



Estresse parental na gestação e maternidade*

Parental stress during pregnancy and maternity

El estrés parental en el embarazo y en la maternidad

Como citar este artigo:

Ribeiro CSZ, Gondim EC, Scorzafave LGDS, Gomes-Sponholz FA, Santos DD, Mello DF. Parental stress during pregnancy and maternity. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220351. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0351en>

- Carine Sanches Zani Ribeiro¹
- Ellen Cristina Gondim¹
- Luiz Guilherme Dacar Silva Scorzafave²
- Flávia Azevedo Gomes-Sponholz¹
- Daniel Domingues dos Santos²
- Débora Falleiros de Mello¹

* Extraído da tese: “Estresse parental percebido na gestação e na maternidade”, Universidade São Paulo, 2020.

¹ Universidade São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Laboratório de Estudos e Pesquisas em Economia Social, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify factors related to parental stress of women during pregnancy and the child's first month of life. **Method:** Prospective longitudinal study in two stages. Analysis of home interviews with 121 participants, Gestational Stress Scale, and Parental Stress Scale. Fisher's exact test, Spearman's correlation, and linear and logistic multivariate regression were applied, with $p < 0.05$. **Results:** Most of the participants were between 18 and 35 years old, had 11 to 13 years of education, had no paid work, had a partner, usually the child's father, planned pregnancy, were multiparous, and underwent prenatal care. During pregnancy, 67.8% had stress. In the first month after the child's birth, most had low parental stress (52.1%). High parental stress correlated with some gestational stress. Planning pregnancy decreased parental stress. **Conclusion:** Gestational and parental stress in the child's first month of life were correlated and pregnancy planning was a factor that reduced stress levels. Timely actions to reduce parental stress are essential for parenting and the child's overall health.

DESCRIPTORS

Psychological Distress; Prenatal Care; Child Development; Primary Health Care.

Autor correspondente:

Carine Sanches Zani Ribeiro
Avenida Leão XIII, 3900, Riberânia
14096-190 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
carinezani@hotmail.com

Recebido: 10/09/2022
Aprovado: 27/01/2023

INTRODUÇÃO

O estresse parental é indicado como condição de risco para o desenvolvimento e bem-estar infantil, bem como para a dinâmica familiar⁽¹⁾. Tal condição pode afetar as práticas parentais e a relação entre cuidadores parentais e filhos^(1,2). Promover o desenvolvimento infantil saudável, garantir que todas as necessidades sejam atendidas e educar a criança constituem desafios para as famílias e as situações diárias, como cuidar dos filhos, relacionamento conjugal, demandas financeiras, trabalho e o exercício dos papéis de pai e mãe podem gerar estresse^(3,4).

O termo estresse parental abrange o desequilíbrio da função parental e pode estar presente no cotidiano de mães e pais em algum grau⁽²⁾. A relação de parentalidade estável e responsiva nos primeiros anos de vida protege a criança de danos potenciais causados pelo estresse excessivo, gerando segurança para um desenvolvimento saudável e uma fase adulta com habilidades para ser resiliente, lidar com o estresse e exercer a autorregulação⁽⁵⁾. Quando a parentalidade adequada não é alcançada, a criança pode vivenciar adversidades e sofrer prejuízos na saúde física, emocional, educacional, econômica e social^(1,3,5).

O período da primeiríssima infância, da gestação até os três anos de idade, é fundamental para o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais⁽⁶⁾. Ambientes estressantes podem interferir no processo de desenvolvimento desde a fase gestacional, sendo relevante que o contexto familiar possa ter oportunidades de intervenções para promover o desenvolvimento saudável^(4,7).

A mulher no período gestacional apresenta diferentes sentimentos⁽⁸⁾ e, em situações de estresse no pré-natal, podem ocorrer alterações no desenvolvimento do feto e, posteriormente, da criança^(8,9). Além disso, o estresse na gestação pode afetar o vínculo pré-natal, pós-natal e o desenvolvimento da parentalidade⁽⁵⁾. Assim, o ambiente familiar requer atenção às experiências oferecidas às crianças nesse período⁽¹⁰⁾.

Para a atuação profissional no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), é preciso identificar elementos que geram a ocorrência do estresse parental e situações que diminuem esse estresse, para contribuir com a ampliação das boas interações entre cuidadores parentais e crianças, reduzindo os problemas comportamentais na infância e melhorando a qualidade de vida familiar e o desenvolvimento infantil. Tais aspectos assumem grande relevância para a temática do estresse parental^(1,2,10) e motivaram a presente pesquisa com foco na gestação e no primeiro mês infantil. Assim, o objetivo do estudo foi identificar fatores relacionados ao estresse parental de mulheres durante a gestação e no primeiro mês de vida do bebê.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo longitudinal prospectivo com análise descritiva e analítica dos dados.

LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um distrito de saúde de município brasileiro considerado de médio porte, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,800, considerado como elevado em relação ao país. Apresenta uma densidade

de 1.080,47 habitantes/km², com 99,7% de seus habitantes vivendo na zona urbana⁽¹¹⁾. O distrito de saúde escolhido possui características sociais que sugerem uma amostra representativa da população do município e reúne 12 unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que o maior número delas está nesta região.

AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A amostra foi composta por mulheres em gestação de risco habitual, acompanhadas em unidades com ESF, de modo longitudinal, respeitando a premissa de início de pré-natal entre novembro 2017 a junho de 2018, limite temporal pré-estabelecido para a seleção de possíveis participantes. Para o levantamento das participantes, foi considerado o apoio da equipe das referidas unidades e consultas ao Sistema de Informação em Saúde (SIS) municipal por meio do acesso em prontuários eletrônicos. Ao todo, foram identificadas 529 participantes. No que diz respeito aos critérios de inclusão, foram consideradas as gestantes de risco habitual, maiores de 18 anos, residentes da área de abrangência do distrito de saúde em que foi realizada a coleta dos dados e que estivessem no terceiro trimestre da gestação, a fim de realizar a manutenção do vínculo durante as etapas de coleta dos dados. Desta forma, resultou-se em 246 participantes em potencial, das quais 220 aceitaram participar, sendo incluídas na primeira etapa da investigação. Na segunda etapa, 99 participantes foram excluídas, a saber: a) não ser encontrada para o segundo encontro após três tentativas de contato telefônico e visita domiciliar, sendo consideradas 56 participantes como perdas; b) mudança da área de abrangência do distrito de saúde, sendo consideradas 43 participantes como critério de descontinuidade. Ao todo, 121 participantes compuseram a amostra. Tal processo pode ser evidenciado na Figura S1 (Material Suplementar).

COLETA DE DADOS

Após a apreciação e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada no período entre novembro de 2018 e junho de 2019 por dois profissionais, sendo um deles enfermeiro, ambos previamente treinados. As participantes foram contatadas por telefone ou na própria residência, informadas sobre a pesquisa e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes foram entrevistadas em dois momentos, o primeiro deles durante a gestação e o segundo logo após o bebê completar o primeiro mês de vida, em visitas domiciliares. Foram aplicados questionários e escalas validadas e utilizado um *tablet* com inserção dos dados na plataforma *Fulcrum*[®]. Ainda, salienta-se a utilização do checklist para estudos observacionais conhecido como *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹²⁾ durante a condução do estudo.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na primeira etapa, foi realizada uma entrevista e a elaboração do genograma e do ecomapa para identificar a estrutura familiar e a rede de apoio⁽¹³⁾. As variáveis independentes que caracterizaram as participantes foram: idade, escolaridade,

trabalho remunerado, número de gestações planejadas, número de filhos, número de consultas de pré-natal, ter ou não companheiro e se é o pai da criança, morar com companheiro, uso de bebida alcoólica, renda familiar, receber ou não auxílio governamental, violências físicas ou psicológicas sofridas e/ou presenciadas, sentir-se ou não segura no bairro, e o nível de estresse na gestação medido pela escala *Prenatal Psychosocial Profile*⁽¹⁴⁾, traduzida e validada para o Brasil⁽¹⁵⁾. Outras variáveis independentes, como quantidade de pessoas que moram na mesma casa e pessoas que moram perto, foram mensuradas. Com relação às redes de apoio da família foram geradas variáveis referentes aos vínculos fortes, fracos, conflituosos ou inexistentes, com pai, mãe, irmãos, cunhados, sogro, sogra, amigos e outros parentes das mulheres participantes.

Os entrevistadores receberam capacitação na padronização da construção do genograma, na perspectiva de evitar vieses. O referencial utilizado foi o modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary⁽¹⁶⁾. As variáveis foram codificadas para cada participante e transcritas para o banco de dados. A escala *Prenatal Psychosocial Profile* utilizada para avaliar o estresse na gestação é composta de 11 frases, com respostas sobre o quanto cada uma das situações explicitadas causa estresse à gestante. O acúmulo dos elementos que compõem essas questões, tais como o papel da maternidade, a satisfação e a sobrecarga materna, por exemplo, são elencados como geradores de estresse na gestação.

Na segunda entrevista, realizada quando o bebê possuía um mês de vida, as variáveis analisadas foram: participante em licença maternidade, recebimento de recursos financeiros, sexo do bebê, tipo de parto, intercorrência (ou não) no parto, tipo de alimento oferecido ao bebê, se a participante considera o sono do filho um problema e o estresse parental.

A variável dependente do estudo foi o nível de estresse parental. Foi aplicada a Escala de Estresse Parental (EPPa)⁽¹⁷⁾, validada para o português brasileiro⁽¹⁸⁾, para medir o nível de estresse vivenciado por mães/pais de filhos pequenos, especificamente o produzido pelo papel parental⁽¹⁷⁾. A referida escala é considerada um instrumento de fácil aplicação e de acesso gratuito, constituída de 16 itens, distribuídos em quatro domínios, a partir de uma escala de *Likert* pontuada em 0 = discordo totalmente, 1 = discordo, 2 = indeciso, 3 = concordo e 4 = concordo totalmente. O modelo estrutural da EPPa é de dois fatores, sendo o fator 1, denominado “satisfação parental”, composto por 8 itens (1, 3, 4, 5, 6, 11, 15 e 16), e o fator 2, “Estressores parentais”, com mais 8 itens (2, 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14), que são somados inversamente na escala *Likert*. A apuração dos resultados ocorre a partir da soma dos escores de todos os itens (Mín. = 0; Máx. = 64 pontos) e, quanto mais alto o escore, maior o estresse parental. A média obtida pela amostra deve ser o parâmetro para a estratificação do nível de estresse parental em baixo estresse parental (igual/abaixo da média) e alto estresse parental (acima da média)⁽¹⁸⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram exportados da plataforma *Fulcrum*[®], com a tabulação dos mesmos e os cálculos estatísticos realizados por meio do software IBM SPSS[®] *Statistics* versão 25 e R i386 versão 3.4.0. Para a análise estatística descritiva dos dados de cada etapa, foi calculada a frequência absoluta das variáveis.

Após a análise descritiva, os dados foram verificados para que eventuais discrepâncias fossem identificadas e corrigidas.

Para as variáveis quantitativas, as respostas foram estratificadas para calcular a frequência absoluta. As escalas foram analisadas conforme a indicação descrita pelos respectivos autores.

A variável dependente ‘estresse parental’ não seguiu distribuição normal após realizar o teste Kolmogorov-Smirnov. Para relacionar as variáveis independentes categóricas com o Nível de Estresse Parental, foi realizado o teste exato de Fisher. No caso das variáveis numéricas, foi empregado o coeficiente de Correlação de Spearman, com intervalo de confiança de 95%. Nas associações, os *missings* não foram considerados. Os resultados dos testes de associação e de correlação foram considerados estatisticamente significantes quando a probabilidade de rejeição da hipótese de nulidade foi menor do que 5% ($p \leq 0.05$).

Para a identificação da relação entre as variáveis estudadas e o estresse parental (escore e nível de estresse), foram usados modelos de regressão multivariada linear e logística no *Rstudio* (versão 2021.09.2), utilizando bibliotecas nativas do *R* (versão 3.63). A regressão linear foi realizada com a função *lm* (do inglês “*linear model*”) e a logística com a função *glm* (do inglês “*generalized linear model*”). As figuras foram geradas com o pacote *sjPlot* (<https://strengjeacke.github.io/sjPlot/>).

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo fez parte de um projeto maior aprovado por Comitê de Ética sob o parecer 2.239.180 em 2017 e emenda substanciada sob o parecer 3.550.644 em 2019 para a inclusão de outros pesquisadores. A cada participante foram fornecidas informações acerca dos objetivos e realização do estudo. Todas as participantes assinaram um TCLE de duas vias, assinado pelo pesquisador responsável. Uma via foi entregue às participantes e a outra ficou retida com o pesquisador. Foram seguidas as diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/2012.

RESULTADOS

Entre as 121 gestantes, a maior parte (89,2%) possuía idade entre 18 e 35 anos, com 11 a 13 anos de estudo (50,4%), autodeclarada de cor branca (47,9%) e trabalhava em casa (52,9%) (Tabela S1. Material Suplementar). Tinham um companheiro que era o pai da criança (90,9%) e residiam na mesma casa que o mesmo (86,8%), planejaram uma ou mais gestações (57,8%), não era a primeira gravidez (62,8%) e houve a realização do número esperado de consultas no pré-natal (92,6%). Com relação à renda mensal, a maioria das participantes (42,2%) ganhava entre 1 e 2,5 salários mínimos (R\$ 998,00 em 2019) e cerca de 15,7% contavam com auxílio financeiro governamental.

Na entrevista do momento da gestação, foi perguntado se a participante havia sofrido ou presenciado alguma violência física ou psicológica nos últimos três meses. Uma parcela de 13,2% respondeu que sofreu e 19,8% presenciaram violência física e/ou psicológica no período. Cerca de 5% das gestantes consumiram bebidas alcoólicas durante a gravidez e 29,8% consideraram seguras as proximidades de sua moradia.

A construção do genograma e do ecomapa identificou as características da família das participantes. O número de pessoas

que morava na mesma casa variou de 1 a 10, além da própria participante e sem considerar a criança no momento da gestação. Entre as participantes, 13,6% moravam apenas com o companheiro, enquanto 50,0% moravam com o companheiro e filho(s) já nascido(s) (Tabela S2 Material Suplementar). Outras configurações familiares eram compostas com outras pessoas, sendo irmãos, sogras, sogros, cunhados, primos, tios, madrastras, padrastos e enteados. As participantes também citaram pessoas que moravam perto de suas casas, como pais, sogros, cunhados, irmãos ou outros parentes.

Quanto às redes de apoio da família, 23,1% participantes não apontaram nenhuma rede de apoio. As demais (76,9%) citaram

uma ou mais redes de apoio. Houve 54 participantes (44,6%) que fizeram referência à ESF e 52 (42,9%) a grupos religiosos (igrejas católicas, evangélicas, espíritas, grupos de oração e pastorais).

Os apontamentos sobre os vínculos estabelecidos pelas mulheres (Tabela S3 Material Suplementar) foram 81,8% com um ou mais vínculos fortes com familiares. A própria mãe foi o membro familiar que as mulheres mais citaram como um vínculo forte. Poucas participantes citaram ter vínculos fracos e conflituosos. Entretanto, os mais pontuados foram os sogros como vínculo fraco e a sogra como vínculo conflituo.

Quanto ao estresse na gestação, 67,8% tinham algum estresse e 32,2% nenhum estresse neste período. A Tabela 1 apresenta

Tabela 1 – Frequência das respostas das participantes (n = 121) de cada item da Escala de Estresse Percebido na gestação – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Item	Frequência (%)			
	Nenhum estresse	Algum estresse	Estresse moderado	Estresse intenso
1 Preocupações financeiras	23,1	18,2	23,1	35,6
2 Sentir-se sobrecarregada	38,0	14,9	16,5	30,6
3 Problemas com a família	35,5	19,8	18,2	26,5
4 Perda recente alguém especial	62,8	11,6	7,4	18,2
5 Gestação atual	62,8	8,3	14,0	14,9
6 Problemas no trabalho	75,3	4,1	7,4	13,2
7 Ter de mudar de endereço	74,4	7,4	6,6	11,6
8 Estar sofrendo violência/abuso sexual, emocional, ou físico	88,4	0,8	2,5	8,3
9 Problemas com álcool/drogas	92,6	2,5	0,8	4,1
10 Problemas com amigos	94,2	3,3	1,7	0,8

Tabela 2 – Frequência das respostas das participantes (n = 121) de cada item da Escala de Estresse Parental – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Item	Frequência (%)				
	Discordo totalmente	Discordo	Indecisa	Concordo	Concordo totalmente
1 Eu estou feliz no meu papel como pai/mãe.	0	0	0	28,1	71,9
2 Cuidar do meu filho(a) às vezes leva mais tempo e energia do que eu tenho para dar.	17,4	15,7	3,3	42,1	21,5
3 Eu me sinto próximo do meu filho	0	0	0	28,1	71,9
4 Eu gosto de passar o tempo com o meu filho(a).	0	0	0	28,1	71,9
5 Meu filho(a) é uma importante fonte de carinho para mim.	0	0	0	24,8	75,2
6 Ter filhos me dá uma visão mais otimista para o futuro.	0	1,7	4,9	34,7	58,7
7 A principal fonte de estresse na minha vida é o meu filho(a).	69,5	23,1	3,3	4,1	0
8 Ter filhos deixa pouco tempo e flexibilidade em minha vida.	20,7	29,7	4,9	36,4	8,3
9 Ter filhos tem sido um peso financeiro.	42,1	38,0	8,3	9,9	1,7
10 É difícil equilibrar diferentes responsabilidades por conta do meu filho(a).	21,5	30,6	9,0	30,6	8,3
11 O comportamento do meu filho(a) é frequentemente vergonhoso ou estressante para mim.	57,8	36,4	1,7	3,3	0,8
12 Se eu tivesse que fazer tudo de novo, talvez decidisse não ter filhos.	48,9	38,0	3,3	4,9	4,9
13 Eu me sinto sobrecarregado (a) pela responsabilidade de ser pai/mãe.	35,6	28,9	7,4	22,3	5,8
14 Ter filhos tem significado ter poucas escolhas e pouco controle sobre a minha vida.	40,6	38,0	4,9	11,6	4,9
15 Eu estou satisfeito(a) como pai/mãe	0	0,8	1,7	29,7	67,8
16 Eu acho meu filho(a) agradável.	0	0	0	25,6	74,4

a frequência relativa das respostas obtidas das participantes em cada item do instrumento da Escala de Estresse Percebido na gestação, utilizada na primeira etapa. A pergunta realizada foi 'Quanto cada frase causa estresse ou preocupação no momento para você?', para a qual as participantes escolhiam uma resposta entre 'nenhum estresse', 'algum estresse', 'estresse moderado', e 'estresse intenso'.

As questões mais pontuadas como estresse intenso foram as preocupações financeiras e o sentimento de sobrecarga. Quando

somadas as pontuações do estresse moderado com estresse intenso, também sobressaem os aspectos de preocupações financeiras, sentimento de sobrecarga e problemas com a família. Os aspectos apontados com nenhum estresse, para a maior parte das participantes, foram problemas relacionados a amigos, álcool e drogas e sofrer algum tipo de violência.

Na segunda etapa, quando o bebê havia completado um mês de vida, as informações foram que 32,2% das participantes estavam em licença maternidade e 24,0% não estavam, bem

Tabela 3 – Distribuição das características individuais, familiares e sociais e a frequência de estresse parental em mulheres (n = 121) – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Variáveis		Frequência n (%)		Valor de p ^a
		Estresse parental baixo	Estresse parental alto	
Idade (anos)	18–25	48,1	51,9	0,730
	26–35	55,6	44,4	
	≥ 36	23,1	76,9	
Escolaridade (anos)	≤ 7	64,7	35,3	0,358
	8 a 10	42,9	57,1	
	11 a 13	50,8	49,2	
	≥ 14	71,4	28,6	
Trabalho remunerado	Missing: 1	–	–	0,716
	Sim	54,4	45,6	
Possui companheiro	Não	50,0	50,0	1,000
	Sim	51,8	48,2	
Filhos (nº)	Não	55,6	44,4	0,137
	0	44,4	55,6	
	1–2	59,7	40,3	
Recebe auxílio governamental	≥ 3	33,3	66,7	0,078
	Sim	31,6	68,4	
	Não	56,4	43,6	
Sofreu violência física ou psicológica nos últimos três meses	Missing: 1	–	–	0,284
	Sim	37,5	62,5	
Presenciou violência física ou psicológica nos últimos três meses	Não	54,3	45,7	0,824
	Sim	50,0	50,0	
Segurança na comunidade	Não	52,6	47,4	0,843
	Sim	52,9	47,1	
Ingestão de bebida alcoólica	Não	50,0	50,0	1,000
	Sim	50,0	50,0	
Licença maternidade	Não	52,2	47,8	0,438
	Sim	46,2	53,8	
Recebe licença	Não	54,9	45,1	1,000
	Sim	48,6	51,4	
Tipo de parto	Missing: 82	–	–	0,852
	Normal	53,3	46,7	
Intercorrências no parto	Cesárea	50,0	50,0	0,838
	Sim	50,0	50,0	
Aleitamento materno exclusivo	Não	52,8	47,2	0,847
	Sim	51,2	48,8	
Considera o sono do filho problema	Não	53,8	46,2	0,594
	Sim	43,8	56,3	
	Não	53,3	46,7	

^aValor de p obtido a da análise com o teste exato de Fisher.

como 43,8% não responderam a essa questão, por não trabalhar fora e não ter direito a licença.

O perfil dos bebês apresentou as seguintes características: maioria do sexo masculino (55,4%), parto vaginal (62,0%) e com alguma intercorrência no parto (26,4%). No tocante ao aleitamento materno, 67,8% estavam em aleitamento materno exclusivo, 18,9% em aleitamento materno predominante, 8,4% referiram praticar aleitamento materno misto e 4,9% tiveram desmame no primeiro mês de vida. Sobre o sono do bebê neste período, 13,2% participantes consideraram os hábitos do sono infantil um problema no primeiro mês após o nascimento da criança.

Em relação ao desequilíbrio no papel materno, nota-se discreta oscilação entre as que apresentaram alto nível de estresse parental (47,9%) e baixo nível de estresse parental (52,1%). A Escala de Estresse Parental utilizada no primeiro mês da criança obteve respostas de concordância em 16 itens. A Tabela 2 descreve os itens e suas frequências. Os itens 1, 3, 4, 5, 6, 15 e 16 são frases positivas sobre a parentalidade e a discordância da frase apresentada relaciona-se ao maior estresse parental. Os outros itens são frases que, com maior concordância, indicam maiores níveis de estresse parental.

As respostas do item 2 'Cuidar do meu filho(a) às vezes leva mais tempo e energia do que eu tenho para dar' e do item 8 'Ter filhos deixa pouco tempo e flexibilidade em minha vida' apresentaram destaque, em decorrência do expressivo número das participantes sinalizarem concordância. Além deles, também é possível apontar a relevância das respostas dos itens 10 'É difícil equilibrar diferentes responsabilidades por conta do meu filho(a)', 13 'Eu me sinto sobrecarregado (a) pela responsabilidade de ser pai/mãe', e 14 'Ter filhos tem significado ter poucas escolhas e pouco controle sobre a minha vida', dado que a concordância das participantes com esses itens também evidencia o alto nível de estresse parental encontrado.

As associações entre as características individuais, familiares e sociais e a frequência de estresse parental em mulheres, realizadas pelo teste Exato de Fisher, estão descritos na Tabela 3. De acordo com a análise, nenhuma das características estudadas apresentou diferença estatisticamente significativa e, portanto, não apresentaram associação aos níveis altos de estresse parental (valores de $p > 0,05$).

Já na análise de correlação entre as variáveis numéricas e o escore total de estresse parental (Tabela 4), o teste mostrou resultados significantes para número de 'gestações planejadas' e

para o 'estresse na gestação' ($p < 0,05$). Esses achados indicam uma correlação destes fatores com o estresse parental para as mulheres do presente estudo.

As análises com modelos de regressão multivariada foram realizadas para identificar as possíveis relações entre o escore total de estresse parental ou o nível de estresse parental e as características individuais, familiares e sociais pesquisadas (Figura 1). Considerando o escore total de estresse parental, foi identificada uma diferença significativa para o fator 'estresse na gestação', indicando relação entre essa variável e os maiores escores totais de estresse parental (*Odds ratio* positivo). Assim, para cada aumento de um ponto no escore de estresse na gestação, estima-se que o escore total de estresse parental aumenta em 0,32.

Considerando o nível de estresse parental de forma categórica (estresse alto = 1; estresse baixo = 0), o 'número de gestações planejadas' foi a única variável que evidenciou diferença estatística (*Odds ratio negativo*). Com este resultado, estima-se que, por cada aumento de um ponto no número de gestações planejadas, o nível de estresse parental diminui em 0,40.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi identificado que o estresse na gestação está diretamente relacionado aos escores totais de estresse parental. A presença de estresse na gestação e estresse parental alto para a maioria das participantes corrobora a literatura científica. Ter algum estresse parental é esperado e considerado dentro da normalidade, mas os níveis elevados de estresse para o exercício da parentalidade podem afetar o relacionamento entre cuidadores parentais e filhos^(1,2).

A grande preocupação é que os padrões de estresse parental possam afetar negativamente as práticas parentais e o desenvolvimento na primeira infância⁽¹⁸⁾. Estudos apontam que o estresse diário, a relação que as figuras parentais tiveram com seus próprios pais/mães e a presença de psicopatologias sugerem impulsionar o estresse parental^(1-3,19).

A maternidade para as mulheres tem relações com as primeiras interações e identificação como mulher, durante a infância, adolescência até a gestação, sendo a gravidez um processo significativo e que envolve sentimentos de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação⁽⁸⁾. O momento da gestação, de algum modo, requer lidar e assumir o papel materno, gerando mudanças nos seus relacionamentos e estilo de vida, na psique e no corpo da mulher⁽²⁰⁾. A maioria das gestantes que participaram

Tabela 4 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis independentes numéricas e o escore total de estresse parental em mulheres (n = 121) – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	N ^a	r ^b	Intervalo de confiança de 95%	Valor de p
Gestações planejadas (n°)	119	-0,237	[-0,433 -0,040]	0,009
Renda familiar (R\$)	114	0,000	[-0,187 0,188]	1,000
Moradores na mesma casa (n°)	118	0,087	[-0,125 0,298]	0,350
Redes de apoio (n°)	121	0,076	[-0,110 0,263]	0,405
Vínculos fortes (n°)	121	-0,011	[-0,175 0,153]	0,907
Vínculos fracos (n°)	121	-0,136	[-0,270 -0,0007]	0,138
Vínculos conflituosos (n°)	121	0,143	[-0,014 0,300]	0,117
Estresse na gestação (escore)	121	0,194	[0,030 0,418]	0,033

^aNúmero de participantes que responderam a essa questão. ^bCoeficiente de Spearman.

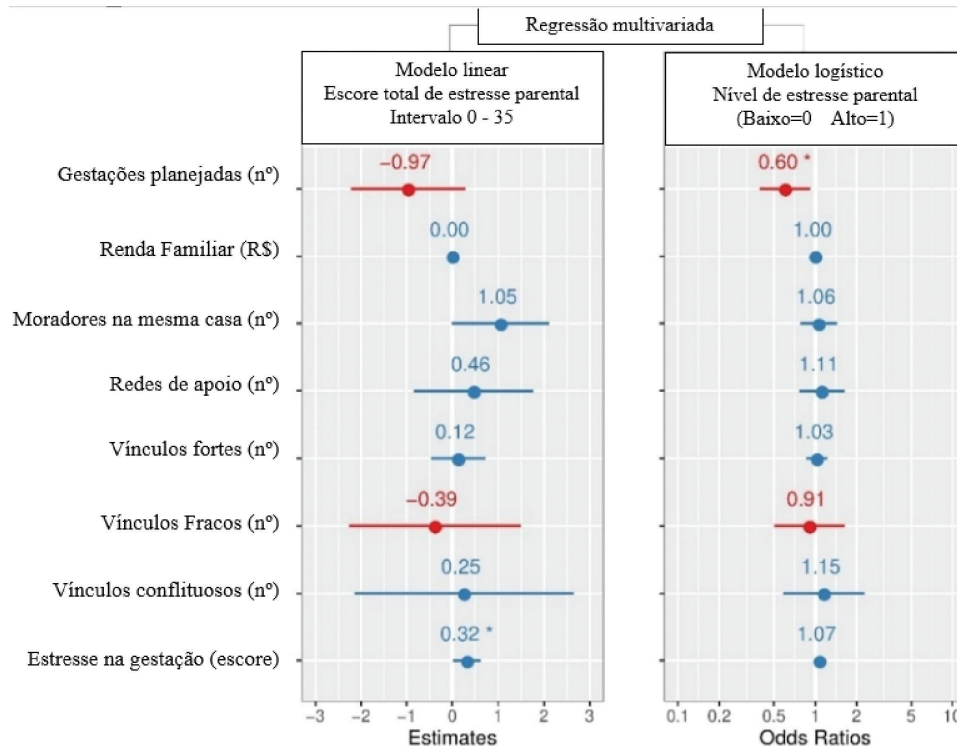


Figura 1 – Forest plot obtidos a partir dos modelos de regressão multivariada linear (à esquerda) e logística (à direita) utilizando como variáveis dependentes, respectivamente, o escore total de estresse parental e nível de estresse parental e as características das participantes como independentes. Os pontos representam as estimativas para regressão linear ou *Odds Ratio* para regressão logística e as barras indicam o intervalo de confiança de 95%. Valores estimados positivos ou *Odds Ratio* maiores do que as unidades estão representados em azul e os negativos ou abaixo da unidade estão representados em vermelho. Os cálculos foram realizados sobre um conjunto de dados de 110 participantes de um total de 121 (11 missing). * $p < 0,05$.

da presente investigação apresentou algum estresse no período gestacional. Além disso, o estresse na gestação mostrou-se correlacionado com o estresse parental alto. Torna-se essencial acolher os sentimentos ambíguos das mulheres, ouvir suas preocupações e dúvidas e trabalhar o empoderamento, para que se sintam capazes de exercer a maternidade e fortalecer sua existência como pessoa e mulher, repercutindo em circunstâncias para reduzir o estresse parental.

Nessa investigação, os resultados mostraram que se pode estimar que o número de gestações planejadas diminui o nível de estresse parental. O não planejamento da gravidez constitui um processo de estresse, tendo em vista que a tomada de decisão e o preparo para uma gravidez estão relacionados à menores quantidades de estresse dos cuidadores parentais^(2,3). A saúde reprodutiva é um fator necessário a ser trabalhado em consultas, para permitir planejamentos da gravidez, a fim de construir uma parentalidade adequada que promova menos estresse parental e crie melhores ambientes para o desenvolvimento da criança e da mulher.

A família designa diversas realidades que podem gerar circunstâncias complexas e com muitos significados que variam de acordo com a perspectiva de cada pessoa⁽²¹⁾. A estrutura e a dinâmica familiar podem influenciar a vida da criança permanentemente, afetando sua saúde e seu bem-estar^(3,5,19). Entretanto, outros aspectos da família não tiveram associação com o estresse parental no primeiro mês de vida do bebê, como os vínculos interpessoais e a presença de redes de apoio nesse estudo.

Ambientes violentos, falta de recursos financeiros e materiais, desemprego, insegurança alimentar, violência intrafamiliar, negligência, maus tratos, criminalidade, psicopatologia dos pais, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, com perdas e abandonos, possuem múltiplos riscos para o desenvolvimento das crianças⁽²²⁾. Portanto, tais aspectos merecem investigações contínuas para analisar diferentes circunstâncias e suas repercussões para a saúde da mulher e da criança.

Experiências estressantes no processo de parto e nascimento podem gerar estresse^(17,23) e ter impacto nas interações de parentalidade com o bebê^(8,24). Apesar disso, nesse estudo os demais fatores analisados não mostraram resultados relacionados ao estresse parental. A parentalidade engloba um contexto complexo de relações que, a depender das vulnerabilidades, tem potencial para gerar estresse aos indivíduos envolvidos, especialmente no que tange ao primeiro mês de vida do bebê, uma vez que é um período marcado pelo nascimento, pela chegada em casa e pelos processos iniciais de cuidado e adaptação pela mãe e família, que por si só pode justificar a presença de um estresse parental^(25,26).

O uso do genograma e ecomapa trouxe potencialidades e desafios ao presente estudo. Tais ferramentas contribuíram para estabelecer interação, descrever as famílias e identificar variabilidade de arranjos familiares, vínculos interpessoais e elementos da rede de apoio. O genograma e o ecomapa configuraram-se, portanto, como facilitadores na identificação de condições estressantes. Desse modo, reafirma a relevância

deles com a finalidade de clarear as estruturas internas e externas das famílias, proporcionando a coleta de dados e formas de aproximação entre entrevistador e entrevistado⁽¹³⁾.

As práticas efetivas para a promoção do desenvolvimento da criança envolvem observação, detecção e intervenção, sendo de extrema relevância conhecer as relações familiares e os processos de estresse parental. Nesse sentido, é necessário abordar os cuidados cotidianos junto às famílias, integrados às ações intersectoriais, com destaque para a saúde, educação e proteção social^(4,27).

As práticas parentais configuram um universo amplo, determinadas por um contexto cultural, social e emocional^(3,22). É possível auxiliar os cuidadores parentais identificando fortalezas, capacidades e recursos que reforcem as práticas e os estilos parentais positivos, para impactar diretamente o desenvolvimento infantil^(20,28). Ao mesmo tempo, o incremento de políticas públicas voltadas para a primeiríssima infância, no período pré-natal até os três primeiros anos de idade das crianças, é crucial para um desenvolvimento humano sólido^(13,29).

As limitações do presente estudo referem-se à identificação do estresse parental centrado em entrevistas com as mulheres, cabendo expandir para diferentes cuidadores parentais e em diferentes momentos da gestação e dos cuidados das crianças. Ainda, salienta-se que a ocorrência de perdas e descontinuidade de participantes da amostra é considerada fator limitante ao

estudo. O objeto de estudo aqui delineado é complexo e amplo e outras pesquisas são relevantes na temática das práticas parentais, redes de apoio e adversidades na primeiríssima infância.

CONCLUSÃO

As mulheres que apresentaram maior nível de estresse parental tiveram estresse na gestação, e o planejamento da gestação mostrou ser um fator de diminuição do nível de estresse. Esses resultados sugerem que são fundamentais as ações para identificar precocemente e reduzir o estresse parental, com destaque para a atuação dos profissionais da saúde junto às famílias no contexto da atenção primária à saúde.

Para além da preocupação com a sobrevivência das crianças, a oferta de apoio qualificado aos cuidadores parentais e famílias traz benefícios ao desenvolvimento infantil e bem-estar das crianças e mulheres. Nesse caminho, o incremento de boas práticas no período pré-natal e nos primeiros anos de vida das crianças é essencial para a saúde integral com repercussões de longo alcance.

MATERIAL SUPLEMENTAR

O seguinte material online está disponível para o presente artigo: <https://data.scielo.org/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.48331/scielodata.TB4JUB&version=1.0>

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores relacionados ao estresse parental de mulheres na gestação e primeiro mês de vida da criança. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo em duas etapas. Análise de entrevistas em domicílio com 121 participantes, Escala de Estresse Gestacional e de Estresse Parental. Aplicados teste exato de Fisher, correlação de Spearman e regressão multivariada linear e logística, com $p < 0,05$. **Resultados:** A maior parcela das participantes tinha entre 18 e 35 anos, 11 a 13 anos de estudo, sem trabalho remunerado, com companheiro, geralmente o pai da criança, gestação planejada, múltipara e realização do pré-natal. Na gestação, 67,8% apresentaram estresse. No primeiro mês após o nascimento do filho, a maioria teve baixo estresse parental (52,1%). Estresse parental alto apresentou correlação com algum estresse gestacional. Planejar a gestação diminuiu o estresse parental. **Conclusão:** Estresse gestacional e parental no primeiro mês de vida da criança foram correlacionados e o planejamento da gestação constituiu fator de diminuição dos níveis de estresse. Ações oportunas para reduzir o estresse parental são fundamentais para a parentalidade e saúde integral da criança.

DESCRITORES

Angústia Psicológica; Cuidado Pré-natal; Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores relacionados con el estrés parental de la mujer durante el embarazo y el primer mes de vida del niño. **Método:** Estudio longitudinal prospectivo en dos etapas. Análisis de entrevistas domiciliarias con 121 participantes, Escala de Estrés Gestacional y Estrés Parental. Se aplicó la prueba exacta de Fisher, correlación de Spearman y regresión multivariada lineal y logística, con $p < 0,05$. **Resultados:** La mayoría de las participantes tenía entre 18 y 35 años, tenía entre 11 y 13 años de escolaridad, no tenía trabajo remunerado, tenía pareja, generalmente el padre del niño, embarazo planificado, múltipara y realizó control prenatal. Durante el embarazo, el 67,8% tuvo estrés. En el primer mes después del nacimiento del hijo, la mayoría presentó bajo estrés parental (52,1%). El estrés parental alto se correlacionó con algo de estrés gestacional. La planificación del embarazo disminuyó el estrés parental. **Conclusión:** El estrés gestacional y parental en el primer mes de vida del niño se correlacionaron y la planificación del embarazo fue un factor en la reducción de los niveles de estrés. Las acciones oportunas para reducir el estrés parental son esenciales para la responsabilidad parental y la salud general del niño.

DESCRIPTORES

Distrés Psicológico; Atención Prenatal; Desarrollo Infantil; Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brito A, Faro A. Estresse parental: revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicol Pesqui.* 2016;10(1):64–75. doi: <http://dx.doi.org/10.24879/201600100010048>.
2. Rodríguez-JenKins J, Marcenko MO. Parenting stress among child welfare involved families: differences by child placement. *Child Youth Serv Rev.* 2014;46:19–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.024>. PubMed PMID: 26170514.
3. Barroso RG, Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica.* 2010;1(52-1):211–29. doi: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10.

4. Wat A, Jones J, Dreyfus S, Laracy M, Casey AE, Lombardi J, et al. Three principles to improve outcomes for children and family. Cambridge: Harvard University; 2017 [citado em 2023 mar 1]. Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>
5. Belsky J, Jaffee SR. The multiple determinants of parenting. In: Cicchetti D, Cohen, DJ, editores. *Developmental psychopathology*. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006. p. 38–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/9780470939406.ch2>.
6. Neves KR, Morais RLS, Teixeira RA, Pinto PAF. Growth and development and their environmental and biological determinants. *J Pediatr*. 2016;92(3):241–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.08.007>. PubMed PMID: 26772895.
7. Delvecchio E, Germani A, Raspa V, Lis A, Mazzeschi C. Parenting styles and child's well-being: the mediating role of the perceived parental stress. *Eur J Psychol*. 2020;16(3):514–31. doi: <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2013>. PubMed PMID: 33680196.
8. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women Birth*. 2021;34(5):e451–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>. PubMed PMID: 33153952.
9. Kertes DA, Kamin HS, Hughes DA, Rodney NC, Bhatt S, Mulligan CJ. Prenatal maternal stress predicts methylation of genes regulating the hypothalamic-pituitary-adrenocortical system in mothers and newborns in the Democratic Republic of Congo. *Child Dev*. 2016;87(1):61–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cdev.12487>. PubMed PMID: 26822443.
10. Center on the Developing Child. From Best Practices to Breakthrough Impacts national scientific council on the developing child Foundation. Cambridge: Harvard University; 2016. p. 1–52 [citado em 2023 mar 1]. Disponível em: https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/05/From_Best_Practices_to_Breakthrough_Impacts-4.pdf
11. Santos L. Healthcare regions and their care networks: an organizational-systemic model for SUS. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1281–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. PubMed PMID: 28444052.
12. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12(12):1495–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>. PubMed PMID: 25046131.
13. Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, de Mello DF. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):211–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>.
14. Curry MA, Burton D, Fields J. The prenatal psychosocial profile: a research and clinical tool. *Res Nurs Health*. 1998;21(3):211–9. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K). PubMed PMID: 9609506.
15. Weissheimer AM, Mamede MV. Prenatal Psychosocial Profile: translation, cross-cultural adaptation and validation to its use in Brazil. *Midwifery*. 2015;31(12):1157–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.001>. PubMed PMID: 26342854.
16. Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 5th ed. Pennsylvania: FA Davis Company; 2012 [citado em 2023 mar 1]. Disponível em: https://www.academia.edu/37173925/Nurses_and_Families_A_Guide_to_Family_Assessment_and_Intervention_5th_edition
17. Berry JO, Jones WH. The parental stress scale: initial psychometric evidence. *J Soc Pers Relat*. 1995;12(3):463–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0265407595123009>.
18. Brito A, Faro A. Diferenças por sexo, adaptação e validação da Escala de Estresse Parental. *Aval Psicol*. 2017;16(1):38–47. doi: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.05>.
19. Georg AK, Schröder-Pfeifer P, Cierpka M, Taubner S. Maternal parenting stress in the face of early regulatory disorders in infancy: A machine learning approach to identify what matters most. *Front Psychiatry*. 2021;12:663285. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.663285>. PubMed PMID: 34408674.
20. Frosch CA, Schoppe-Sullivan SJ, O'Banion DD. Parenting and child development: a relational health perspective. *Am J Lifestyle Med*. 2021;15(1):45–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1559827619849028>. PubMed PMID: 33447170.
21. Macana EC, Comim F. O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In: Pluciennik AG, Lazzari MC, Chicaro MF, editores. *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. 1ª ed. São Paulo: Fundação Maria Cecília SoutoVidigal (FMCSV); 2015. p. 4–47 [citado em 2023 mar 1]. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/fundamentos-da-familia/>
22. Demers LA, Handley ED, Hunt RH, Rogosch FA, Toth SL, Thomas KM, et al. Childhood maltreatment disrupts brain-mediated pathways between adolescent maternal relationship quality and positive adult outcomes. *Child Maltreat*. 2019;24(4):424–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559519847770>. PubMed PMID: 31084199.
23. McCarthy M, Houghton C, Matvienko-Sikar K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):811. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>. PubMed PMID: 34865642.
24. Holopainen A, Verhage ML, Oosterman M. Childbirth experience associated with maternal and paternal stress during the first year, but not child attachment. *Front Psychiatry*. 2020;11:562394. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.562394>. PubMed PMID: 33132933.
25. Pereira D. Parenting and health: the major challenge of complex relations. *Children*. 2021;8(10):928. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/children8100928>. PubMed PMID: 34682193.
26. Mehrin SF, Hamadani JD, Salveen NE, Hasan MI, Hossain SJ, Baker-Henningham H. Adapting an evidence-based, early childhood parenting programme for integration into government primary health care services in rural Bangladesh. *Front Public Health*. 2021;8:608173. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.608173>. PubMed PMID: 33537282.
27. Archambault J, Côté D, Raynault MF. Early childhood education and care access for children from disadvantaged backgrounds: using a framework to guide intervention. *Early Child Educ J*. 2020;48(3):345–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10643-019-01002-x>. PubMed PMID: 32226270.
28. Gondim EC, Scorzafeve LGDS, Santos DD, Henrique NCP, Pereira FM, Mello DF. Matching between maternal knowledge about infant development and care for children under one year old. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3675. PubMed PMID: 36287398.

29. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary health care and sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2020;98(11):792–800. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.245613>. PubMed PMID: 33177776.

EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Incentivo e apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2016/18535-6, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 309762/2019-7.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.