Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Soraia Daniela Rodrigues Ferreira

Autoeficácia parental e cuidados ao bebé durante a gravidez, em mães e pais

outubro de 2024

Autoeficácia parental e cuidados ao bebé durante a gravidez, em mães e pais

Soraia Daniela Rodrigues Ferreira

UMinho | 2024

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Soraia Daniela Rodrigues Ferreira

Autoeficácia parental e cuidados ao bebé durante a gravidez, em mães e pais

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica na Infância e Adolescência

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Bárbara Figueiredo

outubro de 2024

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram de maneira significativa para a realização bem-sucedida do meu caminho académico, que teve muitos altos e baixos. Desejo estender os meus agradecimentos, em particular, à Professora Doutora Bárbara Figueiredo, minha orientadora, pela notável disponibilidade, apoio, incentivo, diligência e valiosos ensinamentos sobre a prática da psicologia e da investigação.

À Universidade do Minho, expresso a minha gratidão por abrir as portas para a minha educação no mestrado e por me proporcionar tantas e valiosas oportunidades. A experiência e o apoio que recebi durante este período foram fundamentais para o meu crescimento académico e profissional, e serei eternamente grata por todo o conhecimento e vivências que adquiri nesta instituição.

À minha mãe, expresso a minha profunda gratidão pela dedicação e apoio constantes nos momentos desafiadores, pelo esforço financeiro realizado para viabilizar a minha presença na faculdade, pelo amor, carinho e, sobretudo, pela paciência ao longo desta aventura.

Aos meus amigos, construídos ao longo do meu percurso académico e de vida, agradeço pelo apoio incondicional e pelo companheirismo demonstrados ao longo desta jornada. À Tita, deixo o meu mais sincero agradecimento pelo apoio constante ao longo de longos 10 anos, que sempre me manteve motivada e cheia de esperança até nesta fase para seguir em frente com este projeto, mesmo nas vezes em que fui mais desafiada. À Sofia, minha parceira neste projeto e nas idas à faculdade, agradeço profundamente por toda a ajuda durante a elaboração desta tese. Esteve ao meu lado tanto nos bons quanto nos maus momentos, sempre pronta para me apoiar e ajudar em todas as minhas dúvidas e nos momentos de pânico. E à minha amiga Mafalda deixo um obrigada pelo apoio, ajuda, e acompanhamento desde o primeiro ano da faculdade, sem ti este processo teria sido mais difícil.

Ao meu namorado, quero expressar a minha mais profunda gratidão. Obrigada por estares sempre ao meu lado, nos momentos de alegria e nas dificuldades, oferecendo-me apoio incondicional, amor e compreensão. A tua presença tem sido fundamental para o meu crescimento pessoal e para a realização deste projeto, e por isso, sou eternamente grata.

A todos que me ajudaram no meu percurso académico, de uma forma direta ou indireta, deixo um agradecimento enorme.

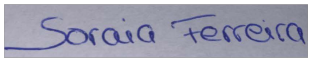
Soraia Daniela Rodrigues Ferreira

Outubro, 2024

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 6 de junho 2024



(Soraia Ferreira)

Resumo

O presente estudo investigou as diferenças na autoeficácia parental e nos cuidados ao bebé entre o primeiro e o terceiro trimestre da gravidez, com o objetivo de compreender o impacto dessas variáveis em pais e mães. Participaram 62 futuros pais, incluindo 31 mães e 31 pais, recrutados no Hospital Pedro Hispano e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Utilizou-se o *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) para medir a autoeficácia parental e o *Baby Care Scale* (BCS) para avaliar os cuidados prestados ao bebé. Os resultados mostraram que a autoeficácia parental não sofreu alterações significativas ao longo da gravidez, e não previu os cuidados ao bebé, contrariando o esperado com base na literatura. Por outro lado, os cuidados ao bebé aumentaram do primeiro para o terceiro trimestre, especialmente na subescala de cuidados próprios e do bebé. Este estudo destaca a importância de explorar as dinâmicas emocionais e contextuais que podem influenciar a autoeficácia parental durante a gravidez e após o nascimento, além de ressaltar a necessidade de apoio contínuo aos futuros pais.

Palavras-chave: autoeficácia parental, cuidados ao bebé, gravidez, parentalidade, diferenças de género

Abstract

This study examined the differences in parental self-efficacy and baby care between the first and third trimesters of pregnancy, aiming to understand how these variables impact both fathers and mothers. A total of 62 expecting parents, including 31 mothers and 31 fathers, were recruited from Pedro Hispano Hospital and the Local Health Unit of Matosinhos. The *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) was used to measure parental self-efficacy, and the *Baby Care Scale* (BCS) was employed to assess baby care. Results indicated that parental self-efficacy remained stable throughout the pregnancy and did not predict baby care, contrary to what was expected from previous literature. However, baby care significantly increased from the first to the third trimester, particularly in the subscales of self-care and baby care. This study highlights the importance of exploring the emotional and contextual factors that may influence parental self-efficacy during pregnancy and after childbirth, as well as emphasizing the need for ongoing support for expecting parents.

Keywords: parental self-efficacy, baby care, pregnancy, parenting, gender differences

Índice

Introdução 8

Metodologia 12

Procedimentos 12

Amostra/Participantes 14

Instrumentos 16

Análise de Dados 17

Resultados 18

Discussão 24

Conclusão 27

Limitações e estudos futuros 28

Referências Bibliográficas 30

Índice de tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra 15

Tabela 2. Medidas descritivas. 19

Tabela 3. Diferenças na autoeficácia parental 20

Tabela 4. Diferenças nos cuidados ao bebé 22

Tabela 5. Impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé (1º trimestre) 23

Tabela 6. Impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé (3º trimestre) 24

Introdução

O estudo da autoeficácia parental e dos cuidados ao bebé tem sido um foco importante na pesquisa sobre desenvolvimento infantil. No entanto, a exploração desses temas durante a gravidez e a inclusão da figura paterna também se revelam cruciais. Essa abordagem é ainda mais pertinente considerando que a maioria dos estudos existentes concentra-se predominantemente na figura materna. Assim, este estudo propõe-se a investigar essas dinâmicas, abordando a autoeficácia parental e os cuidados ao bebé sob a perspetiva da gravidez e do envolvimento paterno, uma vez que existem poucos trabalhos que considerem essa temática de forma abrangente.

A nível geral, a autoeficácia parental é definida como a confiança dos pais relativa à sua capacidade de ter êxito no papel parental. A nível de tarefa específica, é definida como a avaliação que os pais fazem acerca das suas capacidades para realizar comportamentos que acreditam serem essenciais para práticas parentais adaptativas ou para um bom desenvolvimento dos filhos (Dumka et al., 2002).

A parentalidade engloba um conjunto de habilidades, atitudes e comportamentos de um indivíduo ou casal que assumem a responsabilidade de cuidar e educar uma criança. Essa responsabilidade envolve aspetos biológicos relacionados à reprodução e filiação, bem como aspetos psicológicos e sociais relacionados ao vínculo emocional e ao desenvolvimento da criança (Bornstein, 2019). Assim sendo, a parentalidade abrange uma ampla gama de funções e responsabilidades, como fornecer as necessidades básicas da criança, incluindo alimentação, abrigo e cuidados de saúde, além de estimular o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Também envolve estabelecer limites e regras, fornecer suporte emocional, orientação, bem como promover um ambiente seguro e saudável para o seu crescimento. Menciona-se , normalmente, a autoeficácia parental como a crença dos pais na sua própria capacidade de cuidar do bebé (Bandura, 1977; Dumka et al., 2002). Quando os pais têm uma alta autoeficácia, eles geralmente sentem-se mais confiantes nas suas habilidades e são mais propensos a adotar práticas de cuidado adequadas, incluindo cuidados (Albanese et al., 2019).

As perceções de autoeficácia parental determinam também se o comportamento adequado dos pais será iniciado, quanto esforço os pais irão investir e quanto tempo vão dispensar perante os obstáculos e as experiências adversas (Hess et al., 2004). Pais com elevada eficácia e

sensíveis às dificuldades de sinalização da criança persistem face a circunstâncias difíceis para tentar compreender as necessidades da criança, enquanto pais com baixa eficácia tendem a desistir perante as dificuldades (Hess et al., 2004). Existem fatores que influenciam a autoeficácia parental como o stresse parental, a existência de perturbações psicológicas, a situação socioeconómica, o suporte social, a idade dos pais, a etnia, o emprego, o estado civil, entre outros (Fang et al., 2021). É importante destacar que a parentalidade e a autoeficácia parental não são determinadas exclusivamente pelo género (Gou et al., 2019). Embora haja estereótipos de género em relação às responsabilidades parentais (Gordo et al., 2018), pesquisas mostram que a paternidade preocupada/ativa e o envolvimento do pai nos cuidados ao bebé têm um impacto significativo no desenvolvimento da gravidez.

Os cuidados ao bebé englobam várias áreas, como alimentação, higiene, interação e sono na gravidez. Estes cuidados destinados aos filhos têm início durante a gestação e ocorrem de forma simultânea a uma ampla gama de responsabilidades no âmbito do desenvolvimento. Dentro desta área (cuidados ao bebé) existe o envolvimento emocional que é importante e refere-se à ligação afetiva que os pais formam com o bebé antes e após o nascimento. Este vínculo é essencial para garantir que a criança se sinta segura, amada e cuidada. As mães, por estarem fisicamente conectadas ao bebé, tendem a começar a desenvolver esse vínculo logo nas primeiras fases da gestação. A experiência de carregar o bebé no útero, sentir os movimentos fetais e acompanhar as mudanças no corpo pode facilitar esse processo (Figueiredo, 2013).

Para as mães a sensação de presença do bebé costuma ser sentida através de uma conexão emocional crescente à medida que o bebé se torna mais "presente" nas suas vidas, através de ultrassonografias, movimentos fetais, e mesmo fantasias e expectativas sobre o futuro. A antecipação e projeção emocional também é importante e isto inicia quando as mães começam a imaginar e idealizar o bebé, antecipando o seu comportamento, aparência e o relacionamento que terão com ele. Para os pais a participação ativa é uma forma de envolvimento e de cuidar. Embora os pais não tenham uma conexão física direta com o bebé durante a gravidez, o envolvimento emocional pode-se fortalecer por meio de ações como acompanhar consultas médicas, participar em exames de ultrassom e preparar o ambiente para a chegada do bebé. Contudo existem alguns desafios, o pai pode enfrentar algumas dificuldades para criar um vínculo emocional tão imediato, já que ele não experimenta diretamente as mudanças corporais da gestação. Perante isto, percebe-se a importância dos pais (homens) se envolverem nas

preparações e nas rotinas da gravidez, o que ajuda a construir um laço emocional antes do nascimento (Figueiredo, 2013).

O nível de envolvimento emocional pode variar de acordo com características individuais dos pais, como personalidade, experiências de vida anteriores, e a forma como vivenciaram as suas próprias relações familiares. Mães e pais podem desenvolver formas de cuidar o bebé de maneiras distintas, e esses estilos diferentes são influenciados por fatores culturais, sociais e psicológicos (Figueiredo, 2013).

O ambiente emocional durante a gestação pode impactar o desenvolvimento fetal e o bem-estar emocional do bebé após o nascimento. Um Ambiente emocional positivo é um cuidado fundamental e existe quando a mãe e o pai se envolvem emocionalmente de forma positiva durante a gravidez, e isso pode criar um ambiente intrauterino saudável, que contribui para o desenvolvimento emocional do bebé. Os efeitos do stresse parental influência os cuidados ao bebé, níveis de stresse ou ansiedade dos pais podem ter efeitos adversos no desenvolvimento emocional e fisiológico do bebé. Por isso, destaca-se a importância de cuidar da saúde emocional dos pais desde o início da gestação (Figueiredo, 2013).

O impacto do envolvimento do pai nos cuidados ao bebé durante e depois da gravidez no seu desenvolvimento pode ser direto ou indireto. Direto através dos seus comportamentos, e indireto através do seu impacto no apoio percebido da mãe e consequentemente na sua saúde mental e parentalidade (Parke, 1979). Este apoio indireto pode ser feito através do reforço do pai aos cuidados prestados pela mãe ou através da partilha de responsabilidades nos cuidados durante a gravidez e na partilha de tarefas domésticas. Além disso, o envolvimento do pai nos cuidados ao bebé e no agregado familiar está associado a um maior bem-estar subjetivo da mãe e por conseguinte uma melhor qualidade de interação com o bebé durante a gravidez (Pinto et al., 2022). A colaboração entre pais e mães na criação dos filhos é fundamental para promover um ambiente familiar saudável e enriquecedor (American Academy of Pedriatrics, 2009) .

Os homens que experimentam altos níveis de medo em relação ao parto, são menos positivos, pelo que o stresse da paternidade aumenta exponencialmente à medida que transitam para a parentalidade. Esta transição é um processo de trabalho contínuo, e depende da forma como os homens lidam com as outras transformações, uma vez que há uma mudança de identidade, que obriga a uma redefinição da mesma (Hildingsson et al., 2014). Alguns homens apreciam positivamente o papel do pai durante a gravidez, sendo o seu principal foco a resposta

aos sentimentos de fragilidade da mulher grávida. O envolvimento direto com a gravidez aumenta os laços com o futuro bebé quando acariciam o abdómen da mulher, beijam, chamam o feto pelo nome, brincam ou comunicam com ele (Lowdermilk & Perry 2008).

Assim, compreender o pai, é preponderante para o desenvolvimento do bebé e do bem-estar da mãe, apesar de todas as dificuldades e barreiras vivenciadas nesta fase. A paternidade apresenta um stresse significativo nos casais, ameaçando o funcionamento familiar (Lowdermilk & Perry 2008).

Os cuidados ao bebé abrangem uma série de atividades e práticas que visam garantir o seu bem-estar e desenvolvimento saudável como a **alimentação materna saudável** (dieta equilibrada e nutritiva, rica em vitaminas, minerais e ácido fólico; evitar substâncias prejudiciais, como álcool, tabaco e drogas ilícitas), o **acompanhamento pré-natal regular** (consultas pré-natais regulares para monitorar o desenvolvimento do bebé e abordar quaisquer preocupações de saúde), os **exercícios adequados** (praticar atividades físicas seguras e adequadas durante a gravidez, com a aprovação do médico), **a hidratação** (beber uma quantidade de água adequada para garantir o bom funcionamento do corpo e apoiar o desenvolvimento do feto), a **gestão do stresse** (encontrar maneiras saudáveis de gerir o stresse, como fazer meditação, realizar atividades relaxantes e manter uma boa rede de apoio social), a **monitorização de saúde mental** (estar consciente da saúde mental e procurar apoio se necessário, pois o bem-estar emocional da mãe está relacionado ao desenvolvimento fetal), **o evitamento à exposição a substâncias nocivas** (exposição a produtos químicos tóxicos e ambientes prejudiciais), a **educação e preparação** (preparação para o parto e parentalidade para ganhar conhecimento sobre os cuidados com o recém-nascido), e o **descanso necessário** (sono adequado para promover o descanso necessário e a recuperação do corpo) (Lowdermilk & Perry, 2007; Figueiredo, 2013). Ao fornecer esses cuidados básicos e promover um ambiente amoroso e acolhedor, os pais ou cuidadores desempenham um papel fundamental no desenvolvimento saudável do bebé. Isto inclui a construção de um vínculo seguro e uma base sólida para o futuro desenvolvimento e bem-estar da criança (Spock, 1976).

Os cuidados pré-natais são fundamentais para garantir a saúde da mãe e do bebé durante a gestação. A ênfase está em identificar fatores de risco precocemente, monitorar o progresso da gravidez e orientar os futuros pais para promover um parto saudável. Esses cuidados visam não

apenas o acompanhamento médico, mas também a educação e o suporte emocional à gestante e à família (Lowdermilk & Perry, 2007; Figueiredo, 2013).

Ressalta-se ainda a importância, nestes cuidados, de falar com o bebé (uma prática recomendada é que os pais falem com o bebé enquanto ele ainda está no útero. Esta autora indica que o bebé pode ouvir sons e vozes a partir do segundo trimestre de gestação, e essa comunicação pode ajudar a fortalecer o vínculo afetivo entre pais e bebé antes mesmo do nascimento), visualizar o bebé (muitos pais se conectam emocionalmente ao imaginarem o bebé e pensarem no futuro com ele, o que contribui para o envolvimento emocional. Isso pode incluir imaginar como o bebé será fisicamente, refletir sobre a sua personalidade e planejar a vida em família, ultrassons e acompanhamento médico (os exames de ultrassom são momentos em que os pais podem "ver" o bebé pela primeira vez. Esses momentos costumam fortalecer o vínculo emocional, pois tornam o bebé mais real para os pais e reforçam a sensação de que o cuidado começa desde a gravidez) (Figueiredo, 2013).

Devido à escassez de investigações que incluam os pais (paternidade), este estudo visa acolher-lhos e inovar na comunidade científica. Portanto, com a informação da literatura acima descrita levantam-se objetivos e questões a analisar na investigação. Assim sendo, torna-se importante esclarecer alguns objetivos:

1. Analisar diferenças na autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre;
    1.1. Analisar diferenças entre pais e mães nas diferenças da autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre;
2. Analisar as diferenças nos cuidados ao bebé no primeiro e no terceiro trimestre;
    2.1. Analisar diferenças entre pais e mães nas diferenças nos cuidados ao bebé entre o primeiro e o terceiro trimestre;
3. Analisar o impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé.

Metodologia

Procedimentos

Este estudo é categorizado como uma pesquisa transversal e de natureza quantitativa.

O procedimento inicial foi constituído na revisão da literatura existente para examinar o conhecimento já estabelecido sobre o assunto, bem como as lacunas no entendimento. Utilizaram-

se diversas bases de dados como, a *B-on, Sciencedirect*, com a finalidade de construir um enquadramento teórico atualizado e relevante para as variáveis em foco. Seguidamente, analisaram-se essas variáveis para a seleção de instrumentos confiáveis e validados.

Esta investigação enquadra-se no plano "Cuidados de Saúde Mental Perinatal na Unidade Local de Saúde de Matosinhos" que visa aprimorar o rastreio e o acompanhamento de mães, pais e bebés atendidos pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) que apresentam problemas de saúde mental durante a gravidez e/ou no período pós-parto. Os procedimentos propostos incluem o rastreio, a monitorização da saúde mental, além do acompanhamento e avaliação clínica dos utentes com problemas de saúde mental perinatal. O Plano de "Cuidados de Saúde Mental Perinatal na ULSM" começa com o rastreio no 1º trimestre de gravidez, devido à maior prevalência e ao impacto adverso das perturbações de saúde mental nesse período, que podem afetar o desenvolvimento do feto. O plano estende-se até uma avaliação realizada aos 12 meses após o parto, abrangendo todo o período perinatal.

A monitorização da saúde mental da grávida e do pai do bebé (a partir daqui designado como pai) inicia-se após o rastreio do 1º trimestre, com uma avaliação adicional no 3º trimestre de gravidez, que é no fundo a janela do tempo utilizada para este estudo que relaciona a autoeficácia parental com o cuidados para com o bebé. Além disso, o Plano de Cuidados inclui um segundo rastreio quatro meses após o parto, devido ao impacto significativo do parto, dos problemas de saúde do bebé e à alta prevalência de perturbações de saúde mental na mãe nesse período.

No Hospital Pedro Hispano (HPH), o rastreio de perturbação de saúde mental é conduzido pelos profissionais de enfermagem durante a ecografia obstétrica do 1º trimestre (11 a 13 semanas e 6 dias), incluindo grávidas até 15 semanas. Estagiários do Departamento de Saúde Mental auxiliam no recrutamento e monitorização do processo. Sempre que possível, o rastreio, que dura entre 5 a 7 minutos, é realizado enquanto a grávida aguarda a ecografia.

O procedimento de recrutamento inclui a apresentação do plano, assinatura do consentimento informado, entrega de códigos de participação e *QRCode* para acesso aos questionários online. Caso o pai esteja presente, ele também pode participar, recebendo um código específico. Nos Centros de Saúde da ULSM, o recrutamento é feito pelos médicos de família, com início geralmente entre as 8 e 12 semanas de gravidez. A relação prévia médico-paciente pode facilitar a adesão ao plano e aumentar o número de grávidas rastreadas.

Portanto, e subsequentemente, os questionários foram distribuídos aos pais e mães, utentes da unidade de saúde de Matosinhos, através de *flyers* com o link dos próprios questionários, que foram distribuídos na consulta da primeira ecografia no Hospital Pedro Hispano. Posteriormente, os dados foram recolhidos, analisados e pontuados. Uma vez completadas essas etapas, procedeu-se à análise estatística dos dados, o que me permitiu desenvolver uma discussão abrangente sobre o tópico.

Amostra/Participantes

A amostra foi composta por pacientes recrutados no Hospital Pedro Hispano e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos com foco em pais e mães grávidas. O critério de inclusão dos participantes da investigação será pais e mães heterossexuais, durante a gravidez.

A amostra total necessária foi de 62 participantes (n=62), distribuídos entre 31 mães e 31 pais. A escolha da amostra foi conveniente, uma vez que a Universidade do Minho já mantinha um protocolo estabelecido com o hospital e o centro de saúde em questão. Esse protocolo estava relacionado a uma pesquisa em andamento intitulada "Plano de Cuidados de Saúde Mental Perinatal," na qual a presente pesquisa se integrou e foi desenvolvida.

A maioria da população descrita na tabela 1 está na faixa etária dos 30 a 39 anos. A grande parte dessas pessoas viveu mais tempo em Portugal, com uma pequena parte no Brasil e em outros países. Quanto à educação, a maior parte dos pais e mães têm ensino superior, com apenas uma fração menor possuindo ensino secundário ou básico. Em termos de situação ocupacional, quase todas as mães e todos os pais estão empregados, com apenas algumas mães desempregadas ou em situação de emprego, mas sem estar atualmente a trabalhar. A vida conjugal da amostra é caracterizada por um equilíbrio entre pessoas casadas e aquelas em regime de coabitação, com um número menor de solteiros. A composição familiar reflete uma maioria que vive com companheiro/cônjuge e filhos, sendo que apenas uma pequena parte vive exclusivamente com filhos biológicos, enteados ou familiares. Em relação ao número de filhos, a maior parte das mães e dos pais não têm filhos, enquanto o restante tem apenas um filho. Poucos participantes têm enteados, sendo esta uma característica relativamente rara na amostra.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Características	Mães N=31 (%)	Pais N=31 (%)
Idade		
21-29 anos	8 (25.8)	4 (12.9)
30-39 anos	21 (67.7)	25 (80.6)
≥ 40 anos	2 (6.5)	2 (6.5)
País onde viveu mais tempo		
Portugal	26 (83.9)	28 (90.3)
Brasil	3 (9.7)	2 (6.5)
Outros	2 (6.5)	1 (3.2)
Nível de educação		
Ensino básico	0 (0)	4 (12.9)
Ensino secundário	8 (25.8)	7 (22.6)
Ensino superior	23 (74.2)	20 (64.5)
Estatuto ocupacional		
Empregado/a	27 (87.1)	31 (100)
Empregado/a, mas não a trabalhar	2 (6.5)	0 (0)
Desempregado/a	1 (3.2)	0 (0)
Outro	1 (3.2)	0 (0)
Estatuto Matrimonial		
Solteiro/a	5 (16.1)	7 (22.6)
Casado/a	16 (51.6)	16 (51.6)
Em regime de coabitação	10 (32.3)	8 (25.8)
Agregado Familiar		
Companheiro/cônjuge	20 (64.5)	20 (64.5)
Companheiro/cônjuge e filhos	7 (22.6)	7 (22.6)
Companheiro/cônjuge, filhos e familiares	2 (6.5)	2 (6.5)
Companheiro/cônjuge e familiares	1 (3.2)	1 (3.2)
Familiares	1 (3.2)	1 (3.2)
Filhos Anteriores		
Não	22 (67.7)	22 (67.7)

Sim	9 (32.3)	9 (32.3)

Instrumentos

Para recolher informações pertinentes para o estudo. Foram entregues tanto às mães como aos pais um **questionário sociodemográfico**. Este questionário abrangeu tópicos como: a residência dos pais; o Hospital onde ocorreu o parto; as informações de contato (endereço de e-mail e número de telefone); a data de nascimento; o país de nascimento; o país onde viveram a maior parte de suas vidas; a etnia; e estado civil; a duração do casamento ou coabitação; o número de filhos biológicos; o número de enteados; o número de filhos adotados; o sexo dos filhos; o tamanho do agregado familiar; a profissão; o *Status* ocupacional; o histórico de saúde pessoal; o histórico de saúde familiar; o estado de saúde física atual; as informações relacionadas à gestão do parto e as informações sobre o bebé. Este questionário foi projetado para recolher e organizar informações abrangentes e relevantes para a pesquisa em questão, como por exemplo, a idade, se é o primeiro bebé, a nacionalidade dos progenitores, a escolaridade, o emprego, o estatuto matrimonial.

Para avaliar a autoeficácia parental, foi utilizado o questionário ***Karitane Parenting Confidence Scale*** **(KPCS)** concebida por Črnčec e colaboradores (2008) e validado para a população portuguesa por Pinto e colaboradores (2023). Este questionário é uma ferramenta de avaliação que mede o grau de confiança que os pais têm nas suas próprias habilidades parentais. Esta ferramenta avalia a perceção dos pais sobre a sua capacidade de cuidar e educar os filhos e é composta por 15 itens. Os pais respondem utilizando uma escala de *Likert* de quatro pontos, variando de "Não, dificilmente" a "Sim, a maior parte das vezes", onde cada item é avaliado com uma pontuação de 0 a 3, com as pontuações mais altas indicando maior confiança parental. A escala está dividida em três subescalas principais: a **subescala de parentalidade** (contém 5 itens) que avalia a confiança dos pais em cuidar do bebé, incluindo aspetos como alimentação, brincadeiras e decisões sobre os cuidados; a **subescala de suporte** (contém 2 itens) que mede o grau de suporte/apoio percebido pelos pais, tanto do parceiro quanto de outros indivíduos próximos; e a **subescala de desenvolvimento infantil** (contém 8 itens) que avalia a confiança dos pais em entender e responder às necessidades do bebé, como acalmá-lo e interpretar os seus sinais. A fiabilidade do instrumento é geralmente medida através do coeficiente alfa de *Cronbach,* e no estudo de adaptação, o alfa de *Cronbach* foi de .77 para a escala total, indicando boa

consistência interna. Para as subescalas, os valores variam, com a subescala de desenvolvimento infantil apresentando um valor de .78, a subescala de parentalidade com .65, e a subescala de suporte com um valor de .36, provavelmente devido ao pequeno número de itens desta última subescala.

Para avaliar os cuidados ao bebé foi utilizado o questionário ***Baby Care Scale*** **(BCS)** elaborado por Pinto e colaboradores (2022). É um instrumento utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelo pai e pela mãe ao seu bebé no período pós-natal. Esta escala é usada em pesquisas e estudos clínicos para obter informações sobre o nível de atenção, afeto, sensibilidade e responsividade que o pai e a mãe demonstram em relação ao seu bebé. A escala pode ser composta por uma série de itens ou declarações relacionadas a diferentes aspetos dos cuidados paternos, como alimentação, higiene, sono, interação social, estimulação cognitiva e emocional, entre outros. Os itens geralmente são avaliados numa escala de resposta que varia de acordo com o nível de presença ou qualidade dos cuidados prestados pelo pai e pela mãe. Assim sendo, a escala consiste em 14 itens pontuados em escala de 4 pontos, de 0 a 3, em escala do tipo *Likert* (de 0 a 3) que avalia a frequência de tarefas do pai relacionadas ao cuidado do bebé. *O Baby Care Scale* (BCS) inclui itens que avaliam o envolvimento dos pais nas tarefas domésticas (5 itens) (por exemplo, preparar refeições, limpar a cozinha e fazer compras) e relacionadas com os cuidados prestados diretamente ao lactente (9 itens) (por exemplo, alimentação, dar banho e trocar as fraldas). Assim sendo, as subescalas são as **tarefas domésticas** e os **cuidados próprios/grávida e bebé**. pontuação total do BCS varia entre 0 e 42, com maiores pontuações que indicam maior envolvimento do pai nos cuidados infantis. Esta escala apresenta uma boa consistência interna (alfa de *Cronbach* = .81).

Análise de Dados

Procedeu-se, inicialmente, à determinação das medidas descritivas média (M), desvio padrão (DP), máximo (Max) e mínimo (Min).

Segundo o Teorema do Limite Central, a amostra de 62 participantes é suficiente para garantir que a distribuição das médias amostrais se aproxime de uma distribuição normal, independentemente da forma da distribuição original dos dados. Segundo o teorema, para amostras com tamanho superior a 30, essa aproximação é válida, tornando desnecessária a verificação explícita da normalidade (Gravetter & Wallnau, 2017).

Para investigar as diferenças na autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre, foi utilizado o teste t de *Student* de amostras emparelhadas. Para examinar as diferenças entre pais e mães no que diz respeito às alterações na autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre, recorreu-se ao teste t de *Student* de amostras independentes. Adicionalmente, foi realizado um teste t de *Student* de amostras emparelhadas com *split files* no sexo com o objetivo de aprofundar e explicar as diferenças observadas.

Para avaliar as mudanças nos cuidados ao bebé entre o primeiro e o terceiro trimestre, também foi aplicado o teste t de *Student* de amostras emparelhadas. No que se refere à comparação entre pais e mães nas diferenças nos cuidados ao bebé entre esses dois períodos, foi novamente utilizado o teste t de *Student* de amostras independentes, seguido de um teste t de *Student* de amostras emparelhadas com *split files* no sexo para melhor compreender os resultados.

Por fim, para analisar o impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas para cada um dos trimestres. As correlações foram classificadas como negligenciáveis ($r \leq .10$), fracas ($.10 \leq r \leq .39$), moderadas ($.40 \leq r \leq .69$), fortes ($.70 \leq r \leq .89$) ou muito fortes ($.90 \leq r \leq 1.00$) (Schober et al., 2018).

Resultados

Análise Descritiva

Esta secção inicia-se com a apresentação dos valores das médias, desvios padrão, máximo e mínimo para as variáveis mensuráveis estudadas. Os resultados obtidos (tabela 2), demostram que os valores médios da autoeficácia parental compreenderam-se entre 0 e 45 em que os seus resultados médios foram 12.29 (Desenvolvimento Infantil), 21.05 (Parentalidade), 5.76 (Suporte) e 39.10 (*Scores* Totais), no primeiro trimestre e 12.39 (Desenvolvimento Infatil), 21.06 (Parentalidade), 5.66 (Suporte) e 39.11 (*Scores* Totais) no terceiro trimestre.

No que concerne aos cuidados ao bebé, os valores médios compreenderam-se entre 3 e 41 em que os seu resultados médios foram 10.24 (Tarefas Domésticas), 23.63 (Cuidados próprios/grávida e bebé) e 33.87 (*Scores* Totais), no primeiro trimestre e 10.58 (Tarefas Domésticas), 25.16 (Cuidados próprios/grávida e bebé) e 35.74 (*Scores* Totais) no terceiro trimestre.

Tabela 2. Medidas descritivas

Variável	M	DP	Min	Max
Tarefas Domesticas 1T (BCS)	10.24	1.94	3	13
Cuidados próprios/grávida e bebé 1T (BCS)	23.63	3.57	13	27
Scores Totais 1T (BCS)	33.87	4.68	21	40
Tarefas Domesticas 3T (BCS)	10.58	1.87	7	14
Cuidados próprios/gravida e bebé 3T (BCS)	25.16	2.51	13	27
Scores Totais 3T (BCS)	35.74	3.68	22	41
Desenvolvimento Infantil 1T (KPCS)	12.29	3.16	0	15
Parentalidade 1T (KPCS)	21.05	3.12	6	24
Suporte 1T (KPCS)	5.76	.50	4	6
Scores Totais 1T (KPCS)	39.10	5.83	11	45
Desenvolvimento Infantil 3T (KPCS)	12.39	2.54	0	15
Parentalidade 3T (KPCS)	21.06	3.10	6	24
Suporte 3T (KPCS)	5.66	.54	4	6
Scores Totais 3T (KPCS)	39.11	5.49	11	45

Análise das diferenças na autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre

Para analisar as diferenças na autoeficácia entre o primeiro e o terceiro trimestre (objetivo 1), foi realizado um teste t de *Student* de amostras emparelhadas, depois de verificadas as condições de aplicabilidade. Este não foi significativo para o Desenvolvimento Infantil ($t_{(61)}$ = -.29; p = .772), para a Parentalidade ($t_{(61)}$ = -.05; p = .958), para o Suporte ($t_{(61)}$ = 1.76; p = .083) e para os *Scores* Totais ($t_{(61)}$ = -.03; p = .976), pelo que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o terceiro trimestre (tabela 3). Contudo o valor de prova unilateral da subescala so Suporte foi de .04, demonstrando uma diminuição estatisticamente significativa do primeiro trimestre para o terceiro a nível do suporte na autoeficácia parental.

Análise das diferenças entre pais e mães nas diferenças da autoeficácia parental entre o primeiro e o terceiro trimestre

Para analisar as diferenças entre sexos nas diferenças significativas entre trimestres da autoeficácia parental (objetivo 1.1) foram realizados um teste t de *Student* de amostras independentes e um teste t de *Student* de amostras emparelhas com *split files* no sexo, depois de verificadas as condições de aplicabilidade. No que diz respeito ao Suporte ($t_{(43.547)}$ = -2.36; p = .023), os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os valores de sexo no primeiro trimestre, tendo o sexo masculino obtido valores superiores (tabela 3). No terceiro trimestre não se verificaram diferenças entre sexos ($t_{(52.911)}$ = -1.67; p = .102). Os resultados demostram ainda que no sexo feminino não existem diferenças nas pontuações entre o primeiro e o terceiro trimestre ($t_{(30)}$ = .70; p = .489), no entanto, o sexo masculino apresentou valores superiores no terceiro trimestre ($t_{(30)}$ = 2.11; p = .043) (tabela 3). Em conjunto estes resultados mostram que as diferenças apresentadas existem porque os valores do sexo masculino diminuíram no terceiro trimestre enquanto os do sexo feminino se mantiveram.

Tabela 3. Diferenças na autoeficácia parental

Comparação	M	DP	t	df	P (unilateral / bilateral)
Amostras Emparelhadas					
Par 1. Desenvolvimento Infantil (1T-3T)	-.10	2.62	-.29	61	.386 / .772
Par 2. Parentalidade (1T-3T)	-.02	2.42	-.05	61	.479 / .958
Par 3. Suporte (1T-3T)	.10	.43	1.76	61	.042 / .083
Par 4. *Scores* Totais (1T-3T)	-.02	4.23	-.03	61	.488 / .976
Amostras Independentes					
Suporte 1T	-	-	-2.36	43.55	.011 / .022

Suporte 3T	-	-	-1.67	52.91	.051 / .102
Emparelhado com					
Split Files					
Mães (1T-3T)	.07	.09	.70	30	.244 / .489
Pais (1T-3T)	.13	.06	2.11	30	.022 / .043

Análise das diferenças nos cuidados ao bebé no primeiro e no terceiro trimestre

Para analisar as diferenças nos cuidados ao bebé entre o primeiro e o terceiro trimestre (objetivo 2), foi realizado um teste t de *Student* de amostras emparelhadas, depois de verificadas as condições de aplicabilidade. Os resultados evidenciaram diferenças na subescala dos Cuidados próprios/grávida e bebé ($t_{(61)}$ = -3.77; p = < .001) bem como nos *scores* totais da escala ($t_{(61)}$ = -3.47, p = < .001), demonstrando aumentos do primeiro para o terceiro trimestre, no entanto, a subescala das Tarefas Domésticas não obteve resultados estatisticamente significativos ($t_{(61)}$ = -1.35; p = .184) (tabela 4).

Análise das diferenças entre pais e mães nas diferenças nos cuidados ao bebé entre o primeiro e o terceiro trimestre

Quanto às diferenças entre sexos nas diferenças entre trimestres nos cuidados ao bebé (Objetivo 2.2), o teste t de *Student* de amostras independentes e o teste t de *Student* de amostras emparelhadas com *split files* no sexo, que foram elaborados após a verificação das condições de aplicabilidade, revelam que os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas no primeiro trimestre na subescala dos Cuidados próprios/grávida e bebé ($t_{(60)}$ = -.25; p = .806), nem no terceiro trimestre nesta mesma subescala ($t_{(60)}$ = .71; p = .483) (tabela 4). Portanto, conclui-se que os valores dos Cuidados próprios/grávida bebé do BCS e os *Scores* Totais do BCS não são diferentes entre sexos e aumentaram no terceiro trimestre.

Tabela 4. Diferenças nos cuidados ao bebé

Comparação	***Mean Difference***	SE	t	df	P (unilateral / bilateral)
Amostras Emparelhadas					
Par 1. Tarefas Domésticas (1T-3T)	-.34	1.98	-1.35	61	.092 / .184
Par 2. Cuidados próprios/grávida e bebé (1T-3T)	-1.53	3.20	-3.77	61	<.001 / <.001
Par 3. *Scores* Totais (1T-3T)	-1.87	4.25	-3.47	61	. <.001 / <.001
Amostras Independentes					
Cuidados próprios/grávida e bebé 1T	-	-	-2.47	59.99	.403 / .806
Cuidados próprios/grávida e bebé 3T	-	-	.705	57.38	.242 / .483
Emparelhado com *Split Files*					
Mães (1T-3T)					
Par 1. Cuidados próprios/grávida e bebé	-1.87	3.73	-2.79	30	.005 / .009
Par 2. *Scores* Totais	-2.55	4.86	-2.92	30	.003 / .007
Pais (1T-3T)					
Par 1. Cuidados próprios/grávida e bebé	-1.19	2.59	-2.57	30	.008 / .015

Par 2. *Scores* Totais	-1.19	3.47	-1.92	30	.032 / .065

Análise do impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé

Para verificar a associação entre a autoeficácia parental e os cuidados ao bebé (Objetivo 3) foram feitas duas regressões lineares múltiplas para cada trimestre, depois de verificadas as condições de aplicabilidade, para poder determinar o poder preditivo das subescalas do KPCS sobre cada subescala do BCS em separado.

Relativamente ao primeiro trimestre, para a subescala Tarefas Domésticas do BCS o modelo ajustado é Tarefas Domésticas = 8.28 + .02 (Desenvolvimento Infantil) + .12 (Parentalidade) -.15 (Suporte). Este modelo não foi significativo (R^2 = .04, $F_{(3,58)}$ = .861, p = .467). Os Resultados demonstram que o Desenvolvimento Infantil (β = .02, p = .851), a Parentalidade (β = .12, p = .276) e o Suporte (β = -.15, p = .788) não previram as Tarefas Domésticas (tabela5).

Para a subescala Cuidados próprios/grávida e bebé do BCS o modelo ajustado é Cuidados próprios/grávida e bebé = 21.73 -.11 (Desenvolvimento Infantil) + .36 (Parentalidade) -.75 (Suporte). Este modelo não foi significativo (R^2 = .06, $F_{(3,58)}$ = 1.19, p = .320). Os Resultados demonstram que o Desenvolvimento Infantil (β = -.11, p = .565), a Parentalidade (β = .36, p = .082) e o Suporte (β = -.75, p = .452) não previram os Cuidados próprios/grávida e bebé (tabela 5).

Tabela 5. Impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé (1º trimestre)

Variável dependente	Variável Independente	B	SE	β	t	p
Tarefas Domésticas	Constante	8.28	2.94	-	2.82	.007
	Desenvolvimento Infantil	.02	.10	.03	.19	.851
	Parentalidade	.12	.11	.20	1.10	.276
	Suporte	-.15	.55	-.04	-.27	.788
Cuidados próprios/grávida e bebé	Constante	21.73	5.36	-	4.05	<.001
	Desenvolvimento Infantil	-.11	.19	-1.00	-.58	.565
	Parentalidade	.36	.20	.31	1.77	.082
	Suporte	-.75	1.00	-.11	-.76	.452

Relativamente ao terceiro trimestre, encontraram-se para a subescala Tarefas Domésticas do BCS o modelo ajustado é Tarefas Domésticas = 8.04 -.13 (Desenvolvimento Infantil) + .23 (Parentalidade) -.12 (Suporte). Este modelo não foi significativo (R^2 = .06, $F_{(3,58)}$ = 1.30, p = .285). Os Resultados demonstram que o Desenvolvimento Infantil (β = -.13, p = .427), a Parentalidade (β = .23, p = .099) e o Suporte (β = -.12, p = .796) não previram as Tarefas Domésticas (tabela 6).

Tabela 6. Impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé (3º trimestre)

Variável dependente	Variável Independente	B	SE	β	t	p
Tarefas Domésticas	Constante	8.04	2.76	-	2.90	.005
	Desenvolvimento Infantil	-.13	-.17	-.18	-.80	.427
	Parentalidade	.23	.14	.38	1.68	.099
	Suporte	-.12	.45	-.03	.26	.796
Cuidados próprios/grávida e bebé	Constante	2528	3.76	-	6.72	<.001
	Desenvolvimento Infantil	-.32	.23	-.32	-1.40	.167
	Parentalidade	.26	.19	.32	1.37	.176
	Suporte	-.28	.61	-.06	-.46	.645

Discussão

O presente estudo foi conduzido com o objetivo de analisar a participação dos pais (homens) durante a gravidez, expondo-os às mesmas variáveis tradicionalmente estudadas nas mães, como a autoeficácia parental e os cuidados ao bebé. Um objetivo adicional foi investigar o impacto que a autoeficácia parental exerce sobre os cuidados ao bebé, uma vez que esta se refere às crenças que os pais têm sobre a sua capacidade de exercer o papel parental e de cuidar adequadamente.

Os resultados serão discutidos a seguir, tendo como referência cada um dos objetivos estabelecidos para esta investigação.

As diferenças observadas entre os sexos na subescala do Suporte da autoeficácia parental indicam que os pais (homens) tendem a relatar uma perceção reduzida de apoio durante o terceiro trimestre da gestação. Embora, num estudo de Cotrim e colaboradores (2023) isto não aconteça, visto que os pais pontuam na proteção, disciplina e estabelecimento de limites, isto pode estar

associado à crise de identidade que muitos pais experimentam nesse período, estes resultados acabam por corroborar a teoria de Hildingsson e seus colaboradores (2014), referenciado anteriormente. Enquanto as mães estão diretamente imersas no processo físico da gravidez, os pais podem sentir-se mais distantes ou emocionalmente menos apoiados. Este fenómeno é frequentemente relacionado à pressão que os homens sentem para atuarem como "provedores", assegurando condições adequadas de alimentação e um ambiente seguro (Alio et al., 2013). Além disso, durante esta fase, os homens também enfrentam expectativas psicológicas, reconhecendo a necessidade de serem mais carinhosos e emocionalmente disponíveis. Essas preocupações podem resultar em sentimentos de insegurança, especialmente quando a atenção se volta predominantemente para a mãe, o que pode culminar em sensações de inadequação e ansiedade, particularmente se os pais perceberem uma falta de suporte/apoio (Alio et al., 2013).

Quanto ao facto das subescalas do Desenvolvimento Infantil e da Parentalidade da autoeficácia parental não apresentarem um aumento estatisticamente significativo do primeiro trimestre para o terceiro, como esperado, isso pode ser explicado pelos fatores que influenciam a autoeficácia parental, como o stresse parental, a existência de perturbações psicológicas, a situação socioeconómica, o suporte social, a idade dos pais, a etnia, o emprego, o estado civil, como já foi referenciado inicialmente neste estudo (Hess et al., 2004; Fang et al., 2021). Isto ainda pode ser influenciado pelo facto de ainda não haver muita confiança por parte dos pais, sendo que a gravidez é o estágio inicial da parentalidade, e isso é algo desconhecido (Mercer, 2004; Entsieh & Hallström, 2016). Daí a importância da educação pré-natal para os progenitores, que ajuda a diminuir medos e ansiedades como acima referido (Lowdermilk & Perry, 2007; Figueiredo, 2013). Esta educação ajuda também a aumentar a confiança e dá ferramentas emocionais e práticas para a gravidez e a preparação para a chegada do bebé (Gau et al., 2012).

Em relação à ausência de diferenças entre os sexos nos cuidados ao bebé, e ao aumento da participação em ambos os sexos durante o terceiro trimestre na subescala de cuidados próprios/grávida e bebé, isso pode estar relacionado com a ida às consultas, às ecografias que à medida que a gravidez vai avançando vão sendo cada vez mais frequentes como acima referido (Lowdermilk & Perry, 2007; Figueiredo, 2013). Isto pode ser também explicado pelo facto do envolvimento com o bebé ir ficando maior com o passar do tempo, através da fala com ele, da sua “visualização” através das ecografias, através do acompanhamento do crescer da barriga da mãe como também foi acima referido, e quando há maior envolvimento há maior cuidados para com a grávida e para com o bebé para que este seja saudável (Figueiredo, 2013). A verdade é

que isto pode também ser explicado pela promoção de papéis mais ativos para os pais, incentivados a apoiar as suas parceiras e a estabelecer vínculos com o bebé. Essa mudança de dinâmica pode levar a resultados positivos tanto para as mães quanto para os bebés, evidenciando a crescente importância dos papéis paternos à medida que a gestação avança (Shirani et al., 2012). Plantin e os seus colaboradores (2011) ressaltam que como os pais se tornam mais envolvidos nos cuidados pré-natais e infantis conforme a gravidez progride, destacando a transformação nas funções parentais e o aumento do envolvimento próximo ao parto, influenciado por fatores como educação, estatuto socioeconómico e redes de apoio. Durante a gravidez, as necessidades da gestante também podem mudar, no terceiro trimestre, a mulher pode experimentar mais desconfortos físicos, fadiga e ansiedade em relação ao parto, o que pode exigir mais apoio e cuidados (Dunkel, 2011).

Quanto à subescala das Tarefas Domésticas dos cuidados ao bebé, esta não teve diferenças entre sexos nem um aumento estatisticamente significativo, e isto pode ser devido também ao papel mais ativo que os pais (homens) começam a ter como foi referido a cima (Parke, 1979; Figueiredo, 2013). Piccinini e seus os seus colaboradores (2004) também acabam por mostrar que o envolvimento do pai é maior e também isto contribui para um esbatimento da ideia de que o pai não faz tanto quanto a mãe e acaba por haver uma igualdade nas tarefas, através do apoio direto dos pais às mães. Contribuindo para um ambiente melhor e que favorece o envolvimento com o bebé (Pinto et al., 2022). Quanto ao facto de não ter havido um aumento nem uma diminuição do primeiro para o trimestre nesta subescala, o que demostra que as tarefas domésticas são relativamente estáveis durante a gravidez. No entanto, estas aumentam significativamente quando o bebé nasce, ou seja, após o nascimento, uma vez que é preciso preparar a casa para a chegada do bebé, esterilizar o ambiente, preparar os equipamento que ele possa vir a precisar, preparar os alimentos e medicamentos que possam ser necessários (Zaichkin, 2022). A adaptação à gravidez também pode ter afetado os resultados, sendo que muitas famílias preparam-se para a chegada do bebé desde o primeiro trimestre, o que pode incluir o planeamento e a organização do espaço doméstico. Essa preparação pode levar a uma execução eficaz das tarefas desde o início, reduzindo a perceção de mudança ao longo da gravidez. O estabelecimento de rotinas desde os primeiros meses pode fazer com que as tarefas pareçam menos impactantes à medida que a gravidez avança (Holmes et al., 2013). Também é possível que as perceções sobre as tarefas domésticas mudem com a experiência e o envolvimento na gravidez, o que pode

parecer uma tarefa desafiadora no primeiro trimestre pode ser visto como parte da rotina no terceiro trimestre (Gjerdingen et al., 2005).

No que concerne à autoeficácia parental, neste estudo, esta variável não prevê a variável cuidados ao bebé, o que no fundo não seria de esperar. Estudos como os de Hess e colaboradores (2004), Figueiredo (2013), e Albanese e colaboradores (2019) mostram que existe uma relação entre as variáveis, sendo a autoeficácia parental a influenciadora dos cuidados ao bebé. Contudo, neste estudo, isto não aconteceu, talvez devido ao facto de haver um desajuste nas expectativas e realidade. As expectativas irreais sobre a parentalidade podem levar a um sentimento de inadequação, já que os pais podem sentir-se menos eficazes quando confrontados com a realidade dos cuidados ao bebé, que pode ser mais desafiadora do que esperavam (Harwood et al., 2007). O stresse, a ansiedade e a depressão podem também afetar a perceção de autoeficácia, pais que enfrentam dificuldades emocionais podem não se sentir capacitados para cuidar dos seus filhos, mesmo que a literatura sugira que a autoeficácia geralmente leva a melhores cuidados (Bandura, 1997). Normas culturais e práticas de cuidado variam amplamente, o que é considerado "um bom cuidado" pode ser diferente em várias culturas, e isso pode impactar como os pais percebem as suas próprias habilidades (Bornstein, 2012). Condições de saúde do bebé, como perturbações que já se sabem existir durante a gravidez, podem aumentar a ansiedade e afetar a confiança que os pais têm nas suas habilidades (Kowalcek, 2007).

Conclusão

A presente investigação teve como objetivo examinar o impacto da autoeficácia parental nos cuidados ao bebé durante a gravidez, bem como identificar as possíveis diferenças entre os pais e as mães nesse contexto. Embora a literatura existente aponte para uma correlação significativa entre a autoeficácia parental e a qualidade dos cuidados prestados ao bebé, os resultados desta pesquisa não confirmaram essas expectativas de forma consistente. Os dados sugerem que a autoeficácia, medida no contexto da gravidez, não influenciou os cuidados ao bebé de maneira significativa.

Esse desajuste pode ser explicado por vários fatores. Primeiramente, as expectativas irreais e idealizadas que muitos pais e mães desenvolvem antes de o bebé nascer podem não corresponder à realidade dos cuidados, o que pode resultar em frustração e sentimentos de inadequação. Na transição para a parentalidade, os pais enfrentam uma série de desafios práticos

e emocionais que podem comprometer a confiança nas suas capacidades, mesmo que, em teoria, sintam-se preparados para as responsabilidades parentais.

Outro ponto relevante é a diferença na experiência de parentalidade entre os pais e as mães. Além disso, fatores contextuais, como suporte social, estado emocional dos pais e condições de saúde do bebé, podem ter interferido nos resultados. O suporte familiar e comunitário pode desempenha um papel crucial no bem-estar dos pais e na sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Finalmente, este estudo também lança luz sobre a preparação para a chegada do bebé. Embora as responsabilidades relacionadas ao cuidado com o bebé possam aumentar substancialmente após o nascimento, esta pesquisa indica que as tarefas domésticas durante a gravidez não sofrem mudanças tão acentuadas. Isto sugere que muitos dos desafios práticos relacionados ao cuidado do bebé começam-se a manifestar de forma mais acentuada após o nascimento, quando os pais se veem confrontados com a realidade da parentalidade.

Portanto, este estudo contribui para o entendimento das complexidades que envolvem a autoeficácia parental e o cuidado do bebé, sendo potencialmente, os resultados explicados por fatores emocionais, sociais e contextuais desempenham um papel crucial nessa relação. Além disso, esta investigação reforça a necessidade de apoio contínuo para os pais, tanto durante a gravidez quanto após o nascimento, para ajudá-los a superar os desafios inerentes à parentalidade e a ajustar suas expectativas à realidade.

Limitações e estudos futuros

Apesar das contribuições deste estudo, algumas limitações devem ser destacadas como o **tamanho da amostra**, a amostra de 62 participantes pode não ser suficientemente representativa para generalizar os resultados. Um maior número de participantes permitiria análises estatísticas mais robustas, o **foco geográfico limitado**, os participantes foram recrutados numa única unidade de saúde específica, o que pode limitar a diversidade cultural e social da amostra, as **dificuldades de medição**, embora os instrumentos utilizados sejam validados, as perceções de autoeficácia parental podem ser subjetivas e influenciadas por fatores externos, como stresse ou questões financeiras, que não foram profundamente analisados, e os **fatores externos não controlados**, condições de saúde do bebé, estado emocional dos pais

ou outros fatores contextuais, como o impacto da pandemia, podem ter influenciado os resultados e não foram totalmente controlados.

Estas limitações abrem espaço para futuras investigações que possam abordar essas questões e explorar mais a fundo a complexa relação entre autoeficácia parental e os cuidados ao bebé.

Referências Bibliográficas

Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self- efficacy in parent and child well- being: A systematic review of associated outcomes. Child: *Care, Health and Development, 45*(3), 333– 363. https://doi.org/10.1111/cch.12661

Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13*(1), 60. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-60

American Academy of Pedriatrics. (2009). Parenting your Infant. Obtido em: Parenting Your Infant - HealthyChildren.org

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting: Science and Practice, 12*(2-3), 212-221. https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683359

Bornstein, M.H. (Ed.). (2019). *Handbook of Parenting: Volume 3: Being and Becoming a Parent, Third Edition* (3rd ed.). Routledge.

Cotrim, D. M. S., Pereira, E. B. F., & da Costa Neto, S. B. (2023). Autoeficácia parental: diferenças entre homens e mulheres na criação dos filhos. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, *12*, e5151. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2023.e5151

Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing & Health*, *31*, 442–453. http://doi.org/10.1002/nur.2027

Dumka, L. E., Prost, J., & Barrera, M. J. (2002). The parental relationship and adolescent conduct problems in Mexican American and European American families. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 1*(4), 37-57. http://doi.org/10.1300/J398v01n04_02

Dunkel Schetter C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, *62*, 531–558. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727

Entsieh, A. A., & Hallström, I. K. (2016)**.** First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation—A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, *39*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006

Fang, Y., Moelens, B., DWindhorst D. A., Raat, H., & Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review . *Journal of Advanced Nursing, 77*(6), 2641-2661. https://doi.org/10.1111/jan.14767

Figueiredo, B. (2013). *Mães e pais: Envolvimento emocional com o bebé*. Climepsi Editores.

Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal- psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at risk of

developing postnatal depression: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(15-16), 2369-2380. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04184.x

Gjerdingen, D. K., & Center, B. A. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research, 34*(1), 103-116. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2003.11.005

Gordo, L., Oliver-Roig, A., Martínez-Pampliega, A., Elejalde, L. I., Fernández- Alcantara, M., & Richart- Martínez, M. (2018). Parental perception of child vulnerability and parental competence: The role of postnatal depression and parental stress in fathers and mothers. *PLoS One, 13*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202894

Gou, L. H., Duerksen, K. N., & Woodin, E. M. (2019). Coercive control during the transition to parenthood: An overlooked factor in intimate partner violence and family wellbeing? *Aggressive Behavior, 45*(2), 139-150. https://doi.org/10.1002/ab.21803

Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2017). *Statistics for The Behavioral Sciences* (10th ed.). Cengage Learning.

Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology, 43*(1), 1-12. https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.1

Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-Efficacy and Parenting of HighRisk Infants: The Moderating Role of Parent Knowledge of Infant Development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(4), 423-437. http://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.002

Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2014). Childbirth fear in expectant fathers: findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, *30*(2), 242–247. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001

Holmes, E. K., Sasaki, T., & Hazen, N. L. (2013). Smooth versus rocky transitions to parenthood: Family systems in developmental contexts. *Family Relations, 62*(4), 824–837. https://doi.org/10.1037/t02942-000

Kowalcek I. (2007). Stress and anxiety associated with prenatal diagnosis. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *21*(2), 221–228. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.009

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2007). *Maternity and Women's Health Care.* 9ª edição. Mosby.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x

Parke, R. D. (1979). "*Perspectives on father-infant interaction," in Handbook of Infant Development*, ed. J. D. Osofsky

Piccinini, C. A., Gonçalves, J. R., Lopes, M. D., & Tudge, J. R. H. (2004). O envolvimento paterno durante a gravidez: uma abordagem qualitativa. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 4*(1), 51-63. http://doi.org/10.1590/S1679-442X2004000100005

Pinto, T. M., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2022). The baby care scale: A psychometric study with fathers during pregnancy and postpartum period. *Frontiers in Psychology, 12*(751330), 1-8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751330

Pinto, T. M., Costa, R., Dias, C. C., Borger, F., & Figueiredo, B. (2023). Karitane Parenting Confidence Scale: measuring parenting self-efficacy in Portuguese mothers during the first year postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42*(4), 769–784. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2169264

Plantin, L., Olukoya, A. A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, *9*(1), 87-102. https://doi.org/10.3149/fth.0901.87

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients. *Anesthesia & Analgesia, 126*(5), 1763-1768. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864.

Shirani, F., Henwood, K., & Coltart, C. (2012). "Why aren't you at work?": Negotiating economic models of fathering identity. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, *10*(3), 274-290. https://doi.org/10.3149/fth.1003.274

Spock, B. (1976). *Baby and Child Care*. Pocket Books

Zaichkin, J. (Ed.). (2022). *Newborn intensive care: What every parent needs to know* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.