

Lilian Aparecida Dos Santos Oliveira Silva

**Estudos Psicométricos da versão Portuguesa da Escala de
Avaliação Parental**

Orientadora: Prof^ª. Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Lilian Aparecida Dos Santos Oliveira Silva

**Estudos Psicométricos da versão Portuguesa da Escala de
Avaliação Parental**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 1 de Março de 2017 com o Despacho de Nomeação de Júri nº 446/2016 com a seguinte composição de Júri:

Presidente- Professor Doutor Américo Batista

Arguente-Professor Doutor Pedro Joel Rosa

Orientador: Professora Doutora Barbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos de algumas pessoas. Gostaria, por este facto, de expressar a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este sonho se tornasse uma realidade.

À minha orientadora, Professora Doutora Bárbara Nazaré, um agradecimento muito especial por todo apoio, orientação, dedicação e total disponibilidade a mim dispensada.

À minha família, que é o meu bem mais precioso, pois sem eles nada seria possível, agradeço pelo apoio incondicional, incentivo e paciência demonstrados ao longo desses anos.

À todos vocês, quero manifestar os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

A autoeficácia parental refere-se à crença dos pais em relação à sua capacidade para desempenhar o papel parental. O presente estudo teve como principal objetivo o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Avaliação Parental (EAP). Teve também como objetivo comparar a autoeficácia parental de mulheres e homens. Participaram neste estudo 167 indivíduos de ambos os sexos (103 mulheres e 64 homens) com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos, pais de bebés cujas idades variaram entre 1 e 24 meses. O protocolo de avaliação foi composto por um questionário sociodemográfico e clínico; EAP; Questionário de Confiança Parental; Instrumento de Responsividade Entre Mãe/Pai e Bebé; Nova Escala de Satisfação Sexual e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Os resultados mostraram que a EAP possui boas qualidades psicométricas, tais como: validade de construto, validade convergente e divergente, validade de critério, sensibilidade e fidelidade, permitindo a sua utilização, tanto na prática clínica como na investigação. Em relação às comparações de género, os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Palavras-chave: Autoeficácia parental, Escala de Avaliação Parental, propriedades psicométricas.

Abstract

Parental self-efficacy concerns the parental beliefs regarding their ability to perform the parental role. This study aimed to study the psychometric properties of the Portuguese version of Parental Evaluation Scale. It also aimed to compare the parental self-efficacy of women and men. The sample consisted of 167 individuals of both sexes (103 women and 64 men) aged between 18 and 52 years old, whose children ranged from 1 to 24 months in age. The evaluation protocol was composed of a sociodemographic and clinical questionnaire; the Parental Evaluation Scale; the Parental Confidence Questionnaire; Maternal Infant Responsiveness Instrument; the New Sexual Satisfaction Scale; and the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The results showed that the Parental Evaluation Scale has good psychometric properties such as: construct validity, convergent and divergent validity; criterion validity, sensitivity and reliability, allowing its use in both clinical practice and research. Regarding gender comparisons, the results showed no significant differences between men and women.

Keywords: Parental Evaluation Scale, Parental Self-efficacy, Psychometric properties.

Índice de Siglas

AFE	Análise Fatorial Exploratória
EAP	Escala de Avaliação Parental
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MIRI	Instrumento de Responsividade Entre Mãe/Pai e Bebê
NESS	Nova Escala de Satisfação Sexual
QCP	Questionário de Confiança Parental
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Índice

INTRODUÇÃO	9
Autoeficácia	9
Autoeficácia Parental	10
Escala de Avaliação Parental	13
Objetivos do estudo e hipóteses	15
MÉTODO	15
Participantes.....	15
Instrumentos.....	16
Procedimento	17
Análises de dados.....	19
RESULTADOS	19
Validade de construto	19
Validades Convergente e Divergente.....	21
Validade de Critério	22
Sensibilidade.....	23
DISCUSSÃO	25
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	33
Anexo I- Consentimento Informado.....	34
Anexo II- Ficha de dados sociodemográficos e clínicos	35
Anexo III- Escala de Avaliação Parental	36
Anexo IV- Questionário de Confiança Parental	37
Anexo V- Instrumento de Responsividade Entre Mãe/ Pai e Bebé	38
Anexo VI- Nova Escala de Satisfação Sexual	39
Anexo VII- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	40

Índice de Quadros

Quadro 1	Saturação dos itens por fator
Quadro 2	Saturação dos itens por fator após eliminação de itens
Quadro 3	Validade convergente e divergente da EAP
Quadro 4	Comparação de pais primários e múltiplos em relação à autoeficácia parental
Quadro 5	Comparação de pais sem e com sintomatologia depressiva clinicamente significativa em relação à Autoeficácia Parental
Quadro 6	Características distribucionais e consistência interna da EAP
Quadro 7	Características distribucionais dos itens, consistência interna e correlação item- total
Quadro 8	Análise de autoeficácia parental nos homens e mulheres

Introdução

Autoeficácia

O construto de autoeficácia foi introduzido em 1977 por Bandura e refere-se à crença do indivíduo sobre a sua capacidade para desempenhar com sucesso atividades específicas (Bandura, 1977).

Segundo Domingues (2014), as crenças de autoeficácia constroem-se baseadas no julgamento das capacidades adquiridas, isto é, indivíduos com as mesmas capacidades podem obter êxito ou fracasso em função das diferentes avaliações que fazem acerca das suas competências. Assim, as competências adquiridas podem não corresponder à perceção que o indivíduo tem das mesmas.

Para Bandura (1989), a forma como as pessoas avaliam as suas capacidades influencia o seu nível de desempenho, visto que indivíduos com baixa autoeficácia apresentam pouca motivação, fraco sentido de compromisso e baixas expectativas quanto ao seu desempenho. Segundo o autor, indivíduos que se autopercecionam como incapazes tendem a encarar as potenciais dificuldades como ameaça, sentem medo e criam dificuldades a si próprios, comprometendo o seu nível de capacidade para agir. Em contrapartida, indivíduos com elevada perceção de autoeficácia tendem a ter maior persistência face a eventuais dificuldades, bem como maior motivação e interesse, o que estimulará o seu envolvimento. Contudo, importa referir que a autoeficácia é considerada dinâmica e pode estar sujeita a mudanças, isto se os processos de desenvolvimento pessoal e individual forem alterados (Bandura, 1982).

Acredita-se que as crenças de autoeficácia funcionem como preditor do comportamento humano, na medida em que é mais provável que os indivíduos se envolvam em atividades que se julgam capazes de realizar do que naquelas em que se acham menos competentes (Martins, 2014). Atendendo a isto, verifica-se que este conceito assume um papel muito significativo, visto que influencia o modo como as pessoas sentem, pensam e se comportam (Bandura, 1982).

De acordo com Roque (2013), diferentes fatores podem contribuir para o aumento ou diminuição das crenças de autoeficácia, tais como: (1) experiência pessoal do sujeito, uma vez que as experiências de êxitos continuados em tarefas semelhantes fornecem ao indivíduo

informações que fazem aumentar o seu sentido de autoeficácia; em contrapartida, os insucessos repetidos diminuem a noção de autoeficácia; (2) aprendizagem vicariante, ou seja, a observação de outros indivíduos que funcionam como modelos promove no observador sentimentos positivos como coragem e confiança para desenvolver atividades semelhantes; (3) persuasão verbal, isto é, induções verbais positivas, especialmente de pessoas significativas ou percebidas como competentes pelo indivíduo, são capazes de promover o desenvolvimento de crenças positivas no sujeito, que atuam como uma fonte motivacional, levando-o a acreditar que obterá sucesso, mesmo perante tarefas nas quais já experimentou fracasso; (4) e, por fim, estados fisiológicos e emocionais, isto é, sinais como os de fadiga, de medo e de ansiedade, por sinalizarem vulnerabilidade, levam a pessoa a julgar-se com baixa capacidade para enfrentar determinadas situações. Inversamente, a percepção de eficácia tende a aumentar perante estados de humor positivos e de bem-estar. Essas fontes promotoras da autoeficácia tanto podem atuar em associação umas com as outras, como isoladamente. Diante disso, estes elementos assumem um papel muito significativo na transmissão de informações, visto que fortalecem ou enfraquecem as crenças dos indivíduos em relação às suas competências (Roque, 2013).

A autoeficácia tem sido comumente entendida como um construto de domínio específico, visto que um indivíduo pode experienciar percepções diferenciadas de autoeficácia consoante a área, ou seja, pode sentir-se competente na realização de uma determinada tarefa e, no entanto, sentir-se incompetente em outras áreas específicas. Desta forma, o conceito de autoeficácia tem sido estudado em diversos domínios específicos, inclusive no âmbito parental (Brites & Nunes, 2010).

Autoeficácia Parental

A parentalidade representa, muito provavelmente, o papel mais satisfatório desempenhado pelo adulto, mas também o mais exigente, dadas as demandas intelectuais, físicas e emocionais que esta implica, tanto para as mães, como para os pais. A parentalidade consiste em assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai, adotando comportamentos destinados a facilitar a incorporação da criança no seio familiar e a otimizar o crescimento e desenvolvimento desta (Ferreira et al., 2014).

De acordo com Martins (2013), a chegada de um filho traz à vida de um casal mudanças a vários níveis, como no sono, tempos de lazer, relacionamento conjugal, social, etc., portanto, traz a necessidade de uma série de adaptações. Assim, após o nascimento, a

família precisa de reorganizar-se, a fim de atender às exigências do bebé, enquanto se adaptam aos novos papéis parentais. Todo este processo de ajustamento ao novo papel e às características da criança traduz-se no desenvolver de competências.

Cardoso (2011) afirma que a aquisição de novas competências é facilitada pela percepção de autoeficácia parental, a qual é definida como a crença dos pais em relação à sua capacidade para desempenhar o papel parental, a qual parece estar significativamente associada à satisfação parental.

Neste sentido, diferentes estudos foram desenvolvidos a fim de avaliar a autoeficácia parental no período pós-natal, nomeadamente o estudo realizado por Salonen et al. (2009), que teve como objetivo avaliar a autoeficácia parental em pais e mães de bebés, durante a primeira semana após o parto, tendo-se revelado elevada. Para os autores, estes resultados tem a ver com o facto de que na Finlândia, país onde o estudo foi realizado, os novos pais têm acesso a benefícios do governo, como um subsídio para a saúde, licença parental e apoio financeiro para o cuidado do bebé, o que na maioria dos países não acontece, podendo afetar a autoeficácia parental. Contudo, em termos de comparações de género, as mães apresentaram níveis mais elevados que os pais de autoeficácia parental relacionada com competências afetivas, cognitivas e comportamentais. Para justificar as diferenças de género, Salonen e seus colaboradores (2009) acreditam que o facto de apenas as mães terem recebido, por parte do hospital, o apoio e as informações necessários no cuidado com o bebé pode ter contribuído para influenciar os resultados.

Outro estudo realizado recentemente por Ferreira et al. (2014), com pais e mães de crianças com idades compreendidas entre os 18 e os 61 meses, indicou que as mães se autopercebem como significativamente mais competentes, em comparação com os pais, em domínios específicos de ternura, valorização e disponibilidade emocional. Segundo os autores, os seus resultados corroboram os achados de Meunier e Roskam (2009), que apontam para a mãe como mais carinhosa e o pai mais rígido.

Verifica-se, na literatura, que a autoeficácia parental pode ser influenciada por diferentes fatores, tais como a experiência parental/paridade e a sintomatologia depressiva. Em relação à experiência parental/paridade, esta refere-se à experiência prévia dos pais nesse papel e influencia a autoeficácia parental, uma vez que esta é menor quando existe menos experiência (Tristão et al., 2015). De acordo com Tristão e colaboradores (2015), estes resultados vão ao encontro dos pressupostos de Bandura, que afirma que a experiência da parentalidade aumenta as crenças de sucesso no desempenho do papel parental.

Contudo, no estudo realizado por Shorey, Chan, Chong e He (2014) com mães após o parto, não foram encontradas diferenças significativas entre mães primíparas e múltiparas. Segundo os autores, estes resultados podem ser justificados pelo facto de os dados terem sido recolhidos no dia da alta hospitalar, ou seja, a disponibilidade de apoio no hospital pode ter impulsionado a autoeficácia das mães, resultando em elevados níveis de autoeficácia parental.

Tem, igualmente, sido demonstrado que a autoeficácia parental se encontra inversamente correlacionada com a sintomatologia depressiva nos pais, o que interfere negativamente no desempenho e na satisfação parental (Azmoode, Jafarnejade & Mazlom, 2015; Farkas-klein, 2008; Roque, 2013).

Ardelt e Eccles (2001) consideram que as crenças de autoeficácia que os pais têm relativamente ao seu papel parental emergem como um forte preditor de práticas parentais positivas. Segundo os autores, pais que possuem elevada autoeficácia tendem a envolver-se em estratégias eficazes de parentalidade, resultando em melhores resultados quanto à educação e desenvolvimento da criança. Assim, os pais estarão mais motivados e confiantes para desempenhar o seu papel parental se acreditarem que são capazes de realizar esta função com sucesso. Em contrapartida, Ferreira (2012) refere que baixos níveis de autoeficácia estão associados a sentimentos de frustração, depressão e diminuição da satisfação quanto ao papel parental.

Relativamente à figura materna, estudos (Coleman & Karraker, 1997; Cutrona & Troutman, 1986; Ferreira, 2012; Haslam, Pakenham, & Smith, 2006) indicam que elevada autoeficácia materna traduz-se em melhores cuidados ao bebé e uma melhor saúde mental materna. Em contrapartida, a autoeficácia materna está inversamente relacionada com a depressão pós-parto, o que pode influenciar de maneira negativa a construção do vínculo mãe-bebé e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança (Farkas-Klein, 2008; Tristão et al., 2015).

No que diz respeito à figura paterna, estudos mostram que quanto maior o seu nível de autoeficácia, maior será a probabilidade de o pai desenvolver comportamentos eficazes no desempenho do seu papel, promovendo um melhor desenvolvimento da criança (Ferreira et al., 2014; Young, 2011).

Desta forma, o construto de autoeficácia parental pode ser considerado um fator crítico e determinante na qualidade da parentalidade, uma vez que contribui para (1) melhorar a qualidade das interações pais-filhos; (2) aumentar as capacidades de resposta dos pais, visto

que altos níveis de autoeficácia promovem maior motivação e satisfação com a parentalidade e, por fim, (3) promover maior envolvimento dos pais com os filhos, o que produz uma influência direta no desenvolvimento destes, reduzindo a probabilidade de surgir sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva ou problemas de comportamento, promovendo ainda a autoestima e o autoconceito da criança (Ribeiro, 2014).

Escala de Avaliação Parental

Face à relevância clínica que esta variável assume, vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a autoeficácia parental, tais como: Infant Care Survey (Froman & Owen, 1989); Parent Expectation Survey (Reece, 1992); Maternal Efficacy Questionnaire (Teti & Gelfand, 1991); e Self-Efficacy in Infant Care Scale (Prasopkittikun et al., 2006). Todavia, a maioria destes instrumentos foi criticada por apresentar limitações, nomeadamente: (1) foco quase exclusivo no cuidado e na saúde física do bebé, sem considerar os comportamentos interativos entre pais e bebé; (2) características psicométricas insuficientemente estudadas e, por vezes, (3) falta de clareza concetual (Farkas-Klein, 2008).

Atendendo a isso, em 2008, Farkas-Klein julgou pertinente desenvolver a Escala de Evaluación Parental (em português, Escala de Avaliação Parental - EAP), cujo objetivo seria avaliar a autoeficácia e satisfação com a maternidade em mulheres chilenas com filhos dos 0 aos 24 meses. Foi intenção da autora desenvolver uma escala projetada especialmente para estas mães, respeitando as características e valorização da maternidade na cultura chilena.

A EAP foi desenvolvida com base na revisão de escalas e questionários já existentes, designadamente, a escala Parenting Sense of Competence, de Johnston e Mash (1989), e a escala Being a Parent, de Doyle e McCarthy (2001). Também foi utilizada como referência a Teoria da Autoeficácia de Bandura e os seus guias para construir uma escala. A versão inicial da EAP foi composta por vinte itens, dos quais doze foram traduzidos e adaptados da escala Being a Parent, de Doyle e McCarthy (2001), sendo os restantes oito itens desenvolvidos de raiz. Dez itens correspondiam a afirmações positivas e dez a afirmações negativas sobre a maternidade. Trata-se, portanto, de um instrumento pequeno e de fácil compreensão e aplicação, que poderia ser administrado por outros e autoadministrado (Farkas-Klein, 2008).

Para a realização dos estudos psicométricos da versão inicial, recorreu-se a uma amostra de 100 mulheres chilenas, mães de bebés dos 0 aos 21 meses. O objetivo foi realizar uma análise discriminativa dos itens e, assim, selecionar os 10 itens definitivos que formariam a escala. Os resultados da análise discriminante indicaram coeficientes de correlação item-total que variaram entre 0,32 e 0,74. Com base nesta análise, foram

selecionados os 10 itens que compõem a escala final, cujos coeficientes variaram de 0,57 a 0,74. Embora a autora previsse que os itens se agrupariam nos fatores satisfação materna e autoeficácia, a análise fatorial apresentou dois fatores correspondentes a atitudes positivas e negativas face à maternidade. Atendendo a isto, a autora apenas considera relevante a pontuação total da EAP (Farkas-Klein, 2008).

Assim, a escala final é composta por 10 itens, dos quais sete correspondem a afirmações negativas sobre a maternidade e três são afirmações positivas. Segundo a autora, cinco itens são adaptações das escalas anteriores e cinco itens são novos. O formato de resposta deste instrumento baseia-se numa escala de concordância de tipo Likert com onze opções, num intervalo de 0 (*Discordo totalmente*) a 10 (*Concordo totalmente*), em que 5 é o ponto intermédio (*Não concordo, nem discordo*). A pontuação total é calculada a partir da soma de todos os itens, posteriormente dividida por 10. Relativamente à interpretação, pontuações superiores correspondem a uma perceção mais elevada de autoeficácia e satisfação materna, com os valores da escala total a variar entre 0 e 10 (Farkas-Klein, 2008).

Para a versão final da escala, realizaram-se análises de consistência interna. Os valores encontrados para a consistência interna foram de 0,85 para a escala total e variaram entre 0,66 e 0,81 para os seus itens (alfa de Cronbach excluindo o item). Desta forma, a autora concluiu que a consistência interna é adequada e que os resultados da análise preliminar da escala são satisfatórios (Farkas-Klein, 2008). Até ao momento, este instrumento não foi adaptado para outros idiomas.

Atendendo à pertinência que este construto assume, tanto pelas implicações nas figuras parentais como no desenvolvimento da criança, considera-se importante desenvolver e adaptar instrumentos que avaliem fiavelmente esta variável. Em Portugal, até onde temos conhecimento, existe apenas um instrumento que avalia a autoeficácia parental, mas não se aplica a crianças com menos de 24 meses (Brites & Nunes, 2010). Além disto, verificou-se que muitos estudos têm-se focado apenas em avaliar a figura materna, sendo a figura paterna pouco considerada. Atendendo a isso, o presente estudo visa preencher esta lacuna, de forma a contribuir para a literatura. A escolha recaiu na EAP (Farkas-Klein, 2008), face às boas qualidades psicométricas que possui, bem como pelo facto de ser um instrumento possível de ser usado tanto em contexto clínico como de investigação, podendo ser uma ferramenta útil para avaliar a autoeficácia parental na população portuguesa.

Objetivos do estudo e hipóteses

Constitui-se como principal objetivo traduzir, adaptar e avaliar o comportamento psicométrico da EAP (Farkas-Klein, 2008), no sentido de verificar se a versão portuguesa deste instrumento possui características que permitam a sua utilização, tanto na prática clínica como na investigação. Também definimos como objetivo avaliar a autoeficácia parental nas figuras materna e paterna. Para tais objetivos, foram colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Espera-se que os pais múltiparos apresentem valores superiores de autoeficácia parental em relação aos pais primíparos;

Hipótese 2: Espera-se que os indivíduos sem sintomatologia depressiva apresentem maiores níveis de autoeficácia parental em relação aos indivíduos com sintomatologia depressiva;

Hipótese 3: Espera-se encontrar valores mais elevados de autoeficácia parental nas mulheres do que nos homens.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 167 participantes, dos quais 103 (61,70%) são do sexo feminino e 64 (38,30%) do sexo masculino. Na seleção dos participantes, definiram-se como critérios de inclusão para o presente estudo: (1) ter um filho saudável com idade entre 0 e 24 meses; (2) ter idade igual ou superior a 18 anos; (3) residir em Portugal; (4) ter nacionalidade portuguesa; e (5) apresentar um nível de compreensão do português escrito que permita o preenchimento do protocolo de avaliação.

Não se verificaram diferenças significativas ($t_{180} = -1,28, p = 0,204$) entre as idades das mulheres ($M = 31,82$ anos, $DP = 5,59$) e dos homens ($M = 33,59$ anos, $DP = 6,80$). Em relação à escolaridade, não se verificaram diferenças significativas ($t_{165} = 0,23, p = 0,817$) entre mulheres ($M = 13,66$ escolaridade, $DP = 4,14$) e homens ($M = 13,52$ escolaridade, $DP = 3,50$). No que toca ao estado civil, a grande maioria das mulheres (80,60%, $n = 83$) e dos homens (81,20%, $n = 52$) era casada ou unida de facto, sem que se verificassem diferenças nesta variável ($\chi^2 = 0,05, p = 0,975$). Todos os participantes da amostra são pais de bebés de ambos os sexos entre os 0 e 24 meses ($M = 12,13, DP = 7,16$). Não se verificaram diferenças significativas ($t_{165} = -1,49, p = 0,136$) em relação ao número de filhos entre mulheres ($M = 1,45, DP = 0,59$) e homens ($M = 1,59, DP = 0,66$).

Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído por uma ficha de dados sociodemográficos e por cinco questionários de autorresposta, nomeadamente: EAP, Questionário de Confiança Parental (QCP), Instrumento de Responsividade Entre Mãe/Pai e Bebê (MIRI), Nova Escala de Satisfação Sexual (NESS) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: inclui perguntas sobre as características sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil) e clínicas dos pais (história psicopatológica, história obstétrica) e características do bebê (sexo, data de nascimento, problemas de saúde).

EAP (versão original: Farkas-Klein, 2008): as principais características da versão original deste instrumento foram descritas anteriormente.

QCP (versão original: Badr, 2005; versão portuguesa: Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011): este questionário foi desenvolvido para avaliar a confiança nas capacidades parentais. É constituído por 13 itens, aos quais se responde com base numa escala de frequência de tipo Likert de 5 pontos (de *Nunca* a *Sempre*). Relativamente à versão portuguesa, é estruturada em três fatores: Conhecimento em Relação ao Bebê, que diz respeito ao nível de conhecimento que os pais têm acerca da criança, ao nível das suas necessidades e motivações; Prestação de Cuidados ao Bebê, que se refere à perceção de competência que os pais têm em relação às tarefas específicas de prestação de cuidados, como alimentar e dar banho; e, por fim, Avaliação da Experiência de Parentalidade, que se refere ao nível de satisfação e de confiança vivenciada pelos pais no desempenho do seu papel. No que toca à sua interpretação, pontuações superiores significam uma perceção de competência mais elevada. A versão portuguesa apresenta bons níveis de validade e de fidelidade. Neste estudo, esta medida apresentou, para os homens, um valor de alfa de Cronbach de 0,90 para a escala total; no que toca às subescalas, a que obteve uma consistência interna mais baixa (0,63) foi Avaliação da Experiência de Parentalidade e aquela com um valor de alfa mais elevado (0,89) foi Prestação de Cuidados ao Bebê. Para as mulheres, este instrumento obteve 0,82 para a escala total; relativamente às subescalas, a subescala com um valor de consistência menor (0,65) foi igualmente Avaliação da Experiência de Parentalidade e a subescala com um valor mais elevado (0,82) foi Conhecimento em Relação ao Bebê.

MIRI (versão original: Amankwaa & Pickler, 2007): este instrumento visa medir o reconhecimento das mães e pais em relação à sua capacidade de resposta ao bebê, bem como

a sua avaliação das respostas do bebé a si. É constituído por 22 itens, aos quais se responde com base numa escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos (de *Discordo completamente* a *Concordo completamente*). Em relação à sua interpretação, pontuações superiores correspondem a maior responsividade materna. O estudo psicométrico da versão original apresentou resultados satisfatórios, com um alfa de Cronbach de 0,86. As características psicométricas da versão portuguesa estão atualmente em estudo. Neste estudo, a MIRI apresentou um valor de alfa de Cronbach para a escala total de 0,91 para as mulheres e 0,90 para os homens.

NESS (versão original: Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2010; versão portuguesa: Pechorro et al., 2015): esta escala tem como objetivo avaliar a satisfação sexual em homens e mulheres. É constituída por 20 itens, aos quais se responde com base numa escala de tipo Likert de 5 pontos (de *Nada satisfeito* a *Totalmente satisfeito*). Em relação à sua interpretação, pontuações superiores correspondem a maior satisfação sexual. Relativamente à versão portuguesa, é estruturada em dois fatores, nomeadamente: Centração no Eu e Centração no Parceiro e na Atividade Sexual. A versão portuguesa apresenta bons níveis de validade e de fidelidade. Neste estudo, a NESS apresentou um valor de alfa de Cronbach para a escala total de 0,96 para as mulheres e de 0,97 para os homens.

EPDS versão original: Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Figueiredo, 1997): esta escala destina-se à deteção da depressão pós-parto. É composta por 10 itens, cada um dos quais com quatro opções de resposta (de 0 a 3 pontos), de acordo com a intensidade relatada do sintoma depressivo. A pontuação total varia entre 0 e 30. Em relação à sua interpretação, um valor igual ou superior a 9 pontos indica sintomatologia depressiva clinicamente significativa. As características psicométricas da versão portuguesa apresentaram bons níveis de validade e de fidelidade. Neste estudo, a EPDS apresentou um valor de alfa de Cronbach para a escala total de 0,83 para as mulheres e para os homens.

Procedimento

Em primeiro lugar, o projeto desta investigação foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, tendo sido aprovado. Trata-se de um estudo quantitativo, não-experimental e transversal (uma vez que os dados foram recolhidos num único momento).

O passo seguinte consistiu no pedido de autorização à autora da versão original do instrumento para a sua tradução e adaptação para a população portuguesa. Com a autorização obtida, deu-se início ao processo de tradução da escala. A escala começou por ser traduzida para português por duas pessoas experientes na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. A fim de garantir o rigor da tradução, estas duas versões independentes foram comparadas, chegando-se a uma versão conciliada, que foi posteriormente avaliada por uma terceira pessoa igualmente experiente na tarefa, tendo como referência a versão original.

Por sugestão da autora da versão original, pelo facto de a EAP ter sido desenvolvida para avaliar a satisfação e a autoeficácia em mulheres chilenas, o questionário foi revisto por uma equipa de psicólogos com experiência clínica e de investigação na área da transição para a parentalidade, os quais consideraram os itens adequados à população portuguesa e a ambos os sexos.

Quanto à amostra para o presente estudo, esta correspondeu a uma amostra por conveniência, sendo a recolha de dados feita por dois métodos: presencialmente e *online*. Relativamente ao primeiro método, foram contactadas diferentes instituições, nomeadamente: o Infantário Carochinha e a Instituição Ajuda de Mãe, que dispõem de berçários e creches acessíveis à população geral. Os objetivos do estudo foram explicados aos responsáveis das instituições, no sentido de avaliar a possibilidade de ser entregue uma carta fechada aos potenciais participantes com o protocolo de avaliação.

Para além dos instrumentos já descritos, também foi disponibilizado aos potenciais participantes um documento de consentimento informado, o qual apresentou todas as informações referentes ao estudo necessárias a uma decisão informada (ver Anexos). O anonimato da informação recolhida foi garantido, visto que o consentimento informado foi entregue separadamente do protocolo de avaliação. Em relação à recolha da amostra no Infantário Carochinha, o protocolo de avaliação foi entregue aos pais dentro de um envelope fechado, o qual foi preenchido pelos mesmos sem auxílio dos investigadores. O processo de devolução dos questionários com as respostas obedeceu ao mesmo procedimento que a entrega.

Em relação ao processo de recolha da amostra na Instituição Ajuda de Mãe, o protocolo de avaliação foi entregue dentro de um envelope fechado aos pais pelos investigadores. A recolha foi feita no dia seguinte pelo responsável do local, devido à indisponibilidade dos pais para preencherem no momento da entrega.

Outro método utilizado foi a recolha de dados por via *online*, em que foi construída uma plataforma digital, através do *website* www.typeform.com, que permitiu o preenchimento *online* do protocolo de avaliação. O respetivo *link* foi divulgado por email e nas redes sociais para amigos e conhecidos.

Análises de dados

A análise estatística foi feita com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS - versão 22.0). O nível de significância foi fixado em 0,05. Foram calculadas frequências e determinadas as médias e os desvios-padrão no que refere às características da amostra e às variáveis contínuas em estudo. Utilizou-se testes *t* de Student (para variáveis contínuas) e testes de qui quadrado (para variáveis categoriais) com o objetivo de efetuar comparações entre grupos. Utilizou-se também os coeficientes de correlação de Pearson para analisar a validade da EAP e as correlações item-total, os coeficientes de consistência interna alfa de Cronbach para avaliar a fidelidade, a análise fatorial exploratória (AFE) através da análise de componentes principais com rotação varimax para verificar a estrutura fatorial da EAP e, por fim, estatísticas descritivas para avaliar a sensibilidade dos itens.

Resultados

Validade de construto

A validade de construto foi avaliada com recurso a uma AFE, com extração dos fatores pelo método de componentes principais com rotação varimax. O teste de esfericidade de Bartlett requer uma significância inferior a 0,05, enquanto o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) deverá ter valores superiores a 0,70 para se prosseguir com a análise fatorial (Marôco, 2011). Com os pressupostos cumpridos (teste de Bartlett: $p < 0,001$; KMO = 0,85), realizou-se a AFE, a qual resultou na extração de dois fatores, que explicavam 53,90% da variância total dos resultados. Seis itens ficaram agregados no F1 (30,01% de variância), agregando-se os restantes quatro itens no F2 (23,90% de variância) (ver Quadro 1).

Quadro 1. *Saturação dos Itens por Fator*

Itens	F1	F2
8.Sinto que, em geral, as tarefas da parentalidade não me permitem desfrutar do meu bebé.	.784	.045
7.As exigências da parentalidade fazem-me sentir tenso(a) e angustiado(a).	.753	.185
9.Sinto que não tenho conseguido ser o tipo de pai/mãe que gostaria.	.697	.296
6.É realmente difícil para mim decidir como educar o meu bebé.	.624	.141
5.Ser pai/mãe não tem sido tão satisfatório como eu esperava.	.586	.239
1.Sinto-me constantemente criticado(a) ou avaliado(a) pelos outros no meu papel de pai/mãe.	.573	.212
10.Ser pai/mãe faz-me sentir satisfeito(a) e feliz.	.210	.831
4.Considero que as decisões que tomo em relação à educação do meu bebé são as mais acertadas.	.077	.825
2.Sinto que faço um bom trabalho como pai/mãe.	.271	.759
3.Os meus interesses e aptidões estão noutras áreas da minha vida, não na parentalidade.	.384	.452

Com base nos resultados do Quadro 1, verificou-se que os itens não se agruparam nos fatores satisfação e autoeficácia parental, mas sim em atitudes positivas e negativas em relação à maternidade (exceto o item 3), tal como aconteceu no estudo original. Visto que a satisfação e autoeficácia parental constituem construtos diferentes, considerámos que o facto de não estarem diferenciados na estrutura fatorial poderia colocar em causa a validade do instrumento. Desta forma, após considerarmos a opinião da autora, bem como as vantagens e desvantagens de cada opção, optámos por eliminar os três itens (5, 8 e 10) relacionados com a satisfação parental.

Atendendo a isto, repetimos a AFE, considerando os sete itens restantes. Os resultados obtidos no teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) e no índice de KMO (0,80) permitiram-nos avançar para a realização da AFE, a qual resultou na extração de um fator, cuja variância total explicada foi de 43.12% (ver Quadro 2).

Quadro 2. *Saturação dos Itens por Fator Após Eliminação de Itens*

Itens	F1
7.As exigências da parentalidade fazem-me sentir tenso(a) e angustiado(a).	.727
9.Sinto que não tenho conseguido ser o tipo de pai/mãe que gostaria.	.725
2.Sinto que faço um bom trabalho como pai/mãe	.705
6.É realmente difícil para mim decidir como educar o meu bebé.	.632
1.Sinto-me constantemente criticado(a) ou avaliado(a) pelos outros no meu papel de pai/mãe	.624
4.Considero que as decisões que tomo em relação à educação do meu bebé são as mais acertadas.	.618
3.Os meus interesses e aptidões estão noutras áreas da minha vida, não na parentalidade	.544

Validades Convergente e Divergente

A validade convergente representa a associação entre medidas que avaliam o mesmo construto ou construtos relacionados (Almeida & Freire, 2007). Para calcular a validade convergente da EAP, utilizámos o QCP, cujas correlações demonstraram ser significativas, positivas e moderadas (Ver Quadro 3). Recorremos também ao MIRI, que se correlacionou de forma significativa, positiva e forte (Ver quadro 3), mostrando que os construtos se encontram associados (Pestana & Gageiro, 2005).

A validade divergente consiste no grau em que uma medida não se correlaciona com outras medidas das quais se supõe que deve divergir (Sánchez, 1999). Para avaliar a validade divergente da EAP, recorremos à NESS, cuja correlação demonstrou ser significativa, positiva e fraca (Ver quadro 3), de acordo com o que é esperado de um instrumento que mede um construto diferente (Pestana & Gageiro, 2005; ver Quadro 3).

Quadro 3. *Validade Convergente e Divergente da EAP*

	QCP_F1	QCP_F2	QCP_3	QCP_Total	MIRI_Total	NESS_Total
EAP_Total	.400**	.337**	.527**	.506**	.639**	.250**

** $p < 0,01$

Nota. EAP_Total - Escala de Avaliação Parental Total; ECP_F1- Escala de Confiança Parental Fator 1; ECP_F2 - Questionário de Confiança Parental Fator 2; ECP_03 - Escala de Confiança Parental Fator 3; ECP_Total - Escala de Confiança Parental_Total; MIRI Total - Instrumento de Responsividade Entre Mãe e Bebê; NESS_Total - Nova Escala de Satisfação Sexual.

Validade de Critério

A validade de critério baseada na diferenciação de grupos visa avaliar a capacidade do instrumento para distinguir grupos com posições diferentes face ao construto avaliado (Moreira, 2004). Considerando a influência positiva que a experiência parental tem demonstrado na autoeficácia parental, visto que esta é menor quando existe menos experiência (Roque, 2013; Tristão et al., 2015), decidimos comparar pais primíparos e pais múltiparos. Como indica o quadro 4, o instrumento mostrou ter capacidade para diferenciar os grupos, visto que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre eles: os pais múltiparos apresentaram valores mais elevados de autoeficácia parental quando comparados com pais primíparos, confirmando assim a hipótese colocada.

Quadro 4. *Comparação de Pais Primíparos e Múltiparos em Relação à Autoeficácia Parental*

	Autoeficácia Parental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Primíparos	7.09	1.80	-2.412	0.017
Múltiparos	7.72	1.48		

Verifica-se na literatura que a sintomatologia depressiva exerce influência negativa na autoeficácia parental, visto que ambas estão inversamente correlacionadas (Roque, 2013). Assim, optamos por fazer esta análise no nosso estudo, comparando indivíduos sem sintomatologia depressiva com indivíduos que demonstraram sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Como mostra o quadro 5, o instrumento mostrou, mais uma vez, ter capacidade para diferenciar os grupos, visto que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos, em que pais sem sintomatologia depressiva apresentaram valores superiores de autoeficácia parental, confirmando assim a hipótese colocada.

Quadro 5. *Comparação de Pais Sem e Com Sintomatologia Depressiva Clinicamente Significativa em Relação à Autoeficácia Parental*

	Autoeficácia Parental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sem sintomatologia clinicamente significativa	7.71	1.60	-3.849	.000
Com sintomatologia clinicamente significativa	6.67	1.65		

Sensibilidade

O teste de Kolmogorov-Smirnov indicou que as pontuações da escala total não apresentou uma distribuição normal. Em relação aos valores de assimetria e curtose, apenas a curtose apresentou valores adequados atendendo ao critério de 0.5 que Meyers et al. (2006) definem como conservador (ver tabela 6).

Quadro 6. *Características Distribucionais e Consistência Interna da EAP*

EAP	<i>M</i>	(Min-Max)	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Kolmogorov-Smirnov	Alfa de Cronbach
Total	7.34	(.86-10.0)	1.69	-.679	.475	df = 180 p = .004	.77

Relativamente às características descritivas dos itens da escala, é desejável que o valor médio das respostas se situe em torno da alternativa de resposta média (DeVellis, 2011), que neste caso é 5, o que não se confirma no nosso estudo. Em relação ao desvio-padrão, Carretero-Dios e Pérez (2005) referem que valores inferiores a 1 são classificados como desejáveis, uma vez que indicam que a maioria dos participantes optou pelas alternativas de resposta intermédias da escala, selecionando poucas vezes as opções situadas nos extremos da escala; contudo, isso não se verifica no nosso estudo. Os valores mínimos e máximos registados nas respostas a cada item revelam que os participantes selecionaram, pelo menos uma vez, as respostas correspondentes aos extremos da escala.

Relativamente aos coeficientes de assimetria e de curtose, os valores devem enquadrar-se num intervalo de -0.5 a 0.5, que assegura uma distribuição normal das respostas (Maroco, 2007). Contudo, no caso da assimetria, apenas o item 1 apresentou uma distribuição normal. Já no caso da curtose, apenas os itens 7 e 9 apresentaram uma distribuição normal, apresentando os seguintes itens 2, 3 e 4 uma distribuição leptocúrtica e os demais itens uma distribuição platicúrtica.

Quadro 7. *Características Distribucionais dos Itens, Consistência Interna e Correlação Item Total*

Item	<i>M</i>	Min-Max	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach excluindo o item	Correlação item-total	Correlação Item-total corrigida
1	3.25	0-10	2.91	.485	-.874	.738	.656**	.498
2	8.15	0-10	1.71	-1.21	1.82	.741	.635**	.533
3	2.16	0-10	2.60	1.25	.844	.761	.565**	.380
4	7.92	0-10	1.86	-1.07	1.32	.751	.564**	.438
6	3.22	0-10	2.99	.626	-.709	.746	.660**	.464
7	2.93	0-10	2.82	.709	-.489	.713	.735**	.600
9	2.89	0-10	3.00	.937	-.242	.717	.737**	.583

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Fidelidade

A fidelidade do instrumento refere-se a exatidão da informação que o instrumento proporciona, ou seja, à consistência ou estabilidade da medida (Almeida & Freire, 2007). Valores acima de 0,70 são considerados indicativos de boa consistência interna (Hair et al., 2005). Desta forma, verifica-se que a EAP possui boa consistência interna, ao apresentar um alfa de Cronbach para a escala total de 0,82. Após a eliminação dos três itens (5, 8, 10) foi feito novamente uma análise da consistência interna, tendo apresentado bons valores de alfa de Cronbach (.77) para a versão de sete itens.

No que toca os valores do alfa de Cronbach excluindo cada item, estes situaram-se abaixo do valor de alfa para a escala total, pelo que contribuem para a consistência interna do instrumento (Hill & Hill, 2005).

Em relação as correlações item-total corrigidas, estas situaram-se entre os valores 0.4 e 0.8 (com exceção do item 3), o que, segundo Hil e Hil (2005), constitui uma associação forte, que garante que os itens são capazes de, isoladamente, representar de forma fidedigna o constructo que a escala visa medir.

Comparação de géneros

Com o objetivo de comparar a autoeficácia parental nos homens e mulheres, recorremos ao teste *t* de Student, cujos resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre os grupos, e que ambos apresentam níveis tendencialmente elevados de autoeficácia parental (Ver Quadro 8).

Quadro 8. *Comparação da Autoeficácia Parental nos Homens e Mulheres*

	Autoeficácia Parental			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Homens	7.50	1.86	-0.782	0.436
Mulheres	7.29	1.56		

Discussão

Este trabalho teve como principal objetivo traduzir, adaptar e avaliar o comportamento psicométrico da EAP (Farkas-Klein, 2008), no sentido de verificar se a versão portuguesa deste instrumento possui características que permitam a sua utilização na população portuguesa.

O primeiro passo no processo de validação desse instrumento foi a avaliação da estrutura fatorial. O resultado indicou uma estrutura semelhante ao estudo da versão original, isto é, de dois fatores, em que os itens se agruparam em afirmações positivas e negativas em relação à maternidade, e não considerando a autoeficácia parental e a satisfação parental, como era esperado. A decisão de eliminar os itens 5, 8 e 10, que estavam relacionados com a satisfação parental, foi considerada necessária, visto que a permanência destes itens poderia colocar em causa a validade do instrumento, não permitindo avaliar se o instrumento em estudo mede aquilo que se pretende medir, dado que a autoeficácia parental e a satisfação parental são construtos diferentes. Assim, a estrutura final da versão portuguesa da EAP é composta por apenas um fator, relacionado com a autoeficácia parental e constituído por sete itens.

Foram calculadas a validade convergente, divergente e de critério da EAP. Relativamente à validade convergente e divergente, os resultados indicaram bons índices de validade. A validade de critério, por sua vez, foi realizada através de uma análise de comparação entre pais primíparos e pais múltiparos em relação à autoeficácia parental, colocando-se como hipótese de que os pais múltiparos apresentariam valores superiores de autoeficácia parental em relação aos pais primíparos, tal como se verifica na literatura (Roque, 2013; Tristão et al., 2015). Os resultados obtidos confirmaram a hipótese colocada, corroborando os achados na literatura.

Tendo em conta que a sintomatologia depressiva exerce igualmente influência na autoeficácia parental, mas neste caso de forma negativa (Roque, 2013), decidimos comparar indivíduos sem sintomatologia depressiva clinicamente significativa com indivíduos que demonstraram sintomatologia depressiva clinicamente significativa, esperando encontrar valores superiores de autoeficácia parental em pais sem sintomatologia depressiva. Os resultados obtidos confirmam a hipótese colocada, o que nos permite concluir que a EAP possui boa capacidade para distinguir grupos com posições diferentes face ao construto avaliado (Moreira, 2004).

No que diz respeito à sensibilidade, o estudo das características dos itens mostraram valores bastante satisfatórios. Por fim, foi analisada a fiabilidade da EAP através do alfa de Cronbach, em que se verificou um valor de 0,77 para os sete itens. Segundo Hair et al. (2005), valores acima de 0,70 são considerados indicativos de boa consistência interna.

Desta forma, podemos concluir que o estudo dos itens e das características da escala revelou resultados bastante satisfatórios, que garantem ao instrumento boas qualidades psicométricas a nível de fidelidade e validade, permitindo, assim, a sua utilização tanto na prática clínica como na investigação.

Outro objetivo do estudo consistiu em comparar a autoeficácia parental tendo em conta o género, sendo colocado como hipótese que as mulheres apresentariam níveis mais elevados de autoeficácia parental em relação aos homens, tal como se verifica na literatura (Ferreira et al., 2014; Salonen et al., 2009). Contudo, a hipótese colocada não se confirmou, visto que não houve diferenças significativas entre homens e mulheres. Os resultados demonstraram que ambos os grupos apresentaram níveis elevados de autoeficácia parental, os quais podem ter sido influenciados pela desejabilidade social, isto é, a intenção dos pais de transmitirem uma imagem positiva de si para serem bem aceites pela sociedade (DeVellis, 2011).

Para além do seu bom comportamento psicométrico, a EAP possui outras vantagens, nomeadamente, o facto de ser um instrumento pequeno e de fácil compreensão e aplicação, que pode ser administrado por outros e autoadministrado; é um instrumento que pode ser adaptável a homens e mulheres; e, por último, por permitir avaliar os níveis de autoeficácia percebida nos pais, o que possibilita a deteção precoce de possíveis dificuldades, como, por exemplo, dificuldades de adaptação à parentalidade ou dificuldades na prestação de cuidados ao bebé. Nesses casos, é possível implementar intervenções apropriadas para fortalecer as crenças de autoeficácia e melhorar as competências parentais das figuras materna e paterna, como, por exemplo, ações educativas em grupo sobre prestação de cuidados ao bebé, aconselhamento individual dos pais, e por fim, encaminhamento para serviços de apoio diferenciados em casos que apresentem maiores dificuldades no papel parental e que requeiram um cuidado mais especializado. Consideramos que estas ações podem promover maior qualidade nos cuidados prestados ao bebé, ao mesmo tempo que contribuem para que o papel parental seja vivido de forma adaptativa e gratificante (Ferreira, 2012).

Ao longo do processo de elaboração deste estudo deparámo-nos com algumas limitações que importa mencionar, nomeadamente: (1) o uso de uma amostra de

conveniência, visto que não permite a generalização efetiva dos resultados; (2) o facto de alguns participantes terem preenchido o protocolo de investigação em casa, pelo que não é possível saber se os resultados sofreram enviesamentos, como por exemplo a influência de terceiros; (3) e, por fim, a extensão do protocolo de avaliação, que pode ter influenciado a atenção e motivação dos participantes e, conseqüentemente, os resultados.

Para investigações futuras, consideramos pertinente a realização do estudo com uma amostra representativa e cuja recolha de dados seja presencial. Consideramos também que seria interessante utilizar a EAP em pais adolescentes ou pais de bebés com problemas médicos, visando avaliar a validade do instrumento em diferentes populações.

Referências

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4.^a ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Amankwaa, L. C., Pickler, R. H., & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7 (1), 25-30.
doi:10.1053/j.nainr.2006.12.001
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944-972.
- Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). The predictors for maternal self-efficacy in early parenthood. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3 (2), 368-376.
- Badr, L. K. (2005). Further psychometric testing and use of The Maternal Confidence Questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 163-174.
doi:10.1080/01460860500227572
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Brites, R., & Nunes, O. (2010). Uma nova escala de auto-eficácia parental: Estudos sobre validação. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Braga.

- Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais (Dissertação de doutoramento)*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estúdios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy & parenting quality: Findings & future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depressions Scale*. *British Journal of Psychiatry*, 50, 782-786.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- De-Vellis, R. F. (2011). *Scale development: Theory and applications* (3.^a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Domingues, S. M. (2014). *A influência da atuação docente sobre as crenças de autoeficácia do aluno* (Tese de mestrado não-publicada). Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva. São Paulo. Brasil.
- Doyle, S. R., & McCarthy, C. A. (2001). *Being a Parent* (Technical Report Addendum). Retirado de <http://www.fasttrackproject.org/>
- Farkas-Klein, C. (2008). Escala de Evaluación Parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universidade Psychologica*, 7 (2), 457-467.

- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. (2014). Percepção de competência parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Revista Análise Psicológica*, 32 (2), 145-156. doi: 10.14417/ap.854
- Ferreira, S. C. G. (2012). *Autopercepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo* (Tese de mestrado não-publicada). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Figueiredo, B. F. C. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe- bebé e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento não-publicada). Universidade do Minho. Braga.
- Froman, R. D., & Owen, S. V. (1989). Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 3, 199-211.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Multivariate data analyses* (6.^a ed.). New York: Prentice Hall.
- Haslam, D., Pakenham, K., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27 (3), 276-291. doi:10.1002/imhj.20092
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175. doi:10.1207/s15374424jccp1802_8
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem* (Dissertação de doutoramento não-publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Martins, M. J. F. (2014). *Autoeficácia e qualidade de ensino em professores estagiários de educação física e desporto escolar* (Tese de mestrado não-publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Meunier, J., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child & Family Studies, 18*, 495-511.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Questionário de confiança parental: Análise fatorial confirmatória numa amostra comunitária de casais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14* (1), 23-37.
- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., & Vieira, R. X. (2015). Validação Portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia, 86*, 1-7. doi: 10.1016/j.androl.2014.10.003
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F., Sinsuksai, N., & Sitthimongkol, Y. (2006). Self-efficacy in Infant Care Scale: Development and psychometric testing. *Nursing and Health Sciences, 8*, 44-50. doi:10.1111/j.1442-2018.2004.00266.x
- Reece, S. M. (1992). The Parent Expectations Survey: A measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research, 1*, 336-346. doi:10.1177/105477389200100404
- Ribeiro, M. R. B. (2014). *Envolvimento paterno: Competência e eficácia* (Tese de mestrado não-publicada). ISPA, Lisboa.

- Roque, V. S. M. (2013). *Variáveis sociodemográficas e familiares e sentido de competência parental* (Tese de mestrado não-publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Jarvenpaa, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11), 2324-2336. doi:10.1111/j.1365-2648.2009
- Sánchez, M., & Sarabia, M. J. (1999). *Validez y fiabilidad de escalas. Metodología para la investigación em marketing y dirección de empresas*. Madrid: Pirâmide.
- Shorey, S., Chan, S. W., Chong, Y. S., & He, H. G. (2014). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *Western Journal of Nursing Research*, 2, 1–19. doi: 10.1177/0193945914537724
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *J Sex Res*, 47, 257-268.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929. doi:10.1111/j.1467-8624.1991
- Tristão, R. M., Neiva, E. R., Barnes, C. R., & Macedo, E. A. (2015). Validação da Escala Percepção de Autoeficácia da Parentalidade Materna em amostra brasileira. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), 282-281. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106000>
- Young, S. L. (2011). *Exploring the relationship between parental self- efficacy and social support systems* (Tese de mestrado não-publicada). Iowa State University, Ames, Estados Unidos da América.

Anexos

Anexo I- Consentimento Informado

ADAPTAÇÃO DE HOMENS E MULHERES AO NASCIMENTO DE UM FILHO: DA AVALIAÇÃO À IDENTIFICAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AOS INDICADORES DE ADAPTAÇÃO

Quem são os responsáveis pelo estudo?

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projeto é coordenado pelas Professoras Bárbara Nazaré e Raquel Pires.

O que se pretende com este estudo?

O nascimento de um filho comporta mudanças significativas em diversas áreas da vida familiar. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor a adaptação de mulheres e homens a esta experiência. Deste modo, poderemos desenvolver ações de prevenção ou intervenção, com o objetivo de apoiar as famílias nesta fase de transição.

Quem pode participar no estudo?

Todas as pessoas com 18 anos ou mais, residentes em Portugal, com pelo menos um filho até aos 24 meses de idade e que saibam ler e escrever fluentemente em Português.

Em que consiste a participação no estudo?

Trata-se de uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre diversas áreas da vida (p. e., relação conjugal, relação com o bebé). Esta tarefa terá a duração aproximada de 30 minutos. A participação no estudo não comporta quaisquer riscos ou custos, nem é recompensada monetariamente.

Que direitos têm os participantes?

Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não trará quaisquer consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados?

Toda a informação recolhida será anónima e confidencial. Não será recolhida qualquer informação que permita identificar os participantes. Os dados obtidos serão destinados apenas a tratamento estatístico e analisados em grupo.

Como poderei entrar em contacto com as investigadoras?

Através de email: abarbaravn@gmail.com (Bárbara Nazaré) e raquelpires.ulusofona@gmail.com (Raquel Pires). Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Anexo II- Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

As suas respostas serão designadas por um código, composto pela **inicial do primeiro e do último nome do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) e a data de nascimento dele(a)**, no formato dia mês ano. Por exemplo, no caso do bebé Vasco Nazaré Pereira, nascido a 17 de dezembro de 2015, o código seria: VP17122015.

Tendo em conta estas instruções, indique o seu código: _____

Dados sociodemográficos

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____ (anos)

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/Unido(a) de facto
 Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a)

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____ (anos)

Situação profissional: Estudante
 Trabalhador estudante
 Trabalhador Tempo inteiro
 Tempo parcial
 Desempregado
 Outro: _____

Localidade de residência: _____

Religião: Não Sim. Qual? _____

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

Com quem vive? _____

Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar:

menos de 583 €/mês de 583 a 1.666 €/mês de 1.666 a 3.333 €/mês
 de 3.333 a 6.666 €/mês mais de 6.666 €/mês

Dados relativos à história reprodutiva

Número de filhos: _____

Idade do filho mais velho: _____ ano(s)

Idade do filho mais novo: _____ mes(es)

Caso tenha passado (ou a sua companheira) por perdas na gravidez, de que tipo e quantas foram?

Aborto espontâneo. Quantos? _____

Interrupção médica da gravidez (interrupção devida a malformação ou doença grave do bebé). Quantas? _____

Interrupção voluntária da gravidez. Quantas? _____

Em relação a esta lista de características, indique, para cada uma delas, como é o seu bebê em comparação com a maioria dos bebês. Depois, indique se essa característica específica dificulta ou não a sua interação com o bebê.

	Em comparação com a maioria dos bebês...			Esta característica dificulta a sua interação com o bebê?	
	Mais do que os outros bebês	Tanto como os outros bebês	Menos do que os outros bebês	Sim	Não
É calmo					
Chora					
É difícil de acalmar					
Tem dificuldades com a alimentação					
Bolsa ou tem problemas intestinais (cólicas)					
Tem dificuldade em adormecer					
Dorme por períodos prolongados					
Consegue estar atento e alerta ao que o rodeia					
É rabugento					
É fácil de cuidar					

Dados relativos à relação com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) e sexualidade

Atualmente, mantém um relacionamento amoroso com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a)?

- Não. A relação terminou há quanto tempo? ____ meses
 Sim. Há quanto tempo mantém esta relação? ____ anos

Retomou a atividade sexual com o/a pai/mãe do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a) após o parto?

- Não. Indique a principal razão: _____
 Sim. Quanto tempo após o parto? ____ semanas

Dados relativos à história médica

Alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

- Não. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano
 há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

O pai/mãe do seu filho mais novo alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

- Não. Não sei. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano
 há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

Alguma vez recebeu um diagnóstico de alguma outra doença física ou psiquiátrica?

- Não. Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? há 6 meses ou menos há mais de 6 meses e até 1 ano
 há mais de 1 ano e até 2 anos há mais de 2 anos

Atualmente, faz algum tratamento para alguma das doenças?

- Não. Sim. Que tratamentos? _____

Tem, ou já teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- Não. Sim. Qual e quando? _____

Anexo III- Escala de Avaliação Parental

Anexo IV- Questionário de Confiança Parental

QUESTIONÁRIO DE CONFIANÇA PARENTAL

(Parker & Zahr, 1985; Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011)

Quão confiante se sente no seu papel de pai/mãe?

Selecione a melhor opção para si, tendo em conta a sua experiência com o/a seu/sua filho(a) mais novo(a):

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu sei quando o meu bebé quer que eu brinque com ele.					
2. Eu sei cuidar do meu bebé melhor do que qualquer outra pessoa.					
3. Quando o meu bebé está rabugento, eu sei o motivo.					
4. Eu apercebo-me quando o meu bebé está cansado e precisa de dormir.					
5. Eu sei o que deixa o meu bebé feliz.					
6. Eu sou capaz de dar banho ao meu bebé.					
7. Eu sou capaz de dar de comer ao meu bebé adequadamente.					
8. Eu sou capaz de pegar apropriadamente no meu bebé.					
9. Eu apercebo-me quando o meu bebé está doente.					
10. Eu sinto-me frustrado(a) ao cuidar do meu bebé.					
11. Eu seria bom/boa a ajudar outros(as) pais/mães a aprender a cuidar dos seus bebés.					
12. Eu tenho todas as competências necessárias para ser um(a) bom/boa pai/mãe.					
13. Sinto-me satisfeito(a) com o meu papel de pai/mãe.					

Anexo V- Instrumento de Responsividade Entre Mãe/ Pai e Bebê

INSTRUMENTO DE RESPONSABILIDADE MÃE-BEBÉ
(Amankwaa & Pickler, 2007; adaptação portuguesa em curso)

Instruções: Por favor, responda às seguintes questões da forma mais sincera possível. Assinale a resposta que melhor se adequa ao seu grau de acordo, tendo em conta a sua experiência com o/a seu/sua filho(a) mais novo(a).

1 – Discordo completamente

2 – Discordo

3 – Não concordo nem discordo

4 – Concordo

5 – Concordo completamente

	1	2	3	4	5
1. Tenho feito caretas e sorriso para o meu bebé e observado a reação dele.					
2. Acho que o meu bebé quer que eu lhe toque demasiadas vezes.					
3. Tenho observado o meu bebé a reagir às minhas brincadeiras com ele.					
4. Acho que consigo consolar o meu bebé quando ele chora.					
5. Tenho observado o meu bebé a reagir às minhas conversas com ele.					
6. Acho que sei quando o meu bebé quer brincar.					
7. Tenho observado o meu bebé a reagir quando o consolo.					
8. Acho que sei quando o meu bebé quer que eu o alimente.					
9. Tenho observado as reações do meu bebé quando eu o alimento.					
10. Penso que às vezes reajo de forma lenta às solicitações do meu bebé.					
11. Acho que o meu bebé reage bem ao meu colo.					
12. Tenho observado o meu bebé a reagir ao meu toque.					
13. Acho que o meu bebé quer que eu brinque com ele.					
14. Tenho receio da aparência do meu bebé.					
15. Acho que o meu bebé quer que eu o console demasiadas vezes.					
16. Acho que o meu bebé quer que eu fale com ele.					
17. Sinto-me bem em relação à forma como reajo ao meu bebé.					
18. Sinto-me bem em relação à forma como o meu bebé reage a mim.					
19. Acho que sei quando o meu bebé precisa que eu o alimente.					
20. Tenho medo de cuidar do meu bebé.					
21. Gosto da forma como o meu bebé reage quando brinco com ele.					
22. Acho que o meu bebé quer o meu colo demasiadas vezes.					

Anexo VI- Nova Escala de Satisfação Sexual

NOVA ESCALA DE SATISFAÇÃO SEXUAL

(Stulhofer, Busko & Brouillard, 2010; Pechorro, Almeida, Figueiredo, Pascoal, & Vieira, 2015)

No quadro abaixo, encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Assinale com uma cruz (X) o nível de satisfação que se mais adequa à sua realidade, escolhendo uma das cinco categorias de resposta possíveis. Considerando que não existem respostas corretas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

1 – Nada **2 – Pouco** **3 – Nem pouco nem** **4 – Muito** **5 – Totalmente**
 satisfeito(a) satisfeito(a) muito satisfeito(a) satisfeito(a) satisfeito(a)

	1	2	3	4	5
1. A intensidade da minha excitação sexual.					
2. A qualidade dos meus orgasmos.					
3. A capacidade de me "soltar" e me entregar ao prazer sexual durante as relações.					
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.					
5. A forma como eu reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro(a).					
6. O funcionamento sexual do meu corpo.					
7. O meu à-vontade emocional durante o sexo.					
8. O meu humor depois da atividade sexual.					
9. A frequência dos meus orgasmos.					
10. O prazer que eu proporciono ao/à meu/minha parceiro(a) sexual.					
11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.					
12. O à-vontade do(a) meu/minha parceiro(a) durante o sexo.					
13. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de iniciar a atividade sexual.					
14. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de ter orgasmos.					
15. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de se "soltar" e entregar ao prazer sexual.					
16. A forma como o/a meu/minha parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.					
17. A criatividade sexual do(a) meu/minha parceiro(a).					
18. A disponibilidade sexual do(a) meu/minha parceiro(a).					
19. A diversidade das minhas atividades sexuais.					
20. A frequência da minha atividade sexual.					

Anexo VII- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

(Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 1997)

Por favor, sublinhe a resposta que melhor indica o modo como se tem sentido, nestes últimos 7 dias e não apenas hoje. Veja o exemplo seguinte: *Senti-me feliz.*

Sim, sempre

Sim, quase sempre

Não, poucas vezes

Não, nunca

Isto queria dizer: "Senti-me feliz, quase sempre, durante os últimos 7 dias."

Por favor, complete do mesmo modo as questões seguintes.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas:

Tanto como dantes	Menos do que antes	Muito menos do que antes	Nunca
-------------------	--------------------	--------------------------	-------

2. Tenho tido esperança no futuro:

Tanto como sempre	Bastante menos do que costumava ter	Muito menos do que costumava ter	Quase nenhuma
-------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal:

Sim, a maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Não, nunca
--------------------------	--------------------	-----------	------------

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo:

Não, nunca	Quase nunca	Sim, por vezes	Sim, muitas vezes
------------	-------------	----------------	-------------------

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivo:

Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Não, raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	----------------	------------

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:

Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	Não, resolvo-as tão bem como dantes
---	---	--	-------------------------------------

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:

Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	----------------	-----------	------------

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca
-------------------	-------------------	-----------	------------

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Só às vezes	Não, nunca
-------------------	-------------------	-------------	------------

10. Tive ideia de fazer mal a mim mesma(o):

Sim, muitas vezes	Por vezes	Muito raramente	Não, nunca
-------------------	-----------	-----------------	------------