13,6% da variância ($\Delta r2a = 0.151$; $\Delta f = 9.955$; $p = 0.003$). Níveis elevados de sintomatologia ansiosa no período pré-natal predizem menor maleabilidade de adaptação da criança (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Escolaridade*, *Situação profissional*, *Número de menores com quem vive*, *Número de filhos biológicos* e *Auto-classificação do estado de saúde física* com problemas como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Maleabilidade de adaptação*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa nova regressão e o modelo final não se mostrou significativo na predição da subescala *Maleabilidade de adaptação* (ver Tabela 7).

Exigência

Nas mulheres, as análises de regressões lineares exploratórias efetuadas permitiram compreender que nenhuma variável é preditora de pontuações mais elevadas na subescala *Exigência*.

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Auto-perceção do estado de saúde física com problemas* como preditor significativo de pontuações mais elevadas na subescala *Exigência*. Quando esta variável foi introduzida como único preditor numa nova regressão, o modelo revelou-se não significativo na predição da subescala *Exigência* (ver Tabela 7).

Domínio dos pais

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de menores com quem vive*, *EPDS gravidez*, *HADS* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na escala *Domínio dos pais*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 18,3% da variância (Δr2a =0.098; Δf= 6.615; p= 0.006) na escala *Domínio dos pais*. Níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto prediz maior stress parental no domínio dos pais, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as análises de regressões lineares exploratórias efetuadas permitiram compreender que nenhuma variável se mostrou preditora de pontuações mais elevadas na subescala *Domínio dos pais.*

Sentido de competência

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Estado civil* e *HADS* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Sentido de competência*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 11,3% da variância (Δr2a =0.074; Δf= 4.754; p= 0.014) da subescala *Sentido de competência*. Níveis elevados de sintomatologia ansiosa no período pré-natal predizem menor sentido de competência, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Número de menores com quem vive* e *Número de filhos biológicos* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Sentido de competência*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 25,8% da variância (Δr2a =0.306; Δf= 6.399; p= 0.005) da subescala *Sentido de competência*. Viver com menos menores e ter mais filhos biológicos prediz menor sentido de competência, aos seis meses após o parto (ver tabela 7) .

Vinculação

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *HADS* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Vinculação*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 17,8% da variância (Δr2a =0.070; Δf=

4.658; p= 0.002) da subescala *Vinculação*. Níveis mais elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto predizem menor vinculação, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Estado civil* e *Número de filhos biológicos* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Vinculação*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa nova regressão e o modelo final explica 47,6% da variância (Δr2a=0.510; Δf= 15.065; p= 0.000) da subescala *Vinculação*. Não ser casado ou não estar em união de facto com a parceira e ter mais filhos biológicos predizem menor vinculação, aos seis meses após o parto (ver Tabela 7).

Restrição de papel

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *Número de menores com quem vive* como preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Restrição de papel*. Quando esta variável é introduzida como único preditor numa nova regressão, o modelo mostra-se não significativo na predição da subescala *Restrição de papel* (ver Tabela 6).

Nos homens, a análise das regressões lineares exploratórias permitiu identificar a variável *Condição neonatal* como preditor significativo de pontuações mais elevadas na subescala *Restrição do papel*. Quando esta variável é introduzida como único preditor numa nova regressão, o modelo mostra-se não significativo na predição da subescala *Restrição de papel* (ver Tabela 7).

Depressão

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *EPDS gravidez*, HADS e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Depressão*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 23,5% da variância (Δr2a =0.090; Δf= 6.497; p= 0.001) da subescala *Depressão.* Níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto predizem maior depressão, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Idade*, *Número de menores com quem vive* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de

pontuações mais elevadas na subescala *Depressão*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final mostrou-se não significativo na predição da subescala *Depressão* (ver Tabela 7).

Relação com marido/mulher

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *História social e clínica*, *Componente pós-parto* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Relação com o marido*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 25,4% da variância ($\Delta r2a = 0.156$; $\Delta f = 9.233$; $p = 0.002$) da subescala *Relação com o marido*. Níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto predizem pior qualidade da relação com o marido, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *EPDS 2 meses* como único preditor de pontuações mais elevadas na subescala *Relação com a mulher*, explicando 14,3% da variância ($\Delta r2a = 0.173$; $\Delta f = 5.842$; $p = 0.022$). Níveis elevados de sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto predizem pior qualidade da relação com a mulher, aos seis meses após o parto (ver Tabela 7).

Isolamento social

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *EPDS gravidez*, *HADS* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Isolamento Social*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final mostrou-se não significativo na predição da subescala *Isolamento social* (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram a variável *Condição neonatal* como único preditor significativo de pontuações mais elevadas na subescala *Isolamento Social*. Quando esta variável é introduzida como preditora numa nova regressão, o modelo final mostra-se não significativo na predição da subescala *Isolamento social* (ver Tabela 7).

Saúde

Nas mulheres, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *Auto-perceção do estado de saúde física* com problemas, *Auto-perceção do estado de saúde*

psicológica com problemas, *Medicação para problemas emocionais* e *Componente pós-parto* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Saúde*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 34,9% da variância (Δr2a =0.021; Δf= 1.248; p= 0.000) da subescala *Saúde*. A auto-perceção do estado de saúde físico e psicológico com problemas no terceiro trimestre de gravidez e a não prescrição de medicação para problemas emocionais predizem pior saúde, aos seis meses após o parto (ver Tabela 6).

Nos homens, as regressões lineares exploratórias identificaram as variáveis *EPDS* e *EPDS 2 meses* como preditores significativos de pontuações mais elevadas na subescala *Saúde*. Estas variáveis foram introduzidas como preditores numa regressão hierárquica e o modelo final explica 16,2 % da variância (Δr2a =0.060; Δf= 1.942; p= 0.042) da subescala *Saúde*, embora as variáveis se mostrem são significativas de pontuações mais elevadas na subescala *Saúde* (ver Tabela 7).

Tabela 6.
Regressões lineares das escalas e subescalas do índice de stress parental em mulheres.

Escala/Subescala	Variáveis preditoras		B	T	p
Distração/ Hiperatividade		F (1,56) = 12.476, $p < .050$			
	HADS		.427	3.532	.001
Reforço aos pais		F (1,56) = 4.866, $p < .050$			
	HADS		.283	2.206	.032
Humor	**Modelo 1**	F (1,45)= 5.777, $p < .050$			
	EPDS gravidez		,337	2,404	,020
	Modelo 2	F (2,44)= 3.702, $p < .050$			
	EPDS gravidez		,144	,691	,493
	HADS		,260	1,247	,219
	Modelo 3	F (3,43)= 3.936, $p < .050$			
	EPDS gravidez		,123	,607	,547
	HADS		,243	1,202	,236
	Componente pós-parto		-,270	-1,978	,054
Aceitação	**Modelo 1**	F (2,55) = 2.396, $p = .101$			
	Estado civil		-,164	-1,256	,214
	Auto-perceção do estado de saúde física		,252	1,933	,058
	Modelo 2	F (3,54) = 3.007, $p < .050$			

	Estado civil	-,149	-1,176	,245
	Auto-perceção do estado de saúde física	,229	1,798	,078
	EPDS gravidez	,252	1,992	,051
	Modelo 3 F(4,53) = 4.552, $p < .050$			
	Estado civil	-,095	-,784	,437
	Auto-perceção do estado de saúde física	,148	1,197	,237
	EPDS gravidez	-,059	-,362	,719
	HADS	,473	2,831	,007
Maleabilidade de adaptação	F (1,56) = 9.955, $p < .050$			
	HADS	,388	3,155	,003
Domínio da criança	**Modelo 1** F (1,56) = 4.201, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,264	2,050	,045
	Modelo 2 F (2,55) = 6.205, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,236	1,931	,059
	EPDS gravidez	,339	2,776	,008
	Modelo 3 F (3,54) = 3.936, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,170	1,428	,159
	EPDS gravidez	,062	,393	,696
	HADS	,417	2,588	,012
Sentido de competência	**Modelo 1** F (1,56) = 4.252, $p < .050$			
	Estado civil	-,266	-2,062	,044
	Modelo 2 F (2,55) = 4.645, $p < .050$			
	Estado civil	-,232	-1,843	,071
	HADS	,274	2,180	,034
Vinculação	**Modelo 1** F (1,54) = 8.701, $p < .050$			
	HADS	,373	2,950	,005
	Modelo 2 F (2,53) = 6.974, $p < .050$			
	HADS	,256	1,918	,061
	EPDS 2 meses	,288	2,158	,035
Restrição do papel	F(1,56) = 2.091, $p = .154$			
	Número de crianças com quem vive	-,190	-1,446	,154
Depressão	**Modelo 1** F(1,54) = 11.880, $p < .050$			
	EPDS gravidez	,425	3,447	,001
	Modelo 2 F(2,53) = 6.067, $p < .050$			
	EPDS gravidez	,351	2,045	,046
	HADS	,107	,624	,535

	Modelo 3	F(3,52) = 6.630, $p < .050$			
	EPDS gravidez		,323	1,976	,054
	HADS		-,060	-,341	,735
	EPDS 2 meses		,354	2,549	,014
Relação com o conjugue	**Modelo 1**	F(2,42) = 3.672, $p < .050$			
	Componente pós-parto		,253	1,765	,085
	História social e clínica		,261	1,815	,077
	Modelo 2	F(3,41) = 6.005, $p < .050$			
	Componente pós-parto		,168	1,254	,217
	História social e clínica		,225	1,709	,095
	EPDS 2 meses		,407	3,039	,004
Isolamento social	**Modelo 1**	F(1,54) = 3.767, $p = .057$			
	EPDS gravidez		,255	1,941	,057
	Modelo 2	F(2,53) = 3.272, $p < .050$			
	EPDS gravidez		,053	,296	,768
	HADS		,293	1,631	,109
	Modelo 3	F(3,52) = 2.607, $p = .067$			
	EPDS gravidez		,040	,222	,825
	HADS		,212	1,102	,276
	EPDS 2 meses		,170	1,117	,269
Saúde	**Modelo 1**	F(3,42) = 9.209, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física		,357	2,963	,005
	Auto-perceção do estado de saúde psicológica		,476	3,867	,000
	Medicação para problemas emocionais		-,358	-2,910	,006
	Modelo 2	F(4,41) = 7.026, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física		,340	2,768	,008
	Auto-perceção do estado de saúde psicológica		,463	3,711	,001
	Medicação para problemas emocionais		-,343	-2,745	,009
	Componente pós-parto		,103	,827	,413
Domínio dos pais	**Modelo 1**	F(1,54) = 0.257, $p = .614$			
	Número de crianças com quem vive		-,069	-,507	,614
	Modelo 2	F(2,53) = 3.451, $p < .050$			
	Número de crianças com quem vive		-,073	-,563	,576
	EPDS gravidez		,332	2,573	,013
	Modelo 3	F(3,52) = 2.919, $p < .050$			
	Número de crianças com quem vive		-,071	-,555	,581
	EPDS gravidez		,170	,956	,344
	HADS		,235	1,325	,191

	Modelo 4 F(4,51) = 4.079, $p < .050$			
	Número de crianças com quem vive	-,030	-,244	,808
	EPDS gravidez	-,007	-,037	,971
	HADS	,207	1,224	,227
	EPDS 2 meses	,372	2,572	,013
Total de stress	**Modelo 1** F(1,54) = 5.246, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,298	2,290	,026
	Modelo 2 F(2,53) = 6.453, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,272	2,204	,032
	EPDS gravidez	,328	2,659	,010
	Modelo 3 F(3,52) = 6.189, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,209	1,702	,095
	EPDS gravidez	,078	,470	,640
	HADS	,370	2,179	,034
	Modelo 4 F(4,51) = 4.964, $p < .050$			
	Auto-perceção do estado de saúde física	,180	1,438	,157
	EPDS gravidez	-,001	-,004	,997
	HADS	,367	2,167	,035
	EPDS 2 meses	,158	1,101	,276

Table 7.
Regressões lineares das escalas e subescalas do índice de stress parental em homens.

Escala/Subescala	Variáveis preditoras	β	t	p
Reforço aos pais	F(2,29) = 1.626, $p = .214$			
	Número de filhos biológicos	,786	1,665	,107
	Paridade	-,851	-1,803	,082
Humor	F (1,22) = 7.923, $p < .050$			
	EPDS 2 meses	,470	2,815	,009
Aceitação	F (2,29) = 2.914, $p = .070$			
	Número de crianças com quem vive	-,980	-2,156	,039
	Número de filhos biológicos	1,093	2,406	,023
Maleabilidade de adaptação	F (5,25) = 1.429, $p = .248$			
	Escolaridade	-,300	-1,639	,114
	Estatuto profissional	-,205	-1,134	,268
	Número de crianças com quem vive	-,873	-1,802	,084

	Número de filhos biológicos	,861	1,798	,084
	Auto-perceção do estado de saúde física	-,217	-1,176	,251
Exigência	F (1,30) = 1.904, p = .178			
	Auto-perceção do estado de saúde física	-,244	-1,380	,178
Sentido de competência	F (2,29) = 6.399, p < .050			
	Número de crianças com quem vive	-1,392	-3,357	,002
	Número de filhos biológicos	1,483	3,576	,001
Vinculação	F (2,29) = 15.065, p < .050			
	Estado civil	-,596	-4,512	,000
	Número de filhos biológicos	,510	3,864	,001
Restrição de papel	F (1,30) = 0.704, p =.408			
	Condição neonatal	-,151	-,839	,408
Depressão	**Modelo 1** F (2,27) = 1.237, p =.306			
	Idade	,300	1,559	,131
	Número de crianças com quem vive	-,047	-,247	,807
	Modelo 2 F (3,26) = 1.963, p = .144			
	Idade	,217	1,137	,266
	Número de crianças com quem vive	-,074	-,398	,694
	EPDS 2 meses	,331	1,792	,085
Relação com o conjugue	F (1,28) = 5.842, p < .050			
	EPDS 2 meses	,415	2,417	,022
Isolamento social	F (1,30) = 0.021, p = .887			
	Condição neonatal	,026	,143	,887
Saúde	**Modelo 1** F (1,26) = 5.080, p < .050			
	EPDS gravidez	,404	2,254	,033
	Modelo 2 F (2,25) = 3.603, p < .050			
	EPDS gravidez	,289	1,488	,149
	EPDS 2 meses	,271	1,394	,176
Domínio da criança	**Modelo 1** F (2,29) = 1.509, p = .238			
	Número de filhos biológicos	,195	1,088	,286
	Auto-perceção do estado de saúde física	-,269	-1,505	,143
Total de stress	**Modelo 1** F (1,28) = 1.919, p = .177			

Número de filhos biológicos	,253	1,385	,177
Modelo 2 F (2,27) = 2.920, p = .071			
Número de filhos biológicos	,211	1,203	,240
EPDS 2 meses	,340	1,932	,064

Discussão

O presente estudo teve como objetivo determinar o efeito relativo dos fatores sociodemográficos, sintomatologia ansiosa e/ ou depressiva pré-natal, saúde perinatal e sintomatologia depressiva pós-natal na predição do stress parental de mães e pais de crianças com 6 meses de idade. O stress parental corresponde a um conjunto de reações psicológicas adversas, que se refletem em sentimentos negativos acerca do próprio no papel parental, acerca da criança e acerca da relação diádica mãe/pai-criança (Abidin, 1995). De acordo com os resultados deste estudo, o stress parental em mulheres está preponderantemente associado à saúde mental pré e pós-natal nas mulheres e à saúde mental pós-natal e variáveis sociodemográficas nos homens.

Em mulheres, observou-se que os preditores mais consistentes de stress parental aos seis meses após o parto foram a sintomatologia ansiosa no período pré-natal (preditora de sete (sub)escalas de stress parental: Distração/Hiperatividade; Reforço aos pais; Aceitação; Maleabilidade de adaptação; Sentido de competência; Domínio da criança e Total de stress) e a sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto (preditora de 4 (sub)escalas de stress parental: Vinculação; Depressão; Relação com o conjugue e Domínio dos pais). Adicionalmente, quer a auto-perceção de problemas de saúde física e psicológica, quer a não prescrição de medicação para problemas emocionais, predizem uma subescala de stress parental (Saúde).

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa materna no período pré-natal, os nossos resultados mostram que maior sintomatologia durante este período, prediz níveis mais elevados de stress parental, especificamente, relativamente ao temperamento da criança, nomeadamente, as crianças são percecionadas como sendo mais distraídas e hiperativas e com menor facilidade de adaptação a mudanças que possam ocorrer no seu contexto. Existe ainda uma tendência para percecionar uma incompatibilidade entre as expectativas prévias acerca da criança e as suas reais caraterísticas, bem como para percecionar que a interação com a criança não resulta numa resposta afetiva positiva.

Estas mulheres também têm níveis mais elevados de stress parental ao nível da competência parental, nomeadamente, têm maiores dificuldades na gestão do comportamento da criança e na tomada de decisões relativamente às ações relacionadas com o papel parental. Estes resultados são coerentes com outros estudos recentes que mostram que a ansiedade no período pré-natal é um preditor de stress parental em mulheres (Leigh & Milgrom, 2008; Misri et al, 2010; Saisto *et al*., 2008). Misri *et al* (2010), por exemplo, verificaram que a ansiedade pré-natal prediz o stress parental aos 3 e 6 meses após o parto, mesmo quando se controla a idade, número de filhos e medicação. Da mesma forma, Leigh e Milgrom (2008) verificaram que a ansiedade pré-natal, a par de outras variáveis, prediz stress parental, no entanto o seu efeito preditor não é significativo quando a depressão pós-natal é incluída no Modeloo, pelo que esta parece ser o melhor preditor de stress parental entre as 10 e as 12 semanas após o parto. Saisto *et al*. (2008) acrescenta que o impacto da ansiedade pré-natal se verifica não só a curto como também a longo prazo, dado que é preditor de stress parental entre os 2 e os 3 anos após o parto. No entanto, na África subsariana Guo *et al*. (2014) verificaram que a ansiedade pré e pós-natal não tem um efeito preditor ao nível do stress parental de mulheres aos 3, 12 e 24 meses após o parto. No entanto, o contexto africano é muito distinto do contexto português no que diz respeito à adoção do papel parental (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner, & Swinson, 2005; Kakaire & Osinde, 2011).

Neste estudo, também se verificou que o efeito da sintomatologia depressiva pré-natal não é significativo ao nível da predição do stress parental, quando esta está ajustada a outras variáveis, nomeadamente, a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pós-natal. Isto sugere que será menos relevante do que as variáveis mencionadas, na determinação do stress parental. Em contraste, outros estudos (Misri *et al*., 2010; Saisto *et al*., 2008), verificaram que níveis elevados de sintomatologia depressiva no período pré-natal é um preditor consistente de níveis elevados de stress parental em mulheres. No entanto, Misri *et al*. (2010) não incluiu a depressão pós-parto ou sintomatologia depressiva no seu Modeloo. Por outro lado, Saisto *et al.* (2008), incluiu a depressão pós-natal no Modeloo, no entanto, avaliaram a depressão durante a gravidez no primeiro trimestre, o que também pode explicar a diferença nos resultados.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva no período pós-natal, os nossos resultados mostram que níveis mais elevados de sintomatologia durante este período,

predizem maior stress parental, especificamente, ao nível das caraterísticas pessoais dos pais e do contexto, nomeadamente, as mulheres percecionam menor investimento intrínseco no papel parental, menor disponibilidade para a criança e maior comprometimento da energia emocional e física, bem como, percecionam menor apoio físico e emocional por parte do companheiro, maior conflito na relação no que diz respeito ao funcionamento parental e maior isolamento social. Estes resultados estão de acordo com os resultados de outros estudos (Guo *et al*. 2014; Leigh & Milgrom, 2008; Saisto *et al*., 2008) que mostraram que a depressão no período pós-natal prediz maior stress parental em mulheres. Leigh e Milgrom (2008) verificaram que a depressão no período pós-natal é o preditor mais consistente de stress parental, eliminando o efeito da ansiedade e depressão pré-natal, entre outras variáveis, como referido anteriormente.

No que diz respeito à auto-perceção de problemas de saúde física e psicológica e à não medicação para problemas emocionais no 3º trimestre de gravidez, os nossos resultados mostram que aos seis meses após o parto, estas mulheres consideram que a sua saúde física tem um impacto negativo na sua capacidade para desempenhar adequadamente o papel parental. Este facto sugere que as preocupações relativas ao estado de saúde durante a gravidez persistem após o parto, pelo que deverão ser foco de atenção por parte dos profissionais de saúde que acompanham o período perinatal. Considerar as necessidades relacionadas com a saúde mental no período pré-natal poderá ser uma estratégia preventiva para o stress parental após o parto. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não há existem que considerem o efeito da auto-percepção de problemas de saúde física e psicológica no stress parental, pelo que é de salientar o facto de que, além de medidas clínicas validadas que estabelecem um disgnóstico de saúde mental, a auto-percepção de saúde mental pode ser uma ferramenta útil para a triagem de mulheres em risco de ter dificuldades no seu papel parental.

Ao contrário do que se verificou em outros estudos (Östberg & Hagekull, 2000; Mc Bride, 1991; Beeber et al., 2014; Epel & Lithgow, 2014), no presente estudo, o stress parental das mulheres não é predito por variáveis sociodemográficas como a idade, número de filhos, número de menores com quem vive ou nível socioeconómico. Östberg e Hagekull (2000), por exemplo, verificam que mulheres mais velhas ou que vivem com mais crianças ou que têm mais filhos biológicos têm níveis mais elevados de stress parental. Beeber *et al*. (2014) e Epel e Lithgow (2014), por exemplo, também verificaram

que as mulheres com nível socioeconómico baixo têm maiores níveis de stress parental. Porém, outros estudos, tal como o nosso, observaram que não há efeito preditor significativo da idade materna (Meyers, 1997; Saisto *et al*., 2008), paridade, escolaridade ou estado civil na determinação do stress parental (Saisto *et al*., 2008), sugerindo que outros fatores são preditores mais consistentes de stress parental quando comparados com os fatores sociodemográficos.

Para além das variáveis supracitadas, a saúde perinatal, tal como o parto vaginal e amamentação haviam ter-se mostrado associadas com menor estresse parental (Saisto *et al*., 2008) e outros estudos (Carter *et al*., 2005; Lau, 2001; Olafsen *et al*., 2007; Wormald *et al*., 2015) verificaram que mães de bebés prematuros ou de baixo peso ao nascer teriam maior propensão para o stress parental. No entanto, os nossos resultados mostram que as condições de saúde perinatal não são o preditor mais consistente de stress parental aos seis meses após o parto, porque o seu efeito não é significativo quando ajustado para variáveis de saúde mental, sugerindo que a saúde mental é o fator mais importante a ter em consideração para a triagem de mulheres em risco de ter níveis elevados de *stress* parental.

Nos homens, observou-se que os preditores mais consistentes de stress parental aos seis meses após o parto, são caraterísticas sociodemográficas, nomeadamente, ter muitos filhos biológicos (preditora de 2 dimensões: Sentido de competência e Vinculação), não viver com crianças (preditora de 1 dimensão: Sentido de competência) e ser solteiro (preditora de 1 dimensão: Vinculação) e a sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto (preditora de 2 dimensões: Humor e Relação com a conjugue).

Homens com muitos filhos biológicos ou que vivam sem crianças, percecionam menor competência parental, particularmente, consideram ter menos competência ao nível da gestão do comportamento da criança, bem como ao nível da tomada de decisão quanto às ações a tomar quando assume o papel parental. Estes dados são coerentes com os resultados da investigação de Saisto *et al*., (2008), que também mostraram que não viver com os filhos prediz níveis mais elevados de stress parental em homens, e de facto, homens que viveram sem os seus filhos e sem a parceira durante o período de gravidez apresentaram maior stress parental 2/3 anos após o parto. Um resultado inesperado foi o facto de que tanto os homens que vivem sem menores, como os homens com muitos filhos

biológicos, terem níveis mais elevados de *stress* parental na mesma dimensão (sentido de competência). Aparentemente, estes resultados são completamente contraditórios. No entanto, esta aparente incoerência pode explicar-se pelo facto de que, enquanto homens que têm mais filhos biológicos (além do novo bebé) experienciam uma quantidade de tarefas parentais diárias, tornando a experiência parental opressiva, por outro lado, aqueles pais experienciam a paternidade na ausência de qualquer outra criança, podem sentir-se inexperientes e, portanto, menos competentes no papel parental.

Os homens com muitos filhos biológicos e os homens solteiros, apresentam maior dificuldade em ter um investimento intrínseco no papel parental. Estes resultados são similares aos resultados de Saisto *et al*., (2008), que mostram que não estar casado ou em união de facto com parceira durante a gravidez prediz níveis mais elevados de stress parental após o parto. Estes homens, mostram, também, ter maiores dificuldades na vinculação com a criança. Os primeiros podem sentir-se sobrecarregados com várias preocupações típicas de famílias grandes, enquanto os segundos podem experimentar dificuldades relacionais com a mãe da criança que, inevitavelmente, afetam a sua capacidade de estabelecer uma relação afetiva forte com a criança.

Homens com maior sintomatologia depressiva aos dois meses após o parto, apresentam níveis mais elevados de stress parental, especificamente, percecionam o humor da criança, aos seis meses após o parto, como mais negativo, sendo manifestado por sinais de disfunção afetiva, nomeadamente, vocalizações indicadoras de humor negativo e retraimento. Estes homens, apresentam, também, níveis mais elevados de stress parental associado ao menor apoio físico e emocional por parte da companheira no sentido de facilitar o desempenho da função parental. Estes dados são congruentes com as evidências de Saisto, *et al*., (2008) que demostraram igualmente que a depressão no período pós-natal é um dos principais fatores de risco para maior stress parental em homens. A fraca qualidade da relação conjugal havia sido já apontada como preditor de stress parental (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Levy-Shiff, 1999).

Neste estudo, a saúde perinatal das companheiras dos homens, não prediz stress parental aos 6 meses após o parto, e, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem estudos que analisam a influência da saúde perinatal no *stress* parental em homens, sendo um contributo primordial para este nível. Também neste estudo, o estado psicológico do homem durante a gravidez não prevê níveis elevados de *stress* parental destes aos 6 meses

após o parto, quando ajustado para outras variáveis, ao contrário do que foi encontrado no estudo de Saisto *et al*., (2008). Contudo, a avaliação dos sintomas depressivos no presente estudo foi efetuada num trimestre de gravidez diferente, o qual é bastante diferente em termos de desafios (Colman & Colman, 1994), o que pode explicar as diferenças. Enquanto que no primeiro trimestre decorre um processo de integração, envolvendo a aceitação e adaptação de paternidade e consequentes mudanças de vida (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2000), no terceiro trimestre, o bebé está coemça a ser percebido como uma realidade e o que pode levar a sentimentos ambivalentes (Colman & Colman, 1994). Estes factos sugerem que o stress parental poderá ter maior propensão a ser elevado quando existem dificuldades na aceitação da gravidez desde o princípio. Assim, esta invetsigação sugere que mais do que a saúde mental pré-natal dos homens, é a saúde mental pós-natal que deve ser considerada em contextos de cuidados de saúde.

Para concluir, este estudo realça a importância das questões de saúde mental ao nível de *stress* parental, quer em mulheres ou homens. No entanto, os fatores que afetam *stress* parental de uns e de outros são bastante distintos. Em mulheres, a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pós-natal têm um efeito diferencial ao nível do stress parental nas mulheres: enquanto a primeira afeta a forma como a criança é percecionada, a segunda afeta essencialmente a forma como a mulher se perceciona no papel parental. Esta é uma importante distinção a esclarecer, pois tem implicações do ponto de vista da intervenção: enquanto os primeiros estão assoberbados com as exigências ou a perceção de exigência por parte da criança, os segundos estão desapontados com as suas próprias competências. Assim, intervir ao nível do conhecimento das especificidades das crianças no primeiro caso e ao nível do auto-conceito e auto-estima no segundo caso, poderá ser a melhor estratégia a adotar.

Em homens, enquanto os fatores sociodemográficos, tal como viver sem crianças, ter muitos filhos ou ser solteiro, afetam a forma de como o homem se perceciona no papel parental, a saúde mental pós-natal afeta a forma como a criança é percecionada. Numa perspetiva de prevenção de stress parental e das suas consequências, os programas de promoção das competências parentais deverão ter em consideração pais com estas características como elementos prioritários de intervenção, bem como, deverão ter estratégias terapêuticas focadas nas suas dificuldades.

Este estudo apresenta como limitações uma amostra reduzida, pelo que é sugerido para investigações futuras, a réplica deste procedimento com uma amostra mais alargada, em ambos os géneros. Ainda assim, é um dos poucos estudos que se debruçam sobre as questões do stress parental em homens, que se revela de especial importância dado o papel crescente que os homens têm vindo a adotar no seio familiar, enquanto cuidadores dos seus descendentes. Proporciona, também, as primeiras indicações quanto aos preditores mais consistentes de dimensões específicas de stress parental em mulheres e homens aos seis meses após o parto, que poderão ser usadas a benefício do planeamento de programas de intervenção voltadas para a promoção das competências parentais e, consequentemente, prevenção das consequências negativas a curto e a longo prazo para as crianças.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Fundação Bial, refª157 / 12, "Contribuições da psicofisiologia durante as interações diádicas pais-bebé para o desenvolvimento da criança".

Referências

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 298-301.

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412.

Abidin R. R. (1995). *Parenting Stress Index Professional Manual*, 3rd Edn. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.

Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisbon: CEGOC-TEA, Lda. (Original work published in 1983).

Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996a). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry, 169*, 36–41.

Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996b). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry, 169*, 30–35.

Augusto, A., Kumar. R., Calheiros, J.M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996) Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine, 26* (1), 135-141.

Baker, C. K., Perilla, J., & Norris, F. (2001). Parenting stress and parenting competence among latino men who bater. *Journal of interpersonal violence, 16*, 1139-1157.

Baker, D.B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2* (1), 46-50.

Beckman, P.J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 95*, 585-595.

Beeber, L. S., Schwartz, T. A., Holditch-Davis, D., Canuso, R., Lewis, V., & Hall, H. W. (2013). Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: A randomized trial. *Nursing Research, 62*(2), 82-90. DOI:10.1097/NNR.0b013e31828324c2.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process Modelo. *Child Development, 55*, 83–96.

Belsky J. (1985) Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: the role of violated expectations. *Journal of Marriage and the Family, 47*, 1037–1046.

Buist, A., Morse, C.A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 32*, 172–180.

Cox, J., & Holden J. (2003). *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782 -786.

Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development, 61*, 1628–1637.

Crnic, K. A., & Low, C. (2002). *Everyday stresses and parenting*. In M. H. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting (2nd Ed., Vol. 5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 314-332.

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dualearner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology, 10*, 45–59.

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. Department of health (2007) The Pregnancy Book. COI, Department of Health, London.

Epel, E. S., & Lithgow, G. J. (2014). Stress biology and aging mechanisms: Toward understanding the deep connection between adaptation to stress and longevity. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 69*(S1), S10-6. DOI:10.1093/gerona/glu055.

Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 103–109.

Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody. S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology journal , 06*(5 Pt 1), 1071-83.

Gorman, L.L., O'Hara, M.W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M.H., ..., & TCS-PND Group (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, *46*, 17–23.

Gray P. H., Edwards D. M, O'Callaghan, M. J., & Cuskelly M (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development, 88*(1) , 45-49. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014.

Grych J.H., & Clark R. (1999) Maternal employment and development of the father-infant relationship in the first year. *Developmental Psychology*, *35*, 893 – 903.

Guo, N., Bindt, C., Te Bonle, M., Appiah-Poku, J., Tomori, C., Hinz R., ..., & International CDS Study Group (2014). Mental health related determinants of parenting stress among urban mothers of young children–results from a birth-cohort study in Ghana and Cote d'Ivoire. *BMC Psychiatry,* 14, 156 . DOI:10.1186/1471-244X-14-156.

Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19,* 417-425.

Hung, J. W., Wu, Y. H., & Yeh, C. H. (2004). Comparing stress levels of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology, 13*, 898-903.

Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology, 17,* E7. DOI: 10.1017/sjp.2014.7.

Krauss, M.W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 97*(4), 393-404.

Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996). The effect of parenting stress on marital quality. *Journal of Family Issues, 17*, 114-135.

Leigh B. & Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry,* 8(24). DOI: 10.1186/1471-244X-8-24.

Levy-Shiff, R. (1999). Fathers' cognitive appraisals, coping strategies and support resources as correlates of adjustment to parenthood. *Journal of Family Psychology, 13*(4), 554-567.

Low, L.K., Seng, J.S., & Miller, J.M. (2008). The use of the optimality index- US in perinatal outcomes research: A validation study. *Journal Midwifery Womens Health, 53*(4), 302-309. DOI: 10.1016/j.jmwh.2008.01.009.

Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology, 51*, 1-27.

Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19,* 313–328.

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders, 74,* 139–147.

Meyers, B.B. (1997). Maternal perceptions of parenting infants with congenital heart disease: Implications for early intervention. Unpublished doctoral dissertation: Pace University, New York.

McBride, B. A. (1991). Parental support programs and paternal stress: An exploratory study. *Early Childhood Research Quarterly, 6*, 137-149.

Misri S., Kendrick K., Oberlander T. F., Norris S., Tomfohr L., Zhang H., ..., & Grunau, R.E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study. *Canadian Jounal of Psychiatry,* 55, 222–228.

Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence amd parenting stress in mothers and fathers of preschoolchildren with developmental disability. *Journal of Intellectual and Dvelopmental Disability*, *31*(1), 1-12.

Östberg M., & Hagekull, B. (2000). A structural Modeloing approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *29*(4), 615-625. DOI:10.1207/S15374424JCCP2904_13.

Pais-Ribeiro J., Silva I., Ferreira T., Martins A., Meneses R., & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-235.

Reitman, D., Currier, R.O., & Stickle, R.T. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start Population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(3*)*, 384-392.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmaki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(3), 219-228.

Steinberg, S. I., & Bellavance F. (1999) Characteristics and treatment of women with antenatal and postpartum Depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 209–233. DOI: 10.2190/J96Y-YU6C-5PXQ-C4J9.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 142–148. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361 – 370.

Conclusões

Ao longo da nossa trajetória desenvolvimental é muito provável que o indivíduo se depare com a etapa da transição para a parentalidade. Esta transição implica várias etapas e desafios, os quais têm o objetivo de preparar o indivíduo a desempenhar o papel parental adequadamente (Colman & Colman, 1994). A adaptação à parentalidade é influenciada por vários fatores, e quando estes não são facilitadores de uma adequada adoção do papel parental, poderão surgir níveis intensos de *stress* parental (Abidin, 1992). A literatura tem vindo a apontar, certos fatores sociodemográficos, determinadas complicações ao nível da saúde perinatal e o estado psicológico no período pré-natal e pós-natal dos progenitores como preditores de níveis elevados de *stress* parental. O desempenho do papel parental pode ser afetado negativamente pelo *stress* parental, levando a práticas parentais desadequadas, e, consequentemente, a prejuízos para o desenvolvimento psicológico da criança (e.g., Barnett, 1997; Benzies *et al.*, 2004; Broadhead, Chilton, & Crichton, 2009; Guajardo *et al.*, 2009). A fim de evitar estas consequências negativas, a curto e a longo prazo, várias investigações têm-se esforçado por identificar os preditores mais consistentes do *stress* parental. O objetivo do presente estudo consistiu em determinar qual o peso relativo dos preditores de *stress* parental de entre as caraterísticas sociodemográficas, a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva pré-natal, a saúde perinatal e a sintomatologia depressiva pós-natal, pretendendo-se, desta forma, esclarecer os resultados inconsistentes nas investigações que têm vindo a analisar os preditores do *stress* parental.

A presente investigação permitiu concluir os fatores que afetam o *stress* parental de mulheres e de homens assumem as suas especificidades. Considerando as mulheres, o presente estudo mostra que a sintomatologia ansiosa pré-natal e a sintomatologia depressiva pós-natal têm um efeito diferencial ao nível do *stress* parental: enquanto a primeira afeta a forma como a criança é percecionada pela progenitora, a segunda afeta essencialmente a forma como a mãe se perceciona no papel parental. Esta é uma importante distinção a referenciar, pelas implicações que pode assumir do ponto de vista da intervenção: enquanto no primeiro caso, as mulheres parecem estar assoberbadas com as exigências ou a perceção de exigência por parte da criança, devendo ser objeto de intervenções que promovam o conhecimento das especificidades da criança assim como de maneiras de lidar com as mesmas, no segundo caso, as mulheres parecem estar desapontadas com as suas próprias competências ou carecendo de algum tipo de apoio

(social ou conjugal), que lhes permita melhorar o seu nível do auto-conceito e aumentar a sua auto-estima. Por outro lado, mulheres que percecionam problemas ao nível da saúde física e psicológica ou que não estão medicadas para problemas emocionais sentem um maior impacto dos desafios parentais na própria saúde física, pelo que deverão ser alvos de atenção por parte dos profissionais de saúde, no sentido de serem alvos de intervenção médica e/ou psicológica, consoante a natureza das dificuldades evidenciadas.

Relativamente aos homens, quer certos fatores sociodemográficos (ter vários filhos biológicos, não viver com crianças e ser solteiro), quer a sintomatologia depressiva pós-natal afetam a forma como a criança é percecionada (perceção de humor negativo), bem como a forma como o pai se perceciona no papel parental (perceção de menor competência parental, menor investimento intrínseco na relação com a criança e pior qualidade da relação conjugal). De forma particular, numa perspetiva de prevenção de *stress* parental e das suas consequências, os programas de promoção das competências parentais deverão considerar pais que não vivam com os seus filhos, que têm muitos filhos biológicos ou que são solteiros, como elementos prioritários de intervenção.

Apesar das potencialidades e contributos que esta investigação pode dar, o presente estudo apresenta, também, algumas limitações que podem limitar o alcance dos resultados encontrados, tal como um reduzido tamanho amostra. Sugere-se, assim, a replicação desta investigação com uma amostra mais alargada, envolvendo ambos os progenitores. Ainda assim, é um dos poucos estudos que se debruçam sobre o estudo do *stress* parental em homens, que se revela de especial importância dado o papel crescente que os homens têm vindo a adotar no seio familiar, enquanto cuidadores dos seus descendentes. Proporciona, por isso, as primeiras indicações quanto aos preditores mais consistentes de dimensões específicas de *stress* parental em homens, aos seis meses após o parto, juntamente com indicações sobre os preditores de *stress* parental em mulheres. Estes resultados favorecerão a comparações de género acerca do impacto de diferentes fatores ao nível do *stress* parental, e poderão beneficiar o planeamento de programas voltados para a promoção das competências parentais, prevenindo as consequências negativas a curto e a longo prazo do disfuncional exercício do papel parental para o desenvolvimento das crianças.

Bibliografia

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21,* 407-412.

Abidin R. R. (1995). Parenting Stress Index Professional Manual, 3rd Edn. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.

Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda. (Trabalho original publicado em 1983).

Alvarez L. & Golse, B. (2008). La Psychiatrie du bébé. Paris: PUF

Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschooler social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development, 14*(2), 133-154. DOI: 10.1002/icd.385.

Baker, D.B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *2*(1), 46-50. DOI: 10.1177/106342669400200106.

Barnett, R. (1997) Higher Escolaridade: A critical business, Buckingham: SRHE and Open University Press.

Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology, 9*(6), 653-675, DOI:10.1037/0278-6133.9.6.653.

Bayle, F. & Martinet, S. (2008). Perturbações da parentalidade. Lisboa: Climepsi editores.

Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research, 45*(5), 297–303.

Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50*(5), 275–85.

Beckman, P.J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 95*(5), 585-595.

Beeber, L. S., Schwartz, T. A., Holditch-Davis, D., Canuso, R., Lewis, V., & Hall, H. W. (2013). Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression

in low-income mothers of infants and toddlers: A randomized trial. *Nursing Research, 62*(2), 82-90. DOI:10.1097/NNR.0b013e31828324c2.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process Modelo. *Child Development, 55,* 83–96.

Bennett, I. M.; Culhane, J. F., McCollum, K. F., Mathew, L., & Elo, I.T. (2007). Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(2), 243-248. DOI: 10.1037/0002-9432.77.2.243.

Benzies, K. M., Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (2004). Parenting Stress, Marital Quality, and Child Behavior Problems at Age 7 Years. *Public Health Nursing, 21* (2), 11–121. DOI: 10.1111/j.0737-1209.2004.021204.x.

Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(2),105–113. DOI: 10.1080/01674820701687521.

Bolton, H.L., Hughes, P.M., Truton, P., & Sedwick, P. (1998). Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 19*(4), 202-209. DOI: 10.3109/01674829809025698.

Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007) First-Time Fathers' Study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(9), 718-725. DOI:10.1080/00048670701517959.

Britton, J.R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health, 51*(1), 55–71. DOI:10.1080/03630242.2011.540741.

Broadhead, M., Chilton, R., & Crichton, C. (2009). Understanding parental stress within the Scallywags service for children with emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioural Difficulties, 14*(2), 101-115. DOI:10.1080/13632750902921880.

Buist, A., Morse, C.A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32*(2), 172-180. DOI: 10.1177/0884217503252127.

Camus, J. L. (1997). Le père et le jeune enfant. Presentation. *Enfance, 3,* 325-336.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), Psicologia da Gravidez e da Maternidade (17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Cappa, K.A., Begle, A.M., Conger, J.C., Dumas, J.E., & Conger, A.J. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: Findings from the PACE study. *Journal of Child and Family Studies, 20*(3), 334–342.

Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F., & Darlow, B. A. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: Parental response. *Archives of Disease in Childhood, 90,* F109-F113. DOI:10.1136/adc.2003.031641.

Chan, Y. C. (1994). Parenting stress and social support of mothers who physically abuse their children in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect, 18*(3), 261-269. DOI:10.1016/0145-2134(94)90110-4.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). Gravidez: A experiência Psicológica. Lisboa: Edições Colibri.

Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, *24*(3), 197-209.

Condon, J.T., Boyce, P., & Corkindale, C.J., (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(1-2), 56–64. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x.

Cornish, A.M., McMahon, C.A., Ungerer, J.A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24*(2), 121–132. DOI:10.1080/02646830600644021.

Craig, J. G. (2002). Family and Lifestyle. In J. G. Craig (Ed.), Human Development (475-481). New Jersey: PRENTICE HALL, Englewood Cliffs.

Creasey, G., & Jarvis, P. A. (1994). Relationships between parenting stress and developmental functioning among 2-year olds. *Infant Behavior and Development, 17*(4), 423–429. DOI:10.1016/0163-6383(94)90034-5.

Crepaldi, M. A., Andreani, G., Hammes, P. S., Ristof, C. D., & Abreu, S. R. (2006). A participação do pai nos cuidados da criança segundo a conceção de mães. Psicologia em Estudo, *11*(3), 579-587.

Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development, 61,* 1628–1637.

Crnic, K. A., & Low, C. (2002). *Everyday stresses and parenting*. In M. H. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting (2nd Ed., Vol. 5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(6), 609–621. DOI:10.1016/S0022-3999(99)00064-1.

Daly, M. (2006). La parentalité dans l'Europe contemporaine: Une approche positive. Paris : Conseil de l'Europe.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 314-332.

Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dualearner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology, 10,* 45–59.

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*(4), 625-640.

De Montigny, F., & Lacharité, C. (2004) Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 33*(3), 328–339. DOI: 10.1177/0884217504266012.

Deutsch, F, Servis, L e Payne, J (2001). Paternal participation in child care and its effects on children's self-esteem and attitudes toward gendered roles. *Journal of Family Issues, 22*(8), 1000-24. DOI: 10.1177/019251301022008003.

Dienhart, A. (2001). Make room for daddy: The pragmatic potentials of a tag-team structure for sharing paranting. *Journal of Family Issues, 22(8),* 973-999. DOI: 10.1177/019251301022008002.

Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., & Hornbrook, M.C. (2007). Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *The american journal of psychiatry, 164*(10), 1515–1520. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111893.

DiPietro, J.A, Ghera, M.M, & Costigan, K.A. (2008). Prenatal origins of temperamental reactivity in early infancy. *Early Human Development, 84*(9), 569–75. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2008.01.004.

Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J.,& Sabourin, S. (2002) High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*(2), 101–123. DOI: 10.1080/02646830220134612.

Edhborg M., Friberg M., Lundh W. & Widstrom A. (2005). Struggling with life: narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health, 33(4)*, 261–267. DOI: 10.1080/14034940510005725.

Emery, J., Paquette, D., & Bigras, M. (2008). Factors predicting attachment patterns in infants of adolescent mothers. *Journal of Family Studies, 14*(1), 65-90. DOI: 10.5172/jfs.327.14.1.65.

Epel, E. S., & Lithgow, G. J. (2014). Stress biology and aging mechanisms: Toward understanding the deep connection between adaptation to stress and longevity. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 69*(S1), S10-6. DOI:10.1093/gerona/glu055.

Escribè-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M.C., Barona-Vilar, C., & Artazcoz, L. (2008) Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences?. J*ournal Epidemiol Community Health, 62,* 410-414. DOI:10.1136/jech.2007.063016.

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 297-301. DOI:10.1016/j.jad.2003.11.011.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety,17*(3),140-151. DOI: 10.1002/da.10071.

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In I. Soares (Ed.), Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.

Figueiredo B., Pacheco, A., Costa R., & Magarinho R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 1*, 003-025.

Fletcher, R.J, Matthey, S., & Marley, C.G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *Australasian Medical Publishing Company, 165*(8),461-463.

Flynn, H.A., Walton, M.A., Chermack, S.T., Cunningham, R.M., & Marcus, S.M. (2007). Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(4), 155-161.

Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy. (Dissertação) California School of Professional Psychology, Califórnia.

Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1):26-35. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x.

Gray, P.H., Edwards, D.M., O'Callaghan, M.J., & Cuskelly, M. (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development, 88*(1), 45–49. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014.

Grych, J., & Clark, R. (1999). Maternal employment and development of the father-infant relationship in the first year. *Developmental Psychology*, *35*(4), 893-903. DOI: 10.1037/0012-1649.35.4.893.

Guajardo, N. R., Snyder, G. & Petersen, R. (2009). Relationships among Parenting Practices, Parental Stress, Child Behaviour, and Children's Social Cognitive

Development. *Infant and Child Development, 18(1),* 37-60. DOI: 10.1002/icd.578.

Guo, N., Bindt, C., Te Bonle, M., Appiah-Poku, J., Tomori, C., Hinz R., ..., & International CDS Study Group (2014). Mental health related determinants of parenting stress among urban mothers of young children–results from a birth-cohort study in Ghana and Cote d'Ivoire. *BMC Psychiatry,* 14, 156 . DOI:10.1186/1471-244X-14-156.

Gupta, V.B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, *19*(4), 417-425. DOI:10.1007/s10882-007-9060-x.

Gurung, R. A. R., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., & Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 497–519. DOI:10.1521/jscp.2005.24.4.497.

Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a comunity sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65-73. DOI:10.1016/j.jad.2003.08.004.

Howe, T., Sheu, C., & Wang, T. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities, 35(7*), 1748–1756. DOI:10.1016/j.ridd.2014.02.015.

Howell, E.A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal, 10*(2), 149–157.

Horowitz, J.A., & Goodman, J. A. (2004). A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice, 18*(2-3), 149–163. DOI:10.1891/rtnp.18.2.149.61285.

Hung, J. W., Wu, Y., & Yeh, C. (2004). Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology, 13*(12), 898-903. DOI: 10.1002/pon.868.

Jarvis, P. A., & Cressey, G. L. (1991). Parenting stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behavior and Development, 14*(4), 383– 395. DOI:10.1016/0163-6383(91)90029-R

Kotelchuck, M. (2006). Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): Possible new roles for a national MCH data system. *Public Health Reports, 121*(1), 6-10.

Krauss, M.W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, *97*(4), 393-404.

Lamb, M. E. (1975). Fathers: Forgotten contributors to child development. *Human Development*, *18*(4), 245-266. DOI: 10.1159/000271493.

Lamb, M. E. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (X), 19-34.

Lamb, M. E. & Tamis-Lemonda, C. S. (2004). The Role of the Father: An Introduction. In M. E. Lamb (Eds.). *The Role of the Father in Child Development*, 4ª Ed., USA: Wiley.

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 5–14. DOI:10.1016/j.ajog.2009.09.007.

Lau, R. G. (2001). Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery (Tese de doutoramento). Department of Human Movement, Recreation and Performance, Faculty of Human Development, Victoria University.

Lavee, Y., Sharlin, S. & Katz, R. (1996). The effect of parenting stress on marital quality: integrated mother-father model. *Journal of Family Issues*, *17*, 114-135. DOI: 10.1177/019251396017001007.

Lee, A.M., Lam, S.K., Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W., & Fong, D.Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology, 110*(5), 1102–1112. DOI: 10.1097/01.aog.0000287065.59491.70.

Leigh, B. & Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry, 8*(24). DOI: 10.1186/1471-244X-8-24.

Leight, K.L., Fitelson, E.M., Weston, C.A., & Wisner, K.L. (2010). Childbirth and mental disorders. *International Review of Psychiatry, 22*(5), 453-71. DOI: 10.3109/09540261.2010.514600.

Levy-Schiff, R., & Israelashvili, R. (1988) Antecedents of fathering: some further exploration. *Developmental Psychology, 24*(3), 434–440. DOI: 10.1037/0012-1649.24.3.434.

Maldonado, M. T. (1991) - Psicologia da gravidez. 12ª ed., Petrópolis: Vozes

Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R.K., Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(5), 379–386. DOI: 10.1080/08039480600937280.

Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19,* 313–328.

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders, 60*(2), 75-85. DOI:10.1016/S0165-0327(99)00159-7.

May, K. (1982). Factors Contributing to First-Time Fathers' Readiness for Fatherhood: An Exploratory Study**.** *Family Relations, 31*(3), 353-361. DOI: 10.2307/584167.

McBride, B. A. (1991). Parental support programs and paternal stress: An exploratory study. *Early Childhood Research Quarterly, 6*(2), 137-149. DOI:10.1016/0885-2006(91)90003-4.

McGrath, J.M., Records, K., & Rice, M. (2008) Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior & Development, 31*(1), 71–80. DOI:10.1016/j.infbeh.2007.07.001.

Meyers, B.B. (1997). Maternal perceptions of parenting infants with congenital heart disease: Implications for early intervention (Tese de doutoramento). Pace University, Nova York.

Milgrom, J., & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine, 12*(3), 177–186. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1700(199607)12:3<177::AID-SMI699>3.0.CO;2-W.

Misri, S., Kendrick K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Zhang, H., ..., &, Grunau, R.E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study. *Canadian Jounal of Psychiatry, 55*, 222–228.

Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006) The impact of treatment intervention on parenting stress in postpartum depressed mothers: A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(1), 115–119. DOI: 10.1037/0002-9432.76.1.115.

Newland, R. P., Crnic, K. A., Cox, M. J., & Mills-Koonce, W. R. (2013). The family Modelo stress and maternal psychological symptoms: Mediated pathways from economic hardship to parenting. *Journal of Family Psychology, 27*(1), 96-106. DOI:10.1037/a0031112.

Noppe, I. C., Noppe, L. D., & Hughes, F. P. (1990). Stress as a predictor of the quality of parent-infant interactions. *The Journal of Genetic Psychology, 152*(1), 17-28. DOI: 10.1080/00221325.1991.9914674.

Olafsen, K. S., Ronning, J. A., Dahl, L. B., Ulvund, S., Handegârdi, B. H., & Kaaresen, P. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology, 48(6),* 499-509. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2007.00619.x.

Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 31*(1), 1-12. DOI:10.1080/13668250500349367.

O'Hara, M.W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression–a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37–54. DOI:10.3109/09540269609037816.

Östberg, M. & Hagekull, B. (2000). A structural Modeloing approach to the understanding

of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology, 29(4),* 615-625. DOI:10.1207/S15374424JCCP2904_13.

Östberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology, 38*(3), 199-208. DOI: 10.1111/1467-9450.00028.

Pahl, K.M,, Barrett, P.M., & Gullo, M.J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(2), 311–320. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.12.013.

Parke, R. (1998). El papel del padre. Madrid: Morata

Patel, S.R., & Wisner, K.L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depression and Anxiety, 28*(7), 589–595. DOI: 10.1002/da.20844.

Patnaik, G. (2014). Life skill enhancement strategies to minimize stress. *Social Science International, 30*(2), 281-289.

Paulson, J.F., & Bazemore, S.D., (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 303*(19), 1961-1969. DOI:10.1001/jama.2010.605.

Pearson, V., & Chan, T. W. (1993). The relationship between parenting stress and social support in mothers of children with learning disabilities: A Chinese experience. *Social Science & Medicine, 37*(2). 267-274. DOI:10.1016/0277-9536(93)90461-C.

Pecnik, N. (2006). Pour une vision de la parentalité dans l'intérêt supérieur de l'enfant. In M. Daly (Ed.), La parentalité dans l'Europe contemporaine: Une approche positive. Paris: Conseil de l'Europe.

.

Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26*(3), 173- 83. DOI:10.1080/01674820400028407.

Records, K., & Rice, M. (2007) Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetric Gynaecologic and Neonatal Nursesing, 36(3),* 231-242. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00140.x.

Reitman, D., Currier, R.O. & Stickle, R.T. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start Population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(3), 384-392. DOI:10.1207/S15374424JCCP3103_10.

Relvas, A.P. e Lourenço, M.C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspetiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.

Ritter, C., Hobfoll, S. E., Lavin, J., Cameron, R. P., & Hulsizer, M. R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, innercity women. *Health Psychology, 19*(6), 576585. DOI:10.1037/0278-6133.19.6.576.

Robson, A. L. (1997). Low birth weight and parenting stress during early childhood. Journal of Pediatric Psychology, 22(3), 297 – 311. DOI: 10.1093/jpepsy/22.3.297.

Rodgers, C.S., Lang, A. J., Twamley, E. W., & Stein M. B. (2004). Sexual trauma and pregnancy: A conceptual framework. *Journal of women's Health, 12*(10), 961-970. DOI: 10.1089/154099903322643884.

Rodriguez, C.M, & Murphy, L.E. (1997). Parenting Stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. *Child Maltreatment, 2*(3), 245-251.

Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(3), 275–285. DOI:10.1177/ 0146167205280910.

Rubertsson, C., Waldenströem, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 21*(2), 113-123. DOI:10.1080/0264683031000124073.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmaki, E. (2008**).** Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers**.** *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(3), 219-228.

Saloviita, T., Itälinna, M. & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a Double ABCX Modelo. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(4-5*),* 300–312. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00492.x.

Scher, A., & Mayseless, O. (2000). Mothers of anxious/ambivalent infants: Maternal characteristics and child-care context. *Child Development, 71*(6), 1629-1639. DOI: 10.1111/1467-8624.00253.

Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2011) Links between maternal postpartum depressive symptoms, maternal distress, infant gender and sensitivity in a high-risk population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5*(7). DOI:10.1186/1753-2000-5-7.

Singer, L., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA, 281(9), 799-805. DOI:10.1001/jama.281.9.799.

Steinberg, S.I., & Bellavance, F. (1999). Characteristics and treatment of women with antenatal and postpartum depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 29,* 209-233. DOI: 10.2190/J96Y-YU6C-5PXQ-C4J9.

Sturge-Apple, M. L., Suor, J. H., & Skibo, M. A. (2014). Maternal child-centered attributions and harsh discipline: The moderating role of maternal working memory across socioeconomic contexts. *Journal of Family Psychology, 28*(5), 645-664. DOI: 10.1037/fam0000023.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. Journal of Affective Disorders, *119,* 142–148. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005.

Vernon-Feagans, L., Garrett-Peters, P., Willoughby, M., & Mills-Koonce, R. (2012). Chaos, poverty, and parenting: Predictors of early language development. *Early*

Childhood Research Quarterly, *27*(3), 339–351. DOI:10.1016/j.ecresq.2011.11.001.

Wormald, F., Tapia, J.L., Torres, G., Cánepa, P., González, M.A, Rodríguez, D., & …, Domínguez, A. (2015). Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Archivos argentinos de pediatría, 113*(4), 303-9. DOI: 10.1590/S0325-00752015000400005.