



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Experiência do pai pela primeira vez em sala de partos:  
da validação de um instrumento à análise  
de fatores associados

Patrícia Raquel Campos Vieira

Coimbra, janeiro de 2018





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

## **Experiência do pai pela primeira vez em sala de partos: da validação de um instrumento à análise de fatores associados**

Patrícia Raquel Campos Vieira

Orientadora: Mestre Teresa Maria Campos Silva, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, janeiro de 2018



**“O conhecimento alcançado deve ser considerado conjectural, falível e incompleto. Deve ser sempre questionado; porque se acharmos que atingimos um conhecimento último e definitivo, se acharmos que chegamos à verdade, deixaremos de ser críticos. Devemos sempre admitir a nossa ignorância e, portanto, a necessidade de novas hipóteses para resolver os problemas ainda pendentes!”**

**Antônio Egídio Nardi, 1998**



## **AGRADECIMENTOS**

**À Professora Teresa Silva pelo acompanhamento, dedicação e incentivo que foram fulcrais para manter a motivação e o empenho nesta longa caminhada e para conseguir alcançar a meta.**

**À Professora Isabel Margarida Mendes por ter impulsionado o desenvolvimento deste trabalho nos momentos em que senti que não conseguia dar o passo seguinte.**

**A todos os pais que permitiram a realização deste trabalho através da sua participação.**

**À minha família simplesmente por estar sempre presente na minha vida e pela força e coragem que me transmitiu nos momentos mais difíceis que passei durante esta longa jornada.**

**Aos meus amigos e às minhas colegas da especialidade que tive o privilégio de conhecer ao longo deste percurso académico e que agora fazem parte do meu núcleo de amizades.**

**A todas estas pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho,**

**Muito obrigada!**



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CIPE** <sup>®2</sup> – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2

**CPPP**– Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

**ADN** – Ácido Desoxirribonucleico

**EEESMO** – Enfermeiro (s) Especialista (s) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**FTFQ** – *First-time Father Questionnaire*

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**KMO** – Kaiser-Meyer-Olkin

**N** – Frequência

**P** – Significância

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

$\alpha$  – *Alpha de Cronbach*



## RESUMO:

**Problemática:** A investigação científica revela que a transição que os homens vivenciam quando são pais pela primeira vez constitui uma das mais profundas mudanças que eles atravessam nas suas vidas, sendo a experiência do pai na sala de partos a mais exigente a nível emocional (Genesoni & Tallandini, 2009; Perdominni & Bonilha, 2011).

**Objetivos:** Validar o *Questionário para o Pai pela Primeira vez em Sala de Partos – QPPV\_SP*, versão original, para a população portuguesa, avaliar a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos e analisar a associação existente entre a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos com algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas.

**Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo metodológico e descritivo-correlacional e transversal. A amostra do estudo é não probabilística em bola de neve, sendo constituída por 112 pais pela primeira vez. A recolha de dados foi realizada via *online* após consentimento informado dos pais, depois de ter sido obtida a aprovação da Comissão de Ética. O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário com dados sociodemográficos e obstétricos e pela escala *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos - QPPV\_SP*, que será validada no presente estudo.

**Resultados:** A avaliação da validade do instrumento foi realizada através da análise fatorial, da validade divergente e da abordagem de grupos contrastados. Da análise fatorial obtivemos 3 fatores: Informação, Preocupação e Apoio emocional, com um total de 18 itens, que são responsáveis por 47% da variância total do instrumento. A validade divergente foi satisfatória e o instrumento foi sensível a diferenças entre grupos de pais (Preocupação vs Tipo de parto). A avaliação da confiabilidade foi realizada através da análise da consistência interna, do *alpha de Cronbach* e da correlação entre cada item e o seu fator. Obteve-se uma moderada correlação entre cada item e o seu fator ( $r > 0,4$ ) e uma boa consistência interna ( $\alpha > 0,70$ ) nos 3 fatores.

**Conclusão:** O *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos - QPPV\_SP* é um instrumento que permite avaliar a experiência do pai pela primeira vez no nascimento do seu filho, tendo revelado no presente estudo boas propriedades psicométricas, constituindo uma ferramenta válida e confiável.

**Palavras-chave:** Pai, nascimento, questionário, validade, confiabilidade



## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Scientific research reveals that the transition that men experience when are fathers for the first time is one of the most profound changes that they go through in their lives and father's experience in the delivery room is the most emotionally demanding (Genesoni & Tallandini, 2009; Perdominni & Bonilha, 2011).

**Objectives:** To validate the *First-time Father Questionnaire* - FTFQ for the Portuguese population, evaluate the first time father's experience in the delivery room and analyze the association between the first time father's experience in the delivery room with some sociodemographic and obstetric variables.

**Methodology:** Quantitative, methodological, descriptive-correlational and cross-sectional study. The sample of the study is non-probabilistic, in snowball, constituted by 112 fathers for the first time. The data collection was conducted online after an informed consent of the fathers, and ethical criteria for this procedure have been met. The instrument consists of a questionnaire with sociodemographic and obstetric data and the *First-time Father Questionnaire* - FTFQ scale (Premberg, Taft, Hellström & Berg, 2012), which will be validated in the present study.

**Results:** The validity of the instrument was assessed through factor analysis, divergent validity and Known-groups analysis. Factor analysis yielded 3 factors: Information, Worry and Emotional Support, comprising 18 items and accounting 47% of the variance. The discriminant validity was satisfactory and the instrument was sensitive to differences between groups of fathers (Worry vs. Type of delivery). The reliability analysis was performed through the internal consistency analysis, Cronbach's alpha, and the correlation between each item and its factor. We obtained a moderate correlation between each item and its factor ( $r > 0,4$ ) and a good internal consistency ( $\alpha > 0,70$ ) in the 3 factors.

**Conclusion:** The *First-time Father Questionnaire* – FTFQ, portuguese version is an instrument that assesses first time father's experience in the delivery room. In the present study, the instrument reveals good psychometric properties, constituting a valid and reliable tool.

**Keywords:** Father, childbirth, questionnaire, validity, reliability



<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> - Etapas na tradução e validação transcultural do <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV_SP</i>	51
<b>Figura 2</b> - Idade dos participantes	61
<b>Figura 3</b> - Nível de escolaridade dos participantes	62
<b>Figura 4</b> - Situação atual no emprego dos participantes	63
<b>Figura 5</b> - Zona de residência dos participantes	64
<b>Figura 6</b> - Tipo de habitação dos participantes	64
<b>Figura 7</b> - Nacionalidade dos participantes	64
<b>Figura 8</b> - Nacionalidade dos progenitores dos participantes	65
<b>Figura 9</b> - Resposta à questão “Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?”	66
<b>Figura 10</b> - Resposta à questão “Sentiu-se preparado para o parto?”	67
<b>Figura 11</b> - Tipo de parto da companheira	67
<b>Figura 12</b> - Resposta à questão “A experiência de parto correspondeu às suas expectativas?”	68
<b>Figura 13</b> - Resposta à questão “É o seu primeiro/a filho/a?”	68
<b>Figura 14</b> - <i>Scree Plot</i> para os dados do QPPV_SP	71



<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> - Distribuição das medidas descritivas da idade da amostra, em anos	62
<b>Tabela 2</b> - Classificação das profissões dos participantes	63
<b>Tabela 3</b> - Nacionalidade dos participantes	65
<b>Tabela 4</b> - Nacionalidade dos progenitores dos participantes	65
<b>Tabela 5</b> - Resposta à questão “Como é que se preparou para o parto?”	66
<b>Tabela 6</b> - Teste de KMO e <i>Bartlett</i>	69
<b>Tabela 7</b> - Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação <i>varimax</i>	70
<b>Tabela 8</b> - Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação <i>varimax</i> , forçada a 3 fatores	72
<b>Tabela 9</b> - Teste de KMO e <i>Bartlett</i> , excluindo os itens 7 e 26	72
<b>Tabela 10</b> - Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação <i>varimax</i> , forçada a 3 fatores sem os itens 7 e 26	73
<b>Tabela 11</b> - Constituição das dimensões do QPPV_SP	74
<b>Tabela 12</b> - Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação <i>varimax</i> , forçada a 4 fatores	75
<b>Tabela 13</b> - Matriz de correlações entre os itens e os fatores: R de <i>Pearson</i> e níveis de significância (p)	76
<b>Tabela 14</b> - Matriz de correlações entre os fatores: R de <i>Pearson</i> e níveis de significância (p)	76
<b>Tabela 15</b> - Correlações item-total da subescala e coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> , para os vários itens da dimensão Informação	77
<b>Tabela 16</b> - Correlações item-total da subescala e coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> , para os vários itens da dimensão Informação, excluindo o item 13	78
<b>Tabela 17</b> - Correlações item-total da subescala e coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> , para os vários itens da dimensão Informação, excluindo os itens 13 e 14	78
<b>Tabela 18</b> - Correlações item-total da subescala e coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> , para os vários itens da dimensão Preocupação	79
<b>Tabela 19</b> - Correlações item-total da subescala e coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> , para os vários itens da dimensão Apoio emocional	79
<b>Tabela 20</b> – Matriz de correlações itens-total da subescala e <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i>	80
<b>Tabela 21</b> – Matriz de correlações inter-itens e variância inter-itens	80
<b>Tabela 22</b> – Resultados da análise descritiva do QPPV_SP	81
<b>Tabela 23</b> - Resultados da análise descritiva do QPPV_SP para cada item	82

<b>Tabela 24</b> - Homogeneidade da variância entre-sujeitos (teste <i>Levene</i> ) e teste <i>t-student</i>	83
<b>Tabela 25</b> - Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os dois grupos de pais, na categoria idade e teste <i>t-student</i>	84
<b>Tabela 26</b> - Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os três grupos de pais, na categoria tipo de parto, ANOVA e teste <i>Levene</i>	85
<b>Tabela 27</b> - Teste <i>Post-hoc</i> ( <i>Tukey</i> )	85
<b>Tabela 28</b> - Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os três grupos de pais, na categoria nível de escolaridade, ANOVA e teste de <i>Levene</i>	86

<b>SUMÁRIO</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>21</b>
<b>1. PATERNIDADE</b>	<b>23</b>
<b>2. EVOLUÇÃO DO PAPEL DO PAI NA SOCIEDADE</b>	<b>25</b>
2.1. ENVOLVIMENTO DO PAI NA GRAVIDEZ	27
2.2. ENVOLVIMENTO DO PAI NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	30
2.3. TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE COMO FOCO DE ATENÇÃO PARA OS EEESMO	33
<b>2.3.1. Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade na transição para a paternidade</b>	<b>37</b>
<b>3. EXPERIÊNCIA DO PAI NA SALA DE PARTOS</b>	<b>41</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>45</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>45</b>
4.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	45
4.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO	46
4.3. TIPO DE ESTUDO	46
4.4. ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS	47
<b>4.4.1. Etapas na tradução, adaptação e validação transcultural do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV_SP</b>	<b>49</b>
<b>4.4.2. Confiabilidade e validade de um instrumento de medida</b>	<b>52</b>
4.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
<b>4.5.1. Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV_SP</b>	<b>55</b>
4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
4.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	57
4.8. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	59
4.9. ANÁLISE DOS DADOS	59
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>61</b>
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA	61

5.2. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS - QPPV_SP	68
5.2.1. Validade do <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos</i> – QPPV_SP	69
5.2.2. Confialidade do <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos</i> – QPPV_SP	77
5.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA O PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS – QPPV_SP	80
5.4. ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA DO PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS COM ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS	83
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I.</b> <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos</i> – QPPV_SP, versão original	
<b>ANEXO II.</b> Autorização para a utilização do <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos</i> – QPPV_SP	
<b>ANEXO III.</b> Parecer favorável da Comissão de Ética	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I.</b> Instrumento de recolha de dados	
<b>APÊNDICE II.</b> <i>Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos</i> – QPPV_SP	
<b>APÊNDICE III.</b> Consentimento Informado	
<b>APÊNDICE IV.</b> Teste <i>Shapiro-Wilk</i>	

## INTRODUÇÃO

Na revisão da literatura verificou-se que nas últimas décadas foram publicados vários estudos de investigação que procuraram avaliar e compreender a forma como os homens vivenciam a experiência da paternidade. Este interesse pelo pai estará relacionado com a mudança do seu papel na sociedade que se verificou no século passado (Balancho, 2001). Os estudos demonstram que atualmente o homem encontra-se emocionalmente mais envolvido com o seu filho e que isso acontece a partir do momento em que é confirmada a gravidez da sua companheira (Ferreira, 2014, Gama, 2014, Garcês, 2011, & Nogueira, 2011). Apesar do período de gravidez ser visto pela comunidade científica como o período mais exigente para o homem na sua transição para a paternidade, pois é quando ocorre uma reorganização psicológica do “Eu”, o momento do nascimento é por sua vez considerado um momento também muito importante dado que se define como o mais exigente a nível emocional (Genesoni & Tallandini, 2009). A presença do homem na sala de partos permitir-lhe-á criar laços afetivos com o seu filho desde o seu nascimento, além de também poder fortalecer a relação com a sua companheira (Perdominni & Bonilha, 2011).

Os estudos de investigação científica revelam a existência de vários benefícios associados à presença do pai na sala de partos mas também demonstram que muitas vezes os pais vivenciam sentimentos negativos na sala de partos. Neste sentido, os investigadores procuram identificar os fatores que influenciam a experiência do pai na sala de partos. Entre os vários fatores identificados destacam-se: a preparação pré-natal, as atitudes e os comportamentos da equipa de profissionais de saúde na sala de partos, a visão da Instituição de saúde onde decorre o parto em relação ao papel do pai, entre outros (Hildingsson, Cederlöf & Widén, 2010; Poh, Koh & He, 2014; Premberg, Carlsson, Hellström & Berg, 2011; Sapkota, Kobayashi & Takase, 2010; Shibli-Kometiani & Brown, 2012).

Atendendo à importância da experiência do pai na sala de partos na sua transição para a paternidade interessa aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) conhecer a experiência e identificar as necessidades do pai na sala de partos, e assim conceber, implementar e avaliar programas de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), que respondam de uma forma

mais eficaz às necessidades do pai assim como refletir sobre os seus comportamentos e atitudes em relação à presença e ao papel do pai em sala de partos.

Foi identificado um estudo conduzido por Premberg, Taft, Hellström e Berg em que os estes desenvolveram e validaram um questionário – *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos* – QPPV\_SP (tradução minha), versão original (anexo I), para avaliar a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos (2012). Dado que não encontramos em Portugal nenhum instrumento que permita avaliar a experiência do pai na sala de partos surgiu a necessidade de traduzir e validar o QPPV\_SP para a população portuguesa.

Este estudo tem como objetivos validar o *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos* – QPPV\_SP para a população portuguesa, avaliar a experiência do pai pela primeira vez na sala de partos e analisar a associação existente entre a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos com algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas. É um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, transversal, seguindo as etapas de um estudo metodológico no processo de tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento.

A apresentação desta dissertação de mestrado encontra-se estruturada em duas partes principais: a primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico que fundamenta o desenvolvimento da investigação, onde se integra o conceito de paternidade e se retrata a evolução do mesmo na nossa sociedade, fazendo uma abordagem à transição para a paternidade, e onde se evidencia a experiência do pai em sala de partos; a segunda parte é referente à investigação empírica, englobando a componente metodológica utilizada, a apresentação e análise dos resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, são referidas as principais conclusões do estudo e as suas implicações para a prática clínica e futuros trabalhos de investigação.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

É com base na prática baseada em evidência científica que os EEESMO sustentam as suas decisões, ações e interações que estabelecem com os seus casais. Portanto, é através da fundamentação científica aliada à prática clínica, construindo um corpo específico de conhecimentos, centrado no Cuidar, que a Enfermagem constrói os seus alicerces e se desenvolve enquanto Ciência.

O enquadramento teórico constitui a primeira parte de um trabalho de investigação pois é nesta fase que o investigador obtém um conhecimento atual acerca do fenómeno que pretende estudar e compreende a importância de realizar um novo estudo (Polit, Becker & Hungler, 2004).

Atendendo às profundas transformações do papel do pai na sociedade primeiramente será abordado o conceito de papel parental/papel de pai, segue-se uma contextualização acerca da evolução do papel do pai desde a gestação do seu filho até à sua experiência no trabalho de parto e parto da sua companheira, integrando o tema sobre a transição do homem para a paternidade, e termina-se com uma revisão da literatura sobre a experiência e necessidades do pai em sala de partos.



## 1. PATERNIDADE

O conceito de paternidade tem sido alvo de transformações ao longo dos últimos séculos e de forma mais marcante nas últimas décadas. Atualmente a paternidade é entendida através de uma visão pluridisciplinar. Assim, podemos ter quatro designações de pai: pai biológico, pai legal, pai social ou afetivo e pai simbólico (Camus, 2000). Mais especificamente, como refere Camus (2000), o pai biológico é aquele que doa os espermatozóides para fecundar o óvulo e que é comprovado como tal a partir de testes genéticos, nomeadamente através do teste de Ácido Desoxirribonucleico (ADN); o pai legal é o que assume o filho perante a lei, através do registo de certidão oficial do nascimento da criança; o pai social ou afetivo é quem assume a educação da criança na sua casa, independentemente da realidade legal, existindo uma relação de afeto íntima e duradoura com reconhecimento social, em que pai e filho se reconhecem como tal; e pai simbólico é o que desempenha a função de representante da Lei junto à criança. Portanto, ser pai não se limita ao reconhecimento do contributo biológico do homem na gestação de um novo ser mas implica também um reconhecimento social quando o homem assume um papel ativo no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de uma criança.

No âmbito deste trabalho de investigação iremos assumir o conceito de papel parental e papel de pai definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2 (CIPE® 2) (2011).

O Papel Parental é:

Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente. (p. 66)

Ainda segundo a CIPE® 2 (2011), o papel de pai consiste em “desempenhar as responsabilidades de ser o progenitor do sexo masculino na família, de acordo com o grupo social e a cultura do indivíduo”. (p.65).



## 2. EVOLUÇÃO DO PAPEL DO PAI NA SOCIEDADE

A História mostra que o papel paternal foi sofrendo alterações ao longo dos últimos séculos. Sucintamente, no decorrer do século XVIII e século XIX o pai era basicamente a pessoa responsável pela educação moral dos filhos, não tinha um papel ativo nem no nascimento do seu filho nem nos cuidados prestados ao bebê, sendo a mãe a atriz principal em todo este processo (Balanchó, 2001; Brazelton & Cramer, 1993). Com a Revolução Industrial a sociedade ocidental atribuiu ao pai o papel principal de provedor económico da família e como consequência o homem afastou-se cada vez mais da sua família, fosse pela distância geográfica do seu local de trabalho ou pelo número de horas de trabalho fora de casa (Balanchó, 2001). Com a II Guerra Mundial a sociedade veio reforçar a importância do papel do pai como educador/disciplinador, protetor e de sustento da família, sendo que este continuava sem assumir os cuidados diários e as tarefas domésticas. Foi só a partir dos anos sessenta que o papel do pai sofreu alterações significativas por influência de forças económicas e da emancipação feminina. Quer por necessidades de ordem económica no seio familiar ou por necessidade de valorização do papel da mulher na sociedade assistimos a um incremento significativo da mulher no mercado laboral. Como consequência ocorreram redefinições do conceito, estrutura e dinâmica familiar, assistindo-se ao término de uma organização familiar alicerçada no “pai/autoridade/sustento económico” (Balanchó, 2001).

A partir dos anos setenta começa a surgir uma nova imagem do pai que além de continuar a assumir um papel de educador e de sustento económico no seio familiar também se envolve nos cuidados aos filhos (Lamb como referido por Mendes, 2009).

Na segunda metade dos anos oitenta a sociedade procura equiparar o papel do pai com o papel da mãe. Só a partir dos anos noventa é que o papel do pai assume um lugar distinto do papel da mãe, interessando aos investigadores a caracterização específica de cada um (Balanchó, 2001).

Atualmente o pai procura assumir um papel mais ativo no processo de gravidez, quer estar presente no nascimento do seu filho e cuidar da sua mulher e do seu bebê. A imagem expectante do pai tem vindo a dar lugar a uma imagem de pai participativo que apoia a sua companheira grávida, procurando envolver-se emocionalmente no

processo de gravidez, antecipando uma paternidade ao lado da mãe (Garcês, 2011; May & Perrin como referido por Gomez, 2005). Neste seguimento, o pai contemporâneo procura envolver-se mais com os seus filhos, responsabilizando-se pela sua educação e socialização (Balancho, 2001; Gomez, 2005; Pleck como referido por Moraes & Granato, 2016).

A revisão da literatura globalmente evidencia a importância do papel do pai no bem estar da sua companheira e no desenvolvimento emocional e social das crianças (Cabrera et al.; Lamb, Fletcher como referido por May & Fletcher, 2012). Segundo um estudo qualitativo, de carácter exploratório, realizado por Balancho em 2004, cujo objetivo era identificar de que forma o homem entende, concetualiza e vivencia a sua experiência relacionada com a paternidade, concluiu-se que o pai atual é percebido como mais sensível, mais presente, mais próximo afetivamente do seu filho e mais compreensivo. Em suma, o homem está mais consciente da importância do seu papel paternal, o que por sua vez promove o estabelecimento de relações afetivas mais próximas com os seus filhos e contribui igualmente para a construção da tríade mãe/pai/filho.

A nível político assistiu-se à implementação de um conjunto de medidas governamentais que levaram a alterações no regime de proteção social, previstas no Decreto de Lei nº91/2009, que defendem a igualdade de género através do reforço dos direitos paternos e do incentivo à partilha da licença de parentalidade, assim como a conciliação entre a vida familiar, pessoal e social.

Podemos assistir atualmente à presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal e durante a realização de exames pré-natais, nos CPPP e na sala de partos (Aboim, Bayle, Gomez, Ribeiro como referido por Gama, 2014 & Nogueira, 2011; Mendes, 2009; Bayle como referido por Garcês, 2011). Para que isto acontecesse foi importante uma nova consciencialização social sobre o papel do pai na família (Barclay & Lupton, 1999). Por outro lado, os profissionais de saúde têm contribuído em larga medida para estimular a participação ativa do pai ao longo do processo de gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto (Hildingsson, Cederlöf, & Widén, 2011). Além das atuais leis que promovem o envolvimento paterno, nomeadamente a licença de paternidade, é ainda necessário que ocorram mais transformações na nossa sociedade/sistema jurídico porque a lei apenas proporciona a participação do pai nos cuidados ao recém-nascido num curto espaço de tempo, além de muitos pais continuarem com dificuldades em usufruir dos seus direitos no local de trabalho (Balancho, 2001). Segundo Genesoni e Tallandini (2009), na sociedade ocidental os

homens apresentam dificuldades em conciliar as suas necessidades pessoais com as da sua família, ou seja, em conciliar o seu novo papel paternal no núcleo familiar (um papel mais ativo) com a sua vida profissional. Isto pode dever-se ao fato da sua atividade profissional e social ficar tendencialmente inalterada no período pós-natal, sendo a mãe que continua a assumir a responsabilidade principal nos cuidados ao bebé. Portanto, apesar do pai “moderno” querer ser mais participativo no seio da vida familiar, procurando assumir um papel de cuidador da família, o mesmo depara-se com dificuldades no desempenho deste seu papel devido à “hipervalorização” do papel materno na nossa sociedade (Balancho, 2001).

O papel paterno e a evolução deste são influenciados por vários determinantes, como a geografia, a nacionalidade, a cultura, a idade e a história de cada indivíduo (Abreu & Col. como referido por Gomez, 2005). Além disso, outros fatores como o aumento do poder económico das mulheres, a dissociação entre a conjugalidade e a parentalidade, o aumento das taxas de divórcios, que são representativos da nossa atual sociedade, têm implicações na forma como o homem exerce o seu papel de pai (Gomez, 2005).

Em jeito de síntese, o pai moderno procura envolver-se mais ativamente nos cuidados aos seus filhos, na tentativa de alcançar uma maior equidade no envolvimento parental, através do estabelecimento de relações sustentadas no afeto, carinho, empatia e respeito. Neste novo conceito de paternidade, fortemente influenciado por determinantes culturais e sociais, o homem procura a sua própria experiência pessoal (Mendes, 2009).

## 2.1. ENVOLVIMENTO DO PAI NA GRAVIDEZ

O processo de gravidez segundo Klaus e Kennel (1993) consiste num conjunto de transformações físicas e psicológicas relacionadas com o desenvolvimento do feto. Segundo Brazelton (1988) enquanto a mãe pode sentir o bebé a crescer dentro de si e dessa forma tomar consciência da sua existência, para o pai a gravidez situa-se mais no campo simbólico, sobretudo no início da gestação, e portanto esta adaptação ao novo papel ocorre de uma forma mais lenta.

Ao longo dos últimos anos o envolvimento do homem na gravidez tem sido alvo de estudo de alguns investigadores. Apesar de haver um maior envolvimento do homem no período de gestação do seu filho este experiencia frequentemente sentimentos ambivalentes nos primeiros meses de gestação do bebé (Chandler et al. como referido

por Genesoni & Tallandini, 2009). As principais dificuldades que os homens apresentam são agrupadas em três áreas: sentimentos irrealistas, pelo fato do seu bebê ainda não ter nascido e pela necessidade de criar um vínculo afetivo com o seu filho (Donovan, Gage & Kirk como referido por Genesoni & Tallandini, 2009); relação conjugal, pelo fato de existir uma discrepância entre as expectativas de ambos sobre a sua própria relação e as suas necessidades (Donovan como referido por Genesoni & Tallandini, 2009); e formação da identidade parental, em que vai ocorrer uma necessidade de distinguir o papel de companheiro (a) e o papel de pai/mãe (Habib & Lencaster, Strauss & Godberg como referido por Genesoni & Tallandini, 2009).

De acordo com Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) durante o período de gestação o pai pode envolver-se emocionalmente com o filho. Também Klaus e Klaus (como referido por Santos & Kreutz, 2014) referem que o pai pode criar um vínculo com o seu bebê durante a gestação, afirmando que os bebês conseguem identificar a voz do pai desde a vida *in útero*.

Segundo De Martini, Piccinini e Gonçalves (2010) alguns homens conseguem envolver-se e participar de uma forma tão ativa durante a gestação do seu filho que desenvolvem o chamado Síndrome de *Couvade*, apresentando sintomas físicos e psicológicos semelhantes aos que a sua companheira pode apresentar.

A relação precoce entre pai e filho, iniciada no período gestacional, tem sido avaliada como muito importante para o desenvolvimento da criança, valorizando-se a importância do pai na formação psíquica de um indivíduo desde a sua gestação (Santos & Kreutz, 2014).

De acordo com May (como referido por Mendes, 2009) o envolvimento paterno na gravidez é influenciado pelo desenvolvimento do bebê e pelas características de cada pai. Neste sentido, verificam-se três fases de mudança sequenciais no envolvimento do pai com o bebê, que correspondem aos trimestres de gravidez. Na primeira fase, que compreende o período da suspeita de gravidez até à sua confirmação, o pai pode apresentar desconforto, stresse e ambivalência (May, como referido por Ferreira, 2014). Ainda nesta fase, segundo Mendes (2009), o pai pode sentir-se excluído, dado que todas as atenções estão voltadas para a mulher grávida. Na segunda fase existe uma distância emocional do pai para com o bebê, dado que os sinais físicos da gravidez ainda não são visíveis (May, como referido por Ferreira, 2014). Na terceira fase, que corresponde ao último trimestre de gravidez, e em que a gravidez já é vivenciada de uma forma mais real dado que o nascimento está muito próximo, o pai já participa nos preparativos para receber o bebê sentindo-se mais integrado em todo

este processo de preparação para a chegada do bebê (May, como referido por Ferreira, 2014).

O comportamento paterno, segundo a investigação científica, é influenciado por várias determinantes, sendo que nenhuma por si só exerce uma influência predominante (Gomez, 2005). Entre as várias determinantes que influenciam o envolvimento do pai na gravidez, Lamb (como referido por Gomez, 2005) salienta quatro variáveis essenciais: a motivação, a competência e autoconfiança, o apoio (sobretudo da companheira) e as práticas institucionais. A motivação refere-se ao interesse e desejo do pai em estar envolvido. Assiste-se cada vez mais a uma maior motivação do homem no envolvimento com os seus filhos. Mas a motivação não é suficiente por si só, é também necessário que o pai desenvolva competências para cuidar do seu filho. O desenvolvimento destas competências pode ser facilitado através, por exemplo, da sua participação nos CPPP. A autoconfiança nas suas capacidades é um fator essencial para o homem conseguir desenvolver as competências inerentes ao desempenho do seu futuro papel de pai. O apoio, nomeadamente da companheira, também é importante para o envolvimento paterno. As práticas institucionais ainda consideram o homem como fonte principal de rendimento económico da família, o que leva a um menor envolvimento do homem com os filhos.

May (como referido por Gomez, 2005) distingue envolvimento emocional de envolvimento comportamental do pai ao longo da gravidez, considerando três estilos: o observador, o instrumental e o expressivo. O pai observador é um pai que não se quer envolver emocionalmente durante a gravidez, referindo que a gravidez é algo que pertence à mulher, sendo o seu papel de apenas de espetador deste processo. O pai instrumental é aquele que ajuda a grávida nas tarefas relacionadas com a gravidez, como ir às compras de roupa para o bebê, acompanhá-la nas consultas de vigilância pré-natal, mas no entanto não se sente confortável em partilhar emoções que se relacionem com a gravidez. O pai expressivo envolve-se a nível comportamental e emocional e está mais comprometido na preparação para a paternidade, ou seja, está mais consciente da transição que vai ocorrer na sua vida e deseja vivenciar esta experiência da gravidez com a sua companheira.

O envolvimento na gravidez é diferente entre o homem e a mulher sendo que a vivência da gravidez causa impacto e traz repercussões para a vida de ambos. Revela-se fundamental que os profissionais de saúde e a própria sociedade perspetivem o casal enquanto “casal grávido” por forma a reforçar a importância de investigar/conhecer as vivências, expectativas, sentimentos e emoções não só da

mulher mas também do homem no seu processo de transição para a parentalidade (Maldonado como referido por Ferreira, 2014).

Atendendo ao crescente envolvimento do homem no seu papel paternal o mesmo está a tornar-se mais consciente da transição que está a ocorrer na sua vida, e procura vivenciar a sua própria experiência pessoal durante o processo de gravidez, de forma a iniciar o processo de construção da sua identidade paternal (Plantin, Olukoya & Ny, 2011). Posto isto, compreende-se a importância de se conhecer as vivências e os sentimentos do pai durante o processo de gestação do seu filho de forma a facilitar/promover uma transição saudável do homem para a paternidade.

## 2.2. ENVOLVIMENTO DO PAI NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

No início do século XX o parto era um ritual doméstico assistido por mulheres parteiras, conhecidas na sociedade pelas suas experiências mas sem domínio de conhecimento científico. O nascimento ocorria em casa e apesar de o homem não assistir diretamente ao nascimento do seu filho ele estava com a sua companheira e com o seu bebé logo após o parto (Jardim & Penna, 2012).

Na década de 40 do século XX assistiu-se à institucionalização do parto como forma de reduzir as taxas de mortalidade materno infantil. As mulheres começavam a procurar uma assistência mais profissional, baseada em conhecimentos técnico-científicos, acreditando que o seu parto seria mais seguro se fosse assistido pelos médicos (Jardim & Penna, 2012). Com a passagem do parto do ambiente domiciliar para o hospitalar presenciou-se à adoção de um modelo de assistência ao parto intervencionista, ocorrendo um aumento da utilização de procedimentos, como a cesariana, uso rotineiro de episiotomia, uso de ocitocina, monitorização cardiotocográfica contínua, passando o corpo da mulher a ser um “objeto” de atuação médica (Jardim & Penna, 2012). Com a procura desta segurança técnica a mulher passou a ser submetida às rotinas hospitalares afastando-se do seu marido, familiares, amigos, ocorrendo conseqüentemente uma diminuição do envolvimento destas pessoas significativas no nascimento do bebé assim como da própria mulher aumentando a sua insatisfação e insegurança. Os pais e as mães deixaram de se sentir competentes para assumir um papel mais ativo no trabalho de parto e os médicos passaram a dominar a experiência do trabalho de parto e parto (Jardim & Penna, 2012).

Em contrapartida a comunidade científica começou a discutir a excessiva medicalização do parto, considerando que o parto e o nascimento são processos fisiológicos e naturais e que portanto seria necessário refletir sobre a transformação deste evento em algo tão técnico e complexo. O trabalho de parto e parto deve ser visto como um evento fisiológico, com a menor intervenção técnica possível, para que a parturiente possa participar ativamente no trabalho de parto e parto, estando garantidas todas as condições de segurança e de qualidade na assistência ao parto normal (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste sentido, surgiu por todo o mundo um movimento pela mudança das práticas institucionais na assistência ao parto, pretendendo-se destacar a importância do parto normal. Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um guia de assistência ao parto normal. Este documento é constituído por várias recomendações que visam humanizar o cuidado à parturiente/casal durante o trabalho de parto e nascimento, entre as quais é de referir a inclusão de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto e parto. Em Portugal a Lei nº14/85, de 6 de Julho, prevê que a mulher internada num estabelecimento público de saúde pode, se quiser, ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo futuro pai, se ele desejar estar presente, ou por outro familiar que a grávida escolha.

Vários estudos científicos têm revelado as diversas vantagens para a parturiente/recém-nascido/pai relativamente à presença do futuro pai como acompanhante durante o trabalho de parto. Segundo Louro e Waldenstrom (como referido por Storti, 2004), a presença do pai no trabalho de parto, parto e pós-parto, aumenta o bem-estar físico e emocional da parturiente, diminui a ansiedade materna e paterna, diminui a dor do trabalho de parto e favorece o vínculo familiar. Segundo um estudo realizado por Pinto, Basile, Silva e Hoga (2003) sobre o acompanhante no parto, os autores concluíram que a presença do pai no trabalho de parto, parto e pós-parto é muito importante dada a disponibilidade integral deste para apoiar a parturiente e também devido ao conhecimento que possui acerca das crenças e valores da parturiente e da sua família, fazendo com que ela se sinta mais segura e apoiada. Referem ainda que os profissionais de saúde que assistem a mulher no trabalho de parto ao proporcionarem uma experiência de parto positiva para o casal/futuros pais também eles próprios se sentem mais satisfeitos em relação aos cuidados que prestam. De acordo com Mazzieri e Hoga (2006) o pai sente-se muito útil quando participa no trabalho de parto, parto e pós-parto, apresentando níveis de satisfação mais elevados no processo de nascimento do seu filho.

Os profissionais de saúde constataram que para promover a qualidade na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto é necessário que o pai participe ativamente em todo o processo (Mazzieri & Hoga, 2006). Neste sentido, compreendemos que a presença do pai no trabalho de parto é importante não só no acompanhamento e apoio à parturiente, assim como para a sua própria experiência pessoal na vivência da paternidade. Dado que a experiência da paternidade é tão complexa e única é importante que os EEESMO dirijam uma atenção específica às necessidades do pai.

Vários estudos científicos revelam que, apesar de todas as vantagens associadas à presença do pai na sala de partos, o pai pode vivenciar dificuldades e sentimentos negativos durante o trabalho de parto e parto da sua companheira (Genesoni & Tallandini, 2009; Johansson, Fenwick & Premberg, 2015; Poh, Koh & He, 2014; Premberg, Carlsson, Hellström & Berg, 2011; Sapkota, Kobayashi & Takase, 2010; Shibli-Kometiani & Brown, 2012). Podemos destacar aqui um estudo conduzido num hospital português por Martins et al. (como referido por Nogueira, 2011), em que os pais demonstraram ter vivenciado sentimentos de incapacidade, de impotência, de medo e de angústia. Deste modo, é importante que os EEESMO estejam atentos à experiência do pai durante o trabalho de parto, parto e pós-parto de forma a proporcionar-lhe vivências positivas neste período tão significativo para a formação da tríade familiar (Hildingsson, Cederlöf, & Widén, 2011). Neste ponto, destacamos o papel fundamental dos EEESMO ao proporcionarem ao casal todas as informações necessárias sobre as rotinas hospitalares, sobre o processo de trabalho de parto, orientando o pai relativamente às atividades em que ele poderá participar ativamente, integrando-o no processo de trabalho de parto. É deste modo que o pai conseguirá sentir-se confiante no apoio que presta à parturiente e vivenciar uma experiência pessoal positiva (Hildingsson, Cederlöf, & Widén, 2011).

Por outro lado, a preparação do casal para a vivência da experiência do trabalho de parto deve ser iniciada na gravidez. Os pais que participam nos CPPP mostram-se mais confiantes no seu papel, especificamente no suporte que oferecem à parturiente, como a ajuda na deambulação, o apoio emocional, a assistência na realização de exercícios de relaxamento, entre outras atividades (Mazzieri & Hoga, 2006).

Os homens que estão ativamente presentes no trabalho de parto, parto e pós-parto vivenciam diversas experiências. Estas experiências sofrem influência não só da sua preparação para o parto e envolvimento durante a gravidez, mas também de outros fatores como a idade, a cultura, o nível socioeconómico, o tipo de relacionamento do casal, o grau de envolvimento durante a gravidez (Ribeiro, 2005).

A participação do pai no nascimento da criança traz questões relativas ao exercício dos direitos reprodutivos dos homens. A escolha do apoio do pai no trabalho de parto e parto faz parte das propostas de humanização da assistência durante o trabalho de parto (OMS, 1996). Segundo o regulamento das competências específicas do EEESMO, faz parte das suas competências facilitar a presença de uma pessoa significativa da gestante durante o trabalho de parto. É importante ressaltar que algumas mulheres podem não querer ter o marido como acompanhante durante o trabalho de parto e, por outro lado, nem todos os homens podem sentir-se preparados para assistir ao nascimento do seu filho. A decisão da presença do pai no trabalho de parto deve ser tomada livremente pelo casal.

### 2.3. TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE COMO FOCO DE ATENÇÃO PARA OS EEESMO

A pessoa ao longo do seu ciclo de vida vivencia vários momentos marcantes que produzem pontes de desequilíbrio entre períodos de tempo estáveis (Murphy como referido por Zagonel, 1999). Neste conceito de transição interessa referir que o significado atribuído às transições varia de indivíduo para indivíduo, sendo fundamental identificar as necessidades individuais de cuidados (Zagonel, 1999). Segundo Meleis (2010), os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados dos doentes e das suas famílias que se encontram a vivenciar um processo de transição. Neste sentido, devem de estar atentos às mudanças e necessidades inerentes aos processos de transição, preparando os indivíduos para a vivência das transições, facilitando a aprendizagem de novas competências e a aquisição de novos conhecimentos essenciais, para que estes consigam responder às suas necessidades e se adaptem à sua nova fase de vida. É essencial que o enfermeiro desenvolva estratégias de intervenção a partir da premissa de que o sucesso de uma transição implica que se compreenda o que desencadeia a mudança, a antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da mudança, a possibilidade de ocorrência de múltiplas transições simultâneas (Zagonel, 1999)

Segundo Canavarro e Pedrosa (2005), o nascimento do primeiro filho marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar – transição desenvolvimental -, e no caso de não ser o primeiro filho implica a complexificação do sistema familiar, ocorrendo uma redefinição de papéis e tarefas. Segundo estas autoras, o período de transição para a parentalidade implica que o pai e mãe resolvam tarefas

desenvolvimentais específicas, de forma a poderem alcançar níveis de organização familiar mais complexos, mais concretamente: reavaliar e reestruturar a relação com o pai e mãe, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; construir a relação com a criança enquanto pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (como referido por Leal, 2005). Deste modo, compreendemos que a transição para a parentalidade é um tipo de transição que merece claramente a atenção dos EEESMO dado que comporta mudanças na vida do pai e da mãe, na relação entre o pai/mãe/ filhos e no próprio desenvolvimento das crianças (Deave & Johnson, 2008). Por outro lado, salientamos que o desempenho do papel parental não é inato ao pai e à mãe, constitui antes o resultado de uma aprendizagem que por sua vez vai influenciar a adaptação à parentalidade, ou seja, o ajustamento à gravidez e o desenvolvimento de ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (CIPE, 2011). Portanto, neste processo de transição o futuro pai tem de desenvolver novas competências e habilidades e adquirir novos conhecimentos para se adaptar ao seu novo papel. Neste sentido, tem-se vindo a assistir a uma difusão dos apoios sociais e recursos comunitários públicos e privados que objetivam a preparação para a parentalidade. Neste ponto, surgem os CPPP, desenvolvidos nos Cuidados de Saúde Primários e concretamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), nos Hospitais e Maternidades, que têm como principais dinamizadores os EEESMO.

Segundo Bartelett (como referido por Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosuang & Liamtrirat, 2015), a transição para a paternidade implica transformações de ordem física, emocional, psicológica e espiritual. Neste processo, é fundamental que o EEESMO ajude o futuro pai a lidar com as suas emoções e a desenvolver estratégias de *coping* que possibilitem a vivência de uma transição saudável. Para o pai alcançar o sucesso nesta transição o cuidar do EEESMO, tal como refere Meleis e Trangenstein (1994), deve ser centrado nas experiências singulares dos indivíduos em transição.

De acordo com Levy-Schiff e Isrraelashvili (como referido por Deave & Johnson, 2008) a paternidade é essencialmente influenciada por três fatores: características individuais do pai, contexto social onde se desenvolve a relação pai-filho e pelas características individuais da criança.

No estudo de revisão da literatura realizado por Genesoni e Tallandini (2009) os investigadores identificam três estádios específicos na transição para a paternidade:

pré-natal, parto e nascimento e período pós-natal. O período pré-natal é referido como o período mais exigente pois é quando ocorre uma reorganização psicológica do “Eu”; o parto e o nascimento são vistos como o período mais intenso a nível emocional; o período pós-natal é o mais desafiador a nível intra-pessoal e inter-pessoal, dado que o pai tem de conjugar este seu novo papel com a sua vida pessoal, familiar, profissional e social. Por outro lado, um fator que influencia a transição para a paternidade ao longo destas três fases é a qualidade da relação que o homem tem com a sua companheira. Portanto, a transição para a paternidade sofre influência do contexto social onde o futuro pai vive e trabalha e das suas características pessoais, que se relaciona diretamente com a qualidade da relação que tem com a sua companheira. De acordo com Sarkadi et al. (como referido por Halle et al., 2008), a sociedade espera que o pai seja capaz de providenciar apoio emocional e financeiro à sua família.

Num estudo desenvolvido por Chin, Daiches e Hall (2011) os investigadores verificaram que o pai pode sentir-se fisicamente e emocionalmente distante da gravidez, parto e nascimento, e que o fato de regressar mais cedo ao trabalho em comparação com as mulheres só reforça estes sentimentos.

Segundo Ribeiro (como referido por Mendes, 2009), o nível socioeconómico, o nível cultural, o tipo de relacionamento do casal e a participação do pai durante a gravidez influenciam o desejo de acompanhamento do pai no momento do nascimento.

Num estudo realizado por Fox, Bruce e Combs-Orme (2000), os investigadores verificaram que o pai que assumia a responsabilidade maior pelo rendimento da família esperava um menor envolvimento nos cuidados ao bebé e no apoio emocional à mãe (como referido por Mendes, 2009).

Portanto, tal como refere Meleis e seus colaboradores (2000), as condições pessoais como os significados, crenças culturais e atitudes, o *status* socioeconómico, a preparação e o conhecimento, assim como as condições da comunidade e da sociedade podem facilitar ou inibir o processo de transição saudável e os resultados das transições. É necessário que o EEESMO identifique as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o processo de transição para o indivíduo vivenciar uma transição saudável, e para isso tem de conhecer e compreender as experiências vivenciadas pelo pai neste processo de transição.

De acordo com Halle et al. (2008), o pai deseja estabelecer um contato próximo com o seu filho e quer participar nos cuidados ao bebé e neste sentido precisa de ser mais apoiado para se sentir confiante neste seu papel. Antes disto, é de salientar que o pai

está cada vez mais presente nas consultas de vigilância pré-natal e durante a realização de exames pré-natais, nos CPPP e na sala de partos (Aboim, Bayle, Gomez, Ribeiro como referido por Gama, 2014; Mendes, Bayle como referido por Garcês, 2011; Nogueira, 2011).

Os EEESMO ao incentivarem a participação do pai nos CPPP, nas consultas pré-natais e na sala de partos, encontram-se a fomentar o envolvimento do pai no processo de transição para a paternidade. O pai por sua vez ao envolver-se em todo este processo está a consciencializar-se desta mudança na sua vida e a construir o seu papel paterno.

A transição para a paternidade implica grandes alterações no estilo de vida do futuro pai, de ordem emocional, social, económica, com grande impacto na sua maneira de ser e de estar, conduzindo a uma reorganização de atitudes, comportamentos, sentimentos, crenças, desejos, com a necessidade de reavaliar o seu projeto de vida. Ao reavaliar e reestruturar a sua própria identidade o pai está a completar o seu processo de transição.

O foco de atenção do EEESMO centra-se na adaptação da pessoa à nova situação, neste caso o ajustamento do homem ao papel paterno para que este integre este novo papel na sua identidade. Portanto, os EEESMO devem avaliar os padrões de resposta apresentados pelo pai, ao longo do todo o processo, de forma a identificar fatores que possam dificultar o processo de transição e impedir que o pai faça uma adaptação bem sucedida à parentalidade. Neste contexto, através de uma abordagem mais centrada no pai os EEESMO devem ser capazes de identificar as necessidades do mesmo relativamente a este seu novo papel, ajudando-o a desenvolver estratégias de comunicação para partilhar os seus sentimentos e necessidades de aprendizagem, para que ele consiga ganhar confiança e desenvolva as competências necessárias para cuidar do seu filho. Este suporte social e simultaneamente emocional fornecido ao pai é fundamental para reduzir o risco de algum distúrbio emocional e mental no período pós-natal, que por sua vez traz consequências para o desenvolvimento físico, social e emocional da criança (Bielawka-Batorowics & Kossakowska-Petrycha, Spector, Condon, Boyce & Corkindale, Dudley et al., como referido por Halle et al., 2008). A promoção de transições saudáveis é um foco fundamental e específico de cuidados de enfermagem e o papel dos EEESMO é fundamental para a ocorrência de uma transição bem sucedida para a parentalidade, despertando no futuro pai interesse e motivação para a aquisição de conhecimentos e aprendizagem de técnicas importantes para a resolução desta crise familiar.

### **2.3.1. Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade na transição para a paternidade**

Atendendo a um crescente envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, o homem procura sentir-se competente para o desempenho do seu papel de pai, de forma a integrar com sucesso este papel no seu projeto de vida pessoal. Neste sentido, os homens têm procurado usufruir dos benefícios sociais paternais previstos na lei em vigor assim como dos recursos disponíveis de apoio na transição para a paternidade, estando presentes no acompanhamento da grávida nas consultas de vigilância pré-natal e através da sua participação nos CPPP.

A gravidez e a transição para a paternidade constituem uma fase do ciclo de vida familiar que ao exigir um conjunto de mudanças e adaptações na organização familiar são potencialmente geradoras de stresse (Relvas como referido por Mendes, 2009). Os CPPP revelam-se importantes na medida em que ajudam o pai e a mãe a desenvolverem capacidades para lidar com o stresse do parto e para prestar cuidados ao recém-nascido. Daí que, tal como já foi referido anteriormente, a oferta dos CPPP esteja a tornar-se progressivamente uma prioridade para as entidades de saúde responsáveis.

A preparação para o parto e parentalidade apresenta na sua concetualização diversas compreensões e definições, segundo Ankett (autor que apresenta uma das definições mais consensuais no mundo científico) (como referido por Couto, 2002) a preparação para o parto consiste num:

Programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofiláctico, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiológica no tratamento das dores do trabalho de parto de forma a minimizar-se o uso de anestesia ou da analgesia. (...) O objetivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contrações uterinas e do trabalho de parto. (pp.66-67)

A participação ativa do pai nas aulas de preparação para o parto e parentalidade é essencial para este aumentar a sua autoconfiança e para compreender o seu papel durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, assumindo um papel de cooperação no

controle e alívio da dor do trabalho de parto da mulher, na prestação de cuidados ao recém-nascido e no apoio à companheira quando esta regressa a casa (Couto, 2002). Segundo um estudo de investigação realizado por Kao et al. (como referido por Longworth, Furber & Kirk, 2015) a participação do pai no CPPP está associada a um aumento do nível de suporte fornecido pelo homem à sua companheira durante o trabalho de parto e parto.

De acordo alguns autores a avaliação que o pai faz dos CPPP difere, isto é, alguns homens sentem-se incluídos nas aulas enquanto outros referem que estas aulas não colmatam as suas necessidades de aprendizagem (Poh, Koh & He, 2014, Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg & Hammar, 2015). De uma forma geral, o pai refere que as aulas de preparação para o parto e parentalidade devem de ter como foco de atenção principal a mãe e o feto mas que é necessário dar mais atenção e suporte ao pai para que este se sinta mais preparado (Poh, Koh & He, 2014, Widarsson, Engström, Tydén, Lundberg & Hammar, 2015).

Segundo May e Fletcher (2013) o pai que frequenta o CPPP com a sua companheira pode sentir-se melhor preparado para o seu papel na sala de partos mas não estar preparado para as mudanças que vão ocorrer na sua relação conjugal, relação com os amigos e com a família e na relação que vão desenvolver com o seu filho. Tudo isto pode constituir um risco para o desenvolvimento de stresse psicológico e depressão paterna, que por sua vez traz consequências para a dinâmica familiar.

Num estudo randomizado conduzido por Wöckel, Schäfer, Beggel e Abou-Dakn (2007) os homens que além de terem frequentado as aulas de preparação para o parto e parentalidade com as suas companheiras receberam também um treino adicional, durante uma hora, só para o pai, referiram sentir-se melhor preparados para o seu papel na sala de partos. Portanto, é importante reconhecer e dar resposta nas aulas de preparação para o parto e parentalidade às necessidades específicas do pai. A resposta às necessidades psicológicas, afetivas e cognitivas do pai influenciam a experiência do pai na sala de partos o que por sua vez pode influenciar o *bonding* entre o pai/mãe/bebé (Wöckel, Schäfer, Beggel & Abou-Dakn, 2007).

Num estudo realizado em Israel por Shibli-Kometiani e Brown (2012) os investigadores verificam que as aulas de preparação para o parto e parentalidade são fundamentais para “empoderar” o homem, no sentido deste ser capaz de apoiar a sua companheira no trabalho de parto e parto e que uma das estratégias que podem ser usadas nos CPPP é oferecer aulas específicas para o pai para que este possa ser capaz de

manifestar mais facilmente as suas necessidades específicas no processo de transição para a paternidade.

Sucintamente, com os CPPP através do reconhecimento e validação das experiências pessoais do casal, da transmissão de conhecimento e treino de capacidades, o EEESMO promove a capacitação e autonomia do pai e da mãe na transição para o papel parental. Revela-se fundamental que os EEESMO identifiquem as necessidades e experiências do pai ao longo da gravidez da sua companheira e no nascimento do seu filho, de forma a promover ao pai e à mãe cuidados focados na família como um todo (Hui Li, Hong-Gu & Koh, 2014).



### **3. EXPERIÊNCIA DO PAI NA SALA DE PARTOS**

Ao longo das últimas décadas a investigação científica tem evidenciado os benefícios da presença e participação do pai no trabalho de parto e parto. Num estudo conduzido por Garcês (2011) constata-se que as vivências do pai durante o trabalho de parto e parto são muito significativas e importantes para a sua realização pessoal, para o fortalecimento da sua relação conjugal e na valorização das capacidades maternas da companheira. Num estudo realizado por He et al. (2015) a uma população de pais chineses, os investigadores concluíram que a presença do pai na sala de partos traz vários benefícios tanto para a mãe como para o pai. Por um lado, a mulher sente-se mais confiante, mais confortável, menos stressada, menos ansiosa, menos sozinha, o que contribui para diminuir a sua dor do trabalho e reduzir o seu medo em relação ao momento do parto; por outro lado, a presença do pai no parto influencia positivamente a sua relação com a companheira; em relação ao bebé, o pai ao assistir ao nascimento do seu filho irá construir uma relação de maior proximidade com este desde o seu primeiro minuto de vida.

Tem-se constatado que os investigadores procuram estudar o papel do pai na sala de partos preocupando-se em avaliar a experiência do parto na perspetiva do pai, ou seja, em compreender de que forma o homem vivencia esta experiência, identificando as suas necessidades específicas. Esta mudança de visão nos estudos de investigação vem de encontro aos próprios resultados da investigação científica que revelam que o momento do parto e nascimento do bebé é considerado um dos três estádios específicos na transição do homem para a paternidade (Genesoni & Tallandini, 2009).

Na revisão da literatura efetuada verifica-se que a experiência do pai na sala de partos pode ser contraditória no que se refere aos sentimentos vivenciados por este. No estudo de revisão da literatura realizado por Genesoni e Tallandini (2009), sobre a transição psicológica do homem para a paternidade, nos sete estudos relativos à experiência do pai no trabalho de parto e parto, verifica-se que os pais vivenciaram sentimentos positivos como prazer e orgulho; mas que frequentemente também sentiram-se desamparados, inúteis, ansiosos, deslocados, vulneráveis, impreparados,

com necessidade de suporte psicológico, pois não esperavam que esta experiência fosse tão exigente.

De acordo com um estudo fenomenológico realizado por Premberg, Carlsson, Hellström e Berg (2011), o pai considera que o seu apoio é único e fundamental para responder às necessidades da sua companheira e que a sua experiência na sala de partos foi maioritariamente positiva, mas também refere ter vivenciado sentimentos negativos como ansiedade e sensação de ser colocado de parte. Neste estudo os investigadores consideram que o pai sentiu-se afastado do cenário do nascimento do filho porque foi visto dessa forma pela Instituição de saúde. Os EEESMO não olharam para o homem como um futuro pai mas apenas como um familiar que acompanhava a mulher no trabalho de parto e parto. Por outro lado, neste estudo os preconceitos em relação ao género também se tornam evidentes dado que se esperava que o futuro pai estivesse calmo e assumisse uma postura de “homem forte” para poder reagir adequadamente quando fosse necessária a sua colaboração.

Poh, Koh e He (2014) ao realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a experiência e necessidades do pai durante a gravidez e nascimento do seu filho verificaram que o pai durante o trabalho de parto e parto tentou esconder os seus medos e preocupações, provavelmente por questões de género. Esta situação conduziu a que o pai referisse ter vivenciado sentimentos mistos e contraditórios.

Num estudo de natureza qualitativa realizado em Israel por Shibli-Kometiani e Brown, (2012), o pai que esteve presente no trabalho de parto e nascimento do seu filho expressou sentimentos de medo e desalento e relacionou estes sentimentos com expectativas irreais, falta de preparação pré-natal, falta de suporte, falta de flexibilidade e dificuldade na comunicação por parte dos EEESMO.

Nos estudos científicos acima mencionados, o pai refere que a atitude e a sensibilidade dos EEESMO em relação à sua presença na sala de partos é fundamental para poder assumir um papel mais ativo no apoio à sua companheira durante o trabalho de parto e parto e simultaneamente poder sentir-se mais satisfeito neste seu papel. Portanto, os EEESMO devem estar atentos às necessidades específicas dos pais, respeitando-os em vez de os ignorar, encorajando-os a manifestar os seus receios e preocupações, apoiando-os e orientando-os no apoio fornecido à sua companheira.

Hildingsson, Cederlöf e Widén (2010) realizaram um estudo de investigação com o objetivo de identificar a percentagem de pais que tiveram uma experiência de parto positiva e de explorar os fatores relacionados aos cuidados prestados pelos EEESMO

que estavam associados a uma experiência positiva do pai na sala de partos. Concluíram que a maioria dos pais teve uma experiência positiva (82%) e que o apoio, a presença e a informação sobre as fases do trabalho de parto e parto fornecidos pelos EEESMO ao pai influenciam significativamente de uma forma positiva a experiência deste na sala de partos.

Num estudo de meta-síntese desenvolvido por Fenwick e Premberg em 2015, sobre a experiência do pai no trabalho de parto e parto da sua companheira, os pais que queriam dar apoio à sua companheira e estar envolvidos no trabalho de parto e parto referiram sentir-se vulneráveis, stressados e confusos. Neste sentido, estamos convictos que a preparação para o parto e o suporte dado pelos EEESMO ao informar continuamente o pai sobre o processo do trabalho de parto, usando uma linguagem acessível ao mesmo, são essenciais para uma experiência positiva do pai no trabalho de parto e parto da sua companheira.

Estes últimos dois estudos acima mencionados vêm corroborar o importante papel dos EEESMO no suporte dado ao pai no trabalho de parto e parto e a importância da identificação das necessidades individuais do pai na sala de partos, de forma a promover ao pai uma experiência positiva em sala de partos.

Sapkota, Kobayashi e Takase (2010) conduziram um estudo no Nepal para estudar a experiência do pai que acompanhou a mulher durante o trabalho de parto e parto. Neste estudo, concluíram que os pais gostaram de estar presentes no processo de nascimento do seu filho mas que se sentiram desamparados. Esta situação foi associada à falta de preparação pré-natal (no Nepal os homens não frequentam CPPP e somente 20% das mulheres têm acesso aos CPPP).

No estudo conduzido por Shibli-Kometiani e Brown (2012) é enfatizada a importância da preparação pré-natal do pai para que este se sinta competente no desempenho do seu papel na sala de partos, sugerindo-se a possibilidade de se oferecer aulas de preparação pré-natal apenas para o homem para este poder partilhar as suas necessidades específicas.

Num estudo conduzido por Wöckel, Schäfer, Beggel e Abou-Dakn (2007) os investigadores separaram os pais em estudo em dois grupos, no grupo de controlo o pai teve aulas de preparação para o parto juntamente com a sua companheira e no grupo experimental o pai teve uma aula extra apenas para o pai, com a duração de uma hora, além das aulas conjuntas com a esposa. No grupo experimental o pai referiu sentir menos medo em ver a sua companheira com dor, sentindo-se melhor preparado para dar apoio à sua mulher e ela própria corroborou esta afirmação.

Concluíram assim que as aulas direccionadas apenas para o pai, ao permitir-lhe reconhecer as suas necessidades individuais, podem ajudar o homem a perceber melhor o seu papel na sala de partos e desta forma ajudá-lo a dar um apoio mais efetivo à parturiente. Por conseguinte, nestes casais em que o pai teve um apoio adicional verificou-se uma experiência do parto mais positiva em comparação com os outros casais.

Em suma, o futuro pai apresenta necessidades específicas relacionadas com a sua experiência no trabalho de parto e parto da companheira que precisam de ser reconhecidas pela Instituição onde vai ocorrer o parto, pelos EEESMO que acompanham o casal na sala de partos e nas aulas de preparação pré-natal. Evidencia-se aqui a importância do papel dos EEESMO para promover uma experiência positiva do pai presente no trabalho de parto e parto da sua companheira, o que por sua vez influenciará a construção da tríade familiar. Portanto, é fundamental que o EEESMO valorize o papel do pai na sala de partos, demonstrando sensibilidade e respeito pelas suas necessidades, focando-se na família como um todo.

Após o caminho realizado no enquadramento teórico, onde se pretendeu enaltecer a evolução do papel paterno na sociedade ocidental, iremos focar a nossa atenção numa fase específica da transição do papel paterno reportando-nos à sua experiência na sala de partos, procedendo à avaliação da mesma através da validação e aplicação do *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP*, descrevendo detalhadamente as etapas percorridas para a realização de um estudo empírico desta natureza.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 4. METODOLOGIA

Neste capítulo procuramos clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o presente estudo. Iniciamos com a contextualização do estudo, seguindo-se a sua justificação, finalidade, objetivos e questões de investigação. Procede-se à descrição do tipo de estudo, à análise do processo de tradução e adaptação do instrumento a utilizar para a recolha de dados e à descrição do mesmo, da população e da amostra, referindo os procedimentos de recolha de dados e o tratamento estatístico dos mesmos, terminando com os procedimentos éticos e legais.

#### 4.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O crescente interesse dos investigadores pelas vivências do homem na experiência da paternidade tem vindo a acompanhar as profundas alterações do papel do pai na sociedade. A inclusão e valorização do pai desde o processo gestacional até ao nascimento do seu filho, e que não termina aqui, despertou a necessidade de avaliar e de identificar as suas necessidades de forma a poder dar respostas que potenciem uma parentalidade autónoma e positiva.

Após o enquadramento teórico e a elaboração do quadro de referência previamente realizados na fase concetual compreendemos a importância da experiência do pai na sala de partos na sua transição para a paternidade.

Atendendo a que durante a revisão da literatura não encontramos nenhum instrumento em Portugal que permita avaliar as necessidades e experiência do pai durante o trabalho de parto e parto da sua companheira, gerou-se um impulso para a realização deste estudo. A nível internacional encontramos um instrumento de medida – *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP*, de Premberg et al. (2012), um instrumento recente, apenas validado em França (Capponi, Carquillat, Premberg, Vendittelli & Guittier, 2016).

## 4.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como finalidade a obtenção e o acesso a um instrumento de medida validado para a população portuguesa, que permita aos EEESMO avaliar a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos, a fim de promover as boas práticas nos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, assim como contribuir para a sustentação científica sobre esta problemática.

Foram definidos como objetivos para este estudo:

1. Validar o *Questionário para o Pai pela Primeira vez em Sala de Partos – QPPV\_SP*, para a população portuguesa;
2. Avaliar a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos;
3. Analisar a associação existente entre a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos com algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Atendendo aos objetivos 2 e 3 foram delineadas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 - Qual a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos?

Questão 2 - Será que a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos é influenciada pela idade, nível de escolaridade e tipo de parto da companheira?

## 4.3. TIPO DE ESTUDO

Atendendo aos objetivos do estudo percebemos que estamos perante um estudo de natureza quantitativa, do tipo metodológico e descritivo-correlacional.

Fortin, Côté e Fillion (2009) referem que “o estudo metodológico visa estabelecer e verificar a validade dos novos instrumentos de medida, permitindo, assim aos investigadores utilizá-los com toda a confiança” (p.255). De acordo com os autores, a qualidade da investigação depende não só do tipo de desenho mas também da fidelidade e validade dos instrumentos de medida. A fidelidade e validade são qualidades fundamentais de qualquer instrumento de medida, seja no caso em que as escalas são traduzidas para outra língua ou quando são aplicadas em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido. Este tipo de estudo distingue-se dos outros métodos de investigação porque não inclui todas as etapas do processo de investigação, isto é, não se interessa pelas relações entre a variável

independente e a variável dependente. Define-se mais como uma estratégia em várias etapas, tratando da elaboração ou validação de um instrumento de medida recém-criado ou traduzido de uma outra língua como é o caso do estudo em questão (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Na investigação do tipo descritivo-correlacional pretende-se descrever um fenómeno contribuindo para a expansão do conhecimento e explorar a existência de associações entre variáveis (Fortin, Côté & Fillion, 2009), o que está em consonância com os objetivos 2 e 3 do presente estudo.

Quanto ao tipo de análise de dados este estudo define-se como quantitativo. Um estudo de natureza quantitativa caracteriza-se "pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações e contextos" (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 27).

Segundo o tempo, é ainda um estudo transversal pois a recolha de dados junto da amostra é realizada num só momento (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

#### 4.4. ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS

Os estudos transculturais pretendem estudar as mesmas variáveis, os mesmos construtos, com as mesmas técnicas de avaliação, em indivíduos de outras culturas, com uma língua diferente (Ribeiro, 2008).

Alguns autores defendem que a tradução simples de um questionário, isto é, o respeito somente pelas regras lexicais seria suficiente no processo de tradução. Contudo, outros autores referem que os construtos não são iguais em todas as culturas e que é necessário estabelecer se o conceito existe, se é interpretado da mesma maneira nas duas culturas e se essa interpretação é semelhante – Abordagem Universalista (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998). Portanto, no processo de tradução de um instrumento temos de atender não só às diferenças do idioma mas igualmente às diferenças culturais dos diferentes países.

Segundo Bradley, a tradução de um instrumento de medida precisa de ser submetida aos mesmos testes psicométricos que a versão original sofreu (como referido por Ribeiro, 2008). De acordo com Almeida e Freire (2008), a adaptação de instrumentos para uma população diferente daquela para a qual foi desenvolvido implica uma equivalência dos construtos que se querem medir e deve ter por base o processo de validação original.

Tendo por base a Abordagem Universalista, que defende que existem diferenças nos construtos usados nas diferentes culturas, é necessário atender a alguns aspectos para obter a equivalência entre instrumentos. Os autores Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) apresentam seis tipos de equivalências: equivalência conceitual, equivalência do item, equivalência semântica, equivalência operacional, equivalência de medida e equivalência funcional.

A equivalência conceitual é determinada quando o questionário tem a mesma relação com o construto subjacente em ambas as culturas. Relaciona-se com a validade do conceito explorado pois determina se os domínios inseridos no conceito que está a ser estudado também são relevantes para a cultura onde está a ser investigado. Alguns itens podem ser equivalentes quanto ao significado mas não serem equivalentes quanto ao conceito (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Schmidt & Bullinger, 2003).

A equivalência do item ocorre quando se estima o mesmo parâmetro do domínio em avaliação e quando os itens presentes em cada um dos domínios são relevantes e aceitáveis para a cultura alvo (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998).

As fases anteriormente referidas para serem bem sucedidas implicam que o investigador realize uma revisão bibliográfica sobre os domínios incluídos no conceito que está a ser estudado, consulte um grupo de peritos que fazem parte da cultura onde vai decorrer o estudo e envolva um grupo de indivíduos representativos da população alvo (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Reichenheim & Moraes, 2007).

A equivalência semântica refere-se à divergência de significado existente entre as diferentes línguas e expressa-se pela obtenção de efeitos semelhantes nos respondentes das diferentes línguas. É importante que os termos principais usados na versão original tenham sido cuidadosamente descritos. É obtida quando está garantida a equivalência dos significados dos itens (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Reichenheim & Moraes, 2007). A equivalência semântica é constituída por várias etapas: tradução/retradução por pessoas bilingues, ocorrendo uma avaliação da equivalência semântica entre as versões traduzidas e a versão original, discussão com um grupo de indivíduos da população alvo para obter uma equivalência no significado referencial e geral dos termos/palavras usadas, discussão com um grupo de peritos (o mesmo grupo que participou na equivalência conceitual e de item, mais um dos tradutores envolvidos nesta etapa) para detetar possíveis discrepâncias e fazer os ajustes finais e realização de um pré-teste a um grupo de indivíduos da população alvo

para confirmar a compreensão e aceitabilidade da versão final do instrumento (Reichenheim & Moraes, 2007).

A equivalência operacional ocorre quando o formato de questionário assim como as instruções, o modo de administração e métodos de medição usados na aplicação deste não mudam os resultados. Portanto, se o método usado para a aplicação do instrumento adaptado à população alvo for diferente do original a eficácia tem de ser semelhante de forma a não alterar os resultados (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998).

A equivalência de medida refere-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento em diferentes línguas são similares. Os métodos usados para estabelecer a existência da equivalência de medida referem-se à avaliação da fidelidade do instrumento, cujos resultados da aplicação do instrumento em diferentes culturas devem ser similares ou idênticos, e à avaliação da validade realizada através da análise fatorial, onde se deve verificar se a distribuição dos itens pelos fatores é a mesma na versão traduzida e se a variância explicada pela solução factorial é idêntica à original (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Ribeiro, 2008).

A equivalência funcional obtém-se quando as equivalências acima referidas são alcançadas. Obtém-se quando um instrumento mede bem o que é esperado ele medir nas diferentes culturas em que é aplicado. É assim definida em termos de funcionalidade equivalente do instrumento nas duas culturas (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Ribeiro, 2008).

#### **4.4.1. Etapas na tradução, adaptação e validação transcultural do *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP***

Esta etapa do presente trabalho de investigação baseia-se nas recomendações propostas por Beaton e seus colaboradores (2000) para a validação de instrumentos de medida. Estes autores descrevem cinco etapas:

1ª: Tradução: deve ser realizada por, pelo menos, dois tradutores independentes e bilingues, cuja língua mãe, neste caso, é a língua portuguesa, no sentido de se obter duas traduções do instrumento (T1 e T2).

Esta tradução foi realizada por duas tradutoras qualificadas e experientes neste tipo de atividade.

2ª: Síntese: com base na versão original e nas duas versões traduzidas foi realizada uma síntese destas traduções, de forma a resolver algum tipo de discrepância que pudesse existir, resultando numa nova versão traduzida do questionário (TS). Nesta comparação das duas versões (T1 e T2) os itens que foram vistos como menos adequados, ou seja, quando o seu significado não era igual nas duas línguas, foram reformulados para que a tradução mantivesse o mesmo significado da original.

3ª Retro-tradução: consiste em traduzir o instrumento novamente para a língua original (RT1 e RT2). Deve ser realizada por, pelo menos, dois tradutores cuja língua mãe é o inglês e que não devem de ter conhecimento do questionário original. Ambos os tradutores não tinham formação médica nem de enfermagem. Embora as tradutoras não tenham como língua materna o inglês ambas são profissionais da área de letras e com experiência em trabalhos de tradução técnica.

Nestas primeiras etapas pretende-se que as palavras utilizadas no instrumento original sejam equivalentes na tradução realizada para a versão portuguesa, através de uma análise gramatical e do vocabulário, obtendo-se a equivalência semântica. Não se observaram diferenças semânticas de relevo, apenas se realizaram pequenos ajustes. Nesta fase entrou-se em contacto por via *e-mail* com a autora do questionário que referiu não encontrar ambiguidades nas versões existentes até àquela data.

4ª Revisão por um comité de especialistas: todas as versões (T1, T2, TS, RT1, RT2) e também a versão original devem ser analisadas por um grupo de peritos, de forma a identificar e alterar expressões inadequadas, modificando os itens que obtiverem menor concordância entre os especialistas. Este grupo deve ser constituído por investigadores com experiência em estudos metodológicos, profissionais de saúde, profissionais linguísticos e tradutores. O grupo de peritos tem quatro elementos: duas Professoras da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Coordenadora e Professora Adjunta (ambas com experiência em estudos metodológicos), uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, chefe no bloco de partos da Maternidade Daniel de Matos e uma tradutora bilingue. Foram sugeridas as seguintes mudanças referentes aos itens 4, 22, 24,25 26:

- Item 4: “Com ventosa/fórceps”;
- Item 22: “A equipa esteve disponível para a minha esposa/companheira durante a minha ausência/pausa”;
- Item 24: “Recebi apoio quando me senti mais preocupado”;
- Item 25: “Ensinaram-me a pegar o/a bebé ao colo”;

- Item 26: “Fui encorajado a pegar o/a bebé ao colo”.

Quanto às expressões “*midwives*” e “*girlfriend*” os peritos concordaram com os termos utilizados na versão TS: “enfermeiros obstetras” para a expressão “*midwives*” e “companheira” para a expressão “*girlfriend*”.

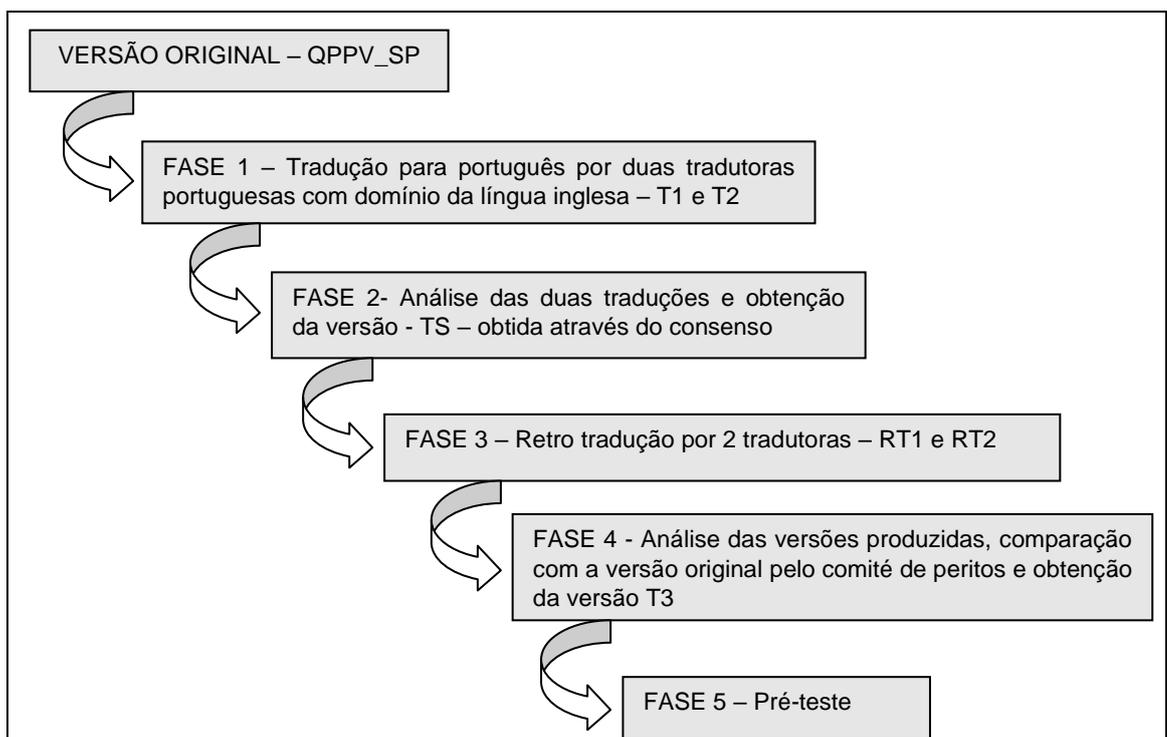
Nesta fase avaliou-se a equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional. Assim foi alcançada uma nova versão (T3).

5ª Pré-teste: consiste em avaliar a equivalência entre a versão original e versão traduzida final. Segundo estes autores (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) o ideal é aplicar o questionário (T3) a cerca de 30-40 elementos que fazem parte da população em estudo. Pretende-se verificar, através de uma entrevista, se existem dificuldades na compreensão dos itens do instrumento de medida e nas opções de resposta, examinando se existem itens que não foram preenchidos/respondidos.

O investigador ao compreender as dificuldades no preenchimento do questionário, pretende determinar a equivalência semântica, de itens e operacional.

Neste ponto foi realizado um pré-teste a 10 pais, que referiram não terem dificuldades na compreensão dos itens apresentados, acrescentando que o questionário era simples, fácil e rápido de responder. Assim, esta última versão (T3) foi considerada como versão final.

As etapas seguidas para realizar a tradução e adaptação cultural encontram-se esquematizadas na figura 1.



**Figura 1:** Etapas na tradução e validação transcultural do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP.

#### **4.4.2. Confiabilidade e validade de um instrumento de medida**

A tradução de um instrumento de recolha de dados não supõe uma validação automática do mesmo para a cultura/país onde se pretende aplicá-lo (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000). Após a tradução do instrumento de medida o investigador tem de assegurar a sua confiabilidade e validade.

A confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo em estudo, ou seja, significa que o instrumento deve produzir os mesmos resultados sobre medidas repetidas. A estabilidade (capacidade de produzir os mesmos resultados, com as mesmas pessoas, em momentos diferentes), equivalência (capacidade de produzir os mesmos resultados quando se aplica instrumentos equivalentes ou paralelos) e homogeneidade ou consistência interna (quando todas as questões de um instrumento medem o mesmo construto) são os três atributos principais de um instrumento confiável (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

A confiabilidade de um instrumento pode ser avaliada através de vários testes, nomeadamente, formas alternadas (estabilidade e equivalência); teste-reteste (estabilidade); questões de correlações totais, metade dividida, coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), *alfa* de *Cronbach* (homogeneidade); confiabilidade de interavaliador (equivalência). A opção dos testes a usar depende da natureza da ferramenta (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004), mas frequentemente a avaliação da consistência interna de um instrumento é estimada através do coeficiente *alfa* de *Cronbach*.

A validade significa que um instrumento de medição mede exatamente aquilo que deve medir (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004). Temos três tipos de validade: validade de conteúdo, validade relacionada ao critério e validade do construto.

A validade de conteúdo relaciona-se com a adequação dos itens/questões à dimensão de comportamento que se pretende medir. Implica que o autor do questionário identifique inicialmente o conceito que está a estudar, definindo os seus domínios, e posteriormente submeta esse trabalho já realizado a um *comité* de especialistas. Este grupo de juízes é o que participa durante as etapas do processo de tradução e

adaptação da versão traduzida do questionário (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Ribeiro, 2008).

Na validade de critério o investigador procura estabelecer uma relação entre as pontuações de um instrumento e algum critério externo, ou seja, indica a eficiência de um teste em prever um comportamento de um indivíduo numa situação específica (Polit, Beck & Hugler, 2004; Ribeiro, 2008).

De acordo com Ribeiro (2008) a validade de construto é a validade nobre de qualquer medida, pois é através dela que garantimos que o instrumento mede o construto teórico, isto é, a teoria ou as hipóteses sob investigação. Portanto, o investigador pretende confirmar as relações que seriam previstas entre conceitos. É um processo complexo que pode ser realizado através de várias técnicas, nomeadamente, a validade de testagem de hipóteses, a validade convergente e divergente, a abordagem de grupos contrastados e a análise fatorial (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hugler, 2004).

Na validade de testagem de hipóteses o investigador através da teoria subjacente ao construto desenvolve hipóteses relativamente ao comportamento dos indivíduos que apresentam pontuações variadas sobre a medida. Neste sentido, ao procurar testar as hipóteses o investigador está a reforçar a base teórica que sustenta o instrumento (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Através da validade convergente o investigador recorre a outros instrumentos que meçam o mesmo construto em estudo, aplica aos mesmos sujeitos da amostra e faz uma análise correlacional. Se as medidas obtidas estão correlacionadas está sustentada esta validade. Na validade divergente o investigador recorre a instrumentos que medem o oposto do construto em análise. Se as medidas estão negativamente correlacionadas esta validade é reforçada. Ainda na validade divergente recentemente refere-se que os dados obtidos através de uma análise fatorial podem ser usados para obter este tipo de validade (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Na análise de grupos contrastados ou abordagem de grupos conhecidos o investigador identifica dois grupos de indivíduos em que se prevê que sejam diferentes quanto ao atributo crítico que está a ser medido pelo instrumento, medindo e comparando as pontuações obtidas. Se o instrumento for sensível às diferenças individuais no atributo que está a ser medido as pontuações obtidas diferem significativamente entre esses dois grupos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

A análise de fator avalia o grau em que os itens de uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões de forma a determinar se as questões no instrumento medem um único construto ou vários (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Portanto, através da análise fatorial pretende-se reduzir o número de variáveis, determinando as inter-relações entre as variáveis e identificando as variáveis que pertencem ao mesmo grupo de conceitos ou fatores (Polit, Beck & Hungler, 2004). O método mais usado para a análise de fatores é o método dos componentes principais (Pestana & Gageiro, 2014). Através deste procedimento estatístico transformamos um conjunto de variáveis correlacionadas entre si noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) que se designam por componentes principais, através da análise das múltiplas combinações lineares das variáveis iniciais. Obtemos uma matriz correlacional que mede a relação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de *Pearson*. Através da rotação ortogonal de fatores as variáveis/itens que se assumem para cada fator são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Os itens ou variáveis com correlações (R) menores que 0,2 não devem de ser considerados para a definição do fator (Streiner & Norman, 1989).

Uma medida pode ser confiável mas não válida, ou seja, pode-se obter valores exatos e consistentes de um conceito o que não implica que esse conceito esteja a ser medido corretamente. Por outro lado, um instrumento válido é confiável, porque não pode medir de forma válida um atributo se os valores obtidos forem incoerentes ou inexatos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

#### 4.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo é um questionário. De acordo com Fortin, Côté e Fillion, “o questionário tem como objectivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.” (2009, p.380). Segundo estes autores, este tipo de instrumento de recolha de dados tem várias vantagens, nomeadamente, é um meio rápido e pouco dispendioso, podendo ser aplicado a um grande número de pessoas que podem se encontrar distribuídas por uma grande região; tem também uma natureza impessoal e uma apresentação uniformizada, permitindo assegurar a sua fidelidade e as comparações entre os sujeitos.

O instrumento de recolha de dados (apêndice I) utilizado neste trabalho de investigação é constituído por duas partes. A primeira parte tem por objetivo realizar a

caracterização sociodemográfica da amostra, da qual faz parte 5 questões sobre a idade, profissão, situação atual no emprego, zona de residência e tipo de habitação dos elementos que constituem a amostra. A segunda parte é referente à aplicação do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos - QPPV\_SP (apêndice II).

#### **4.5.1. Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP**

Premberg et al (2012) referem que já foram anteriormente desenvolvidos questionários com o objetivo de identificar a experiência do pai durante a gravidez e o nascimento do seu filho; porém salientam que só um tinha sido validado para avaliar a experiência do pai durante o trabalho de parto e parto da sua companheira. Por outro lado, acrescentam que não existia nenhum instrumento que avaliasse especificamente a experiência do pai pela primeira vez na sala de partos, motivo que despoletou o interesse dos investigadores em construir o QPPV\_SP.

O QPPV\_SP, versão original é um questionário de auto-preenchimento constituído por 4 dimensões e 22 itens, que são responsáveis por 48% da variância. As dimensões são: Preocupação (8 itens: 14 a 20 e 23; 20.5% da variância), Informação (4 itens: 5, 6, 11 e 13; 15.6% da variância), Apoio emocional (6 itens: 12, 21, 22, 24 a 26; 6.5% da variância) e Aceitação (4 itens: 7 a 10; 5.9% da variância).

No estudo original, em relação à consistência interna, as dimensões Preocupação e Informação, apresentam respetivamente um alfa de *Cronbach* de 0,82 (boa consistência) e 0.73 (razoável consistência). Contudo, os domínios Apoio emocional e Aceitação, apresentam respetivamente um alfa de *Cronbach* de 0,65 e 0,66, ou seja, uma fraca consistência (Pestana & Gageiro, 2014). Ainda é de referir que a escala original apresenta validade convergente e discriminante dos domínios.

Após a análise do questionário o investigador decidiu incluir na primeira parte do instrumento de recolha de dados mais 5 questões que permitem tornar mais completa a caracterização sociodemográfica da amostra.

Em suma, o QPPV\_SP, versão original é constituído por 33 itens, sendo 22 itens pontuados numa escala de *Likert* de quatro pontos. Os itens 1-4 correspondem a questões relacionadas com a preparação do pai para o parto, se é o primeiro filho e o tipo de parto da sua companheira; os itens 27-33 referem-se ao tipo de relação entre o pai e a mãe do bebé, à nacionalidade dos pais participantes e nacionalidade dos

progenitores dos pais participantes, ao nível de escolaridade dos participantes e se a experiência do parto correspondeu às expectativas dos pais participantes.

A escala de *Likert* é a escala mais utilizada na medição de atitudes. Neste tipo de escala pede-se aos participantes para indicar o seu nível de concordância ou discordância numa escala de intensidade (Fortin, Côté & Filion, 2009; Ribeiro, 2008). Na escala usada neste questionário os pais têm de optar entre 4 categorias de respostas possíveis para cada enunciado. Nos itens 5-22 e 24-26, 1 corresponde a “Totalmente verdade”, 2 a “Parcialmente verdade”, 3 a “Parcialmente mentira” e 4 a “Totalmente mentira”. Nos itens 13-20 e 23 verifica-se o inverso. Desta forma, pontuações maiores significam experiências mais negativas. As pontuações para cada uma das quatro dimensões são calculadas como a média das classificações dos itens incluídos. Segundo os autores do questionário não é possível calcular uma pontuação total.

Segundo os autores do QPPV\_SP, versão original, Premberg et al (2012), o mesmo deve ser usado nos primeiros meses após o nascimento da criança. Neste estudo, será aplicado ao pai até ao primeiro ano de vida do seu filho.

#### 4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009) “uma população define-se como um conjunto de elementos (...) que têm características comuns.” (pp. 310-311). Por outro lado, distinguem a população alvo, que é definida como a população que é objeto de estudo, ou seja, constituída pelo conjunto de pessoas que cumprem os critérios de inclusão, e sobre o qual o investigador pretende fazer generalizações e população acessível que é constituída pelos elementos da população alvo que é possível aceder. Os autores supracitados referem ainda que uma “amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (p.312). Segundo Miaoulis e Michener (como referido por Ribeiro, 2008) “Uma amostra é um subgrupo da população (ou universo) seleccionado para obter informações relativas às características dessa população (ou universo).” (p. 41).

Atendendo ao que foi explicitado anteriormente, neste estudo a nossa população alvo é constituída pelo pai, que cumpre os seguintes critérios de inclusão:

- Assistiu pela primeira vez ao nascimento do seu filho;
- Aceitou participar voluntariamente no estudo;
- Sabe falar e ler português.

Neste caso, a população acessível é formada pelos pais pela primeira vez que foram contactados por correio electrónico.

A amostra utilizada neste estudo é do tipo não probabilística, em bola de neve. Primeiro porque os elementos da população não têm a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra, pois o investigador não consegue aceder à população inteira (Fortin, Côté & Fillion, 2009) e depois porque vai sendo formada à medida que os pais vão respondendo ao questionário até se atingir um número desejável da amostra.

Fortin, Côté e Fillion (2009) ressaltam que neste tipo de amostra seleccionado os indivíduos são pouco representativos da população, sendo a generalização dos resultados limitada.

Relativamente ao número de indivíduos que devem constituir a amostra, Polgar e Thomas explicam que “não há existe um número mágico de participantes que possa ser considerado o número óptimo” (como referido por Ribeiro, 2008, p. 45). Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009) os fatores a ter em conta para determinar o tamanho da amostra são a homogeneidade da população em estudo, o grau de precisão desejado e o método de amostragem utilizado. De acordo com Ribeiro (2008), é de esperar que quanto maior o número de participantes menor o erro de amostragem, e portanto maior será a probabilidade da amostra representar a população a que se dirige o estudo. Contudo, quando se pretende fazer uma análise estatística dos resultados de uma amostra só é possível calcular o erro de amostragem numa amostra do tipo probabilística. Logo, neste caso, o cálculo do erro amostral é impossível de ser realizado.

Atendendo ao tipo de estudo que estamos a realizar o cálculo do tamanho da amostra é determinado pelo número de participantes necessário para a realização de uma análise fatorial. Segundo Bartlett, Kotrlik e Higgins (2001) deve existir pelo menos cinco sujeitos por variável/item e a amostra deve incluir pelo menos 100 casos (como referido por Ribeiro, 2008). Neste estudo, atendendo que o QPPV\_SP, versão original tem 22 itens, o número de participantes mínimo necessário será de 110. A nossa amostra é constituída por 112 pais, que cumpriram os critérios de inclusão.

#### 4.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Atendendo ao primeiro objetivo deste estudo, isto é, validar o *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos* – QPPV\_SP para a população portuguesa, foi

primeiramente realizado o pedido de autorização à autora principal do questionário, Åsa Premberg. O pedido de autorização foi concedido (anexo II).

O projeto de investigação do estudo foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (anexo III).

Seguiu-se o processo de tradução e validação do questionário e posteriormente a aplicação propriamente dita do instrumento de recolha de dados. Entretanto na fase do pré-teste foi realizado um contato pessoal com os pais, de forma a contextualizá-los sobre o tema e os objetivos do estudo de investigação. Estes foram informados de que se tratava de um pré-teste do instrumento de recolha de dados. Por fim, o questionário foi disponibilizado *online* e os participantes foram convidados a participar.

Este projeto de investigação baseou-se nos padrões de conduta ética em pesquisa, através do respeito pelos princípios da beneficência, dignidade humana e justiça (Relatório de *Belmont*) (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Em relação ao princípio da beneficência, o investigador não expõe os participantes a situações que resultem em dano sério ou permanente, seja este de caráter físico ou psicológico. Os dados obtidos não serão usados para outro fim que não seja o estudo em causa. Além disto, com este estudo pretende-se obter um melhor conhecimento de uma realidade e melhores cuidados de enfermagem na área da saúde materna e obstetrícia.

Acerca do princípio da dignidade humana este é garantido através do consentimento informado e esclarecido. Na recolha de dados através da aplicação de questionários *online*, segundo os investigadores que desenvolveram estudos relativos às considerações éticas sobre este meio para a recolha de dados, a participação *online* assegura verdadeiramente o anonimato dos participantes, não sendo necessário um documento assinado para obter o consentimento informado e a participação do indivíduo é completamente voluntária (American Psychological Association, 2010; Barchard & Williams, 2008; Williams, 2012). Os participantes podem desistir a qualquer momento bastando para isso sair da página. Portanto, assume-se que se o questionário for preenchido integralmente e depois enviado é porque os indivíduos em estudo aceitaram participar. No formulário para o preenchimento do QPPV\_SP *online* é explicado antecipadamente o que se pretende com o estudo de investigação e o tempo que se demora a preencher o questionário. Além disso, foi também

disponibilizado o correio eletrônico do investigador para responder a quaisquer questões dos participantes (apêndice I).

Relativamente ao princípio da justiça, é assegurado aos participantes um tratamento justo e equitativo, assim como o seu direito à privacidade. Isto verifica-se através da garantia aos participantes do sigilo e do anonimato dos dados fornecidos. A informação obtida não foi associada ao participante que a disponibilizou e após a conclusão do estudo os questionários preenchidos foram destruídos.

#### 4.8. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Após a apresentação do instrumento de recolha de dados à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e de ter sido obtido o parecer favorável para a realização do estudo deu-se início ao processo de recolha de dados. Posteriormente o instrumento foi aplicado a uma amostra de 10 pais, na fase do pré-teste, que decorreu no mês de outubro, depois de ter sido obtida a sua colaboração voluntária, explicando-se o interesse do estudo e garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (apêndice III). Na fase final, o questionário foi disponibilizado *online*, nos meses de novembro e dezembro, e os pais foram convidados a participar por correio electrónico e através de redes sociais.

#### 4.9. ANÁLISE DOS DADOS

Para proceder à análise estatística dos dados obtidos através do preenchimento dos questionários recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0 de 2016.

Para realizar a caracterização da amostra recorreu-se à utilização da estatística descritiva. Para determinar as propriedades psicométricas da versão adaptada do QPPV\_SP na avaliação da validade utilizamos os testes de análise fatorial dos componentes principais com rotações ortogonais do tipo *varimax* e regra de *kaiser*, o coeficiente *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), o teste de esfericidade de *Bartlett* e o *Scree-plot* e o coeficiente de *Pearson*; e na avaliação da confiabilidade recorreremos ao *alpha* de *Cronbach*. Para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas do nosso estudo foi aplicado o teste *Shapiro-Wilk* (Apêndice IV). Atendendo que não há evidência que as frequências das variáveis se afastam

demasiado de uma distribuição normal foram utilizados os testes estatísticos paramétricos *t-student*, ANOVA, *Levene*, *Post-hoc* e *Tukey*.

Em todos os testes fixámos o valor 0,05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior a 5%, ou seja, quando a significância do teste era menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo realiza-se a apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de recolha de dados, visando dar resposta aos objetivos delineados e às questões formuladas previamente.

Os dados recolhidos numa investigação não dão resposta por si só aos objetivos e questões de investigação, é necessária uma análise sistemática dos dados para que se consigam estabelecer os padrões, tendências e relacionamentos (Polit et al., 2004). A estatística permite aos investigadores resumirem, ordenarem, interpretarem e comunicarem a informação recolhida em forma de números. Sem a estatística, essa informação seria um amontoado de números e dados sem nexos. A estatística pode ser descritiva ou inferencial (Fortin, Cotê & Fillion 2009; Polit et al., 2004).

### 5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Com base na análise descritiva pretendemos retratar a nossa amostra recorrendo ao cálculo de alguns indicadores de estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, frequências) que serão analisados neste subcapítulo.

Em relação à *idade* dos participantes, pela análise da figura 2, verificamos que o maior número de elementos se situa no grupo etário entre 31-35 anos com uma frequência (N) de 40 elementos (36,60%). Segue-se o grupo etário com idades compreendidas entre 35-40 anos com uma frequência de 34 elementos (30,36%). O grupo que se situa entre os 26-30 anos de idade é constituído por 22 elementos (19,64%), entre 20-25 anos temos 8 elementos (7,14%), entre 41-45 anos temos 6 elementos (5,36%), observando-se um único elemento com 56 anos de idade (0,89%).

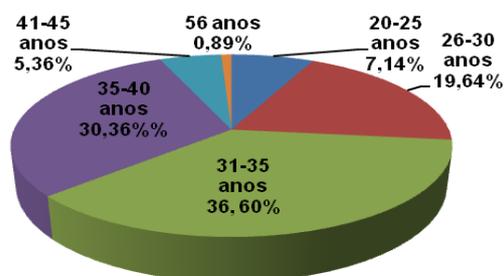


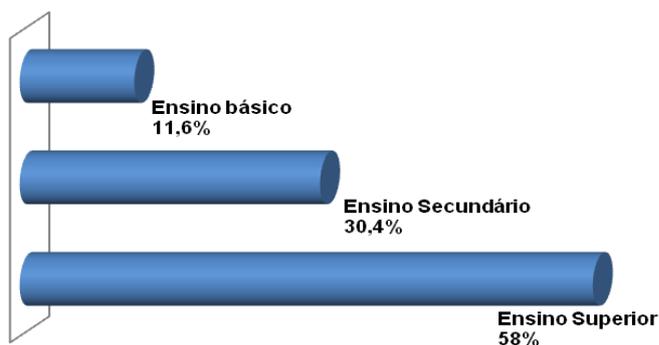
Figura 2: Idade dos participantes

Verifica-se através da tabela 1 que os 112 participantes incluídos no estudo apresentam idades compreendidas entre 20 e 56 anos, idade média 33,73 anos, desvio padrão de 5,521 anos e uma mediana de 34 anos.

**Tabela 1:** Distribuição das medidas descritivas da idade da amostra, em anos

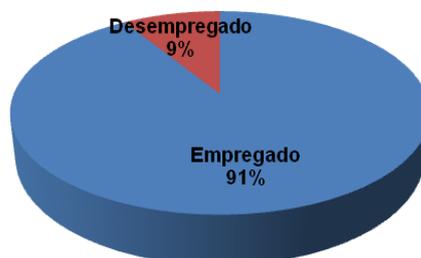
Frequência (N)		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
112	Idade	20	56	33,73	34	5,521

Relativamente ao *nível de escolaridade* constatamos que 13 elementos da amostra (11,6%) tem o ensino básico, 34 elementos (30,4%) possuem o ensino secundário e a maioria que corresponde a 65 elementos tem o ensino superior com (58%), conforme se verifica na figura 3.



**Figura 3:** Nível de escolaridade dos participantes

Quanto à *situação no emprego* temos 102 participantes (91%) empregados e 10 desempregados (9%), como se pode analisar na figura 4.



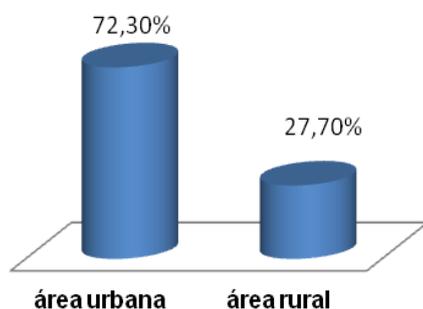
**Figura 4:** Situação atual no emprego dos participantes

No que se refere aos dados relativos à *profissão* dos participantes recorreu-se à classificação portuguesa das profissões de 2011, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), para agrupar a diversidade de profissões obtidas neste estudo (tabela 2). No grande grupo das profissões mais comuns em relação à nossa amostra temos 48 elementos (47,06%) com profissões no grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas, 12 elementos (11,76%) no grupo técnicos e profissões de nível intermédio, 10 elementos (9,80%) no grupo trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 9 elementos (8,82%) no grupo trabalhadores qualificados da indústria e também 9 elementos (8,82%) no grupo trabalhadores não qualificados, 8 elementos (7,84%) no grupo do pessoal administrativo, 4 elementos (3,92%) no grupo representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos e 2 elementos (1,96%) no grupo operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

**Tabela 2:** Classificação das profissões dos participantes

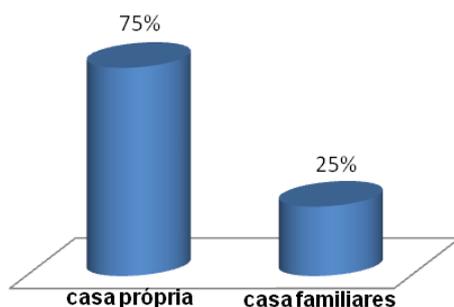
Profissão	N	%
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	4	3,92
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	48	<b>47,06</b>
Técnicos e profissões de nível intermédio	12	11,76
Pessoal administrativo	8	7,84
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	10	9,80
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	9	8,82
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	1,96
Trabalhadores não qualificados	9	8,82
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Em relação à *zona de residência* dos participantes, 81 elementos (72,3%) residem em área urbana e 31 (27,7%) residem em área rural (figura 5).



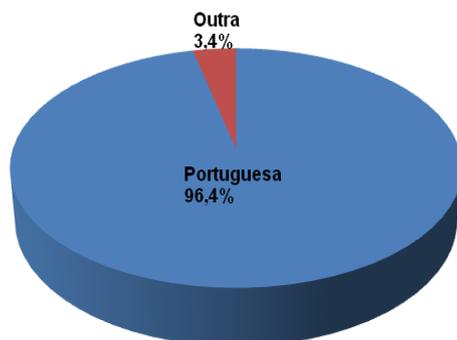
**Figura 5:** Zona de residência dos participantes

Relativamente ao *tipo de habitação* podemos verificar na figura 6 que 84 pais (75%) vivem em casa própria e 28 (25%) vivem em casa de familiares.



**Figura 6:** Tipo de habitação dos participantes

A partir da leitura da figura 7 verificamos que 108 pais (96,4%) são de *nacionalidade* portuguesa e somente 4 pais são de outra nacionalidade (3,6%). Portanto, temos uma amostra predominantemente de nacionalidade portuguesa.



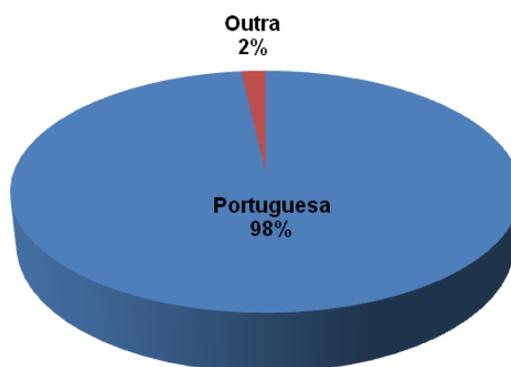
**Figura 7:** Nacionalidade dos participantes

Na tabela 3 encontra-se discriminada a nacionalidade dos participantes.

**Tabela 3:** Nacionalidades dos participantes

País	N	Percentagem (%)
Portugal	108	96,4
Bélgica	1	0,9
França	2	1,8
Luxemburgo	1	0,9
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Na figura 8 podemos ver a *nacionalidade dos progenitores dos participantes* e constatar que 110 dos participantes têm pais de nacionalidade portuguesa (98%) e 2 dos participantes têm pais de outra nacionalidade (2%).



**Figura 8:** Nacionalidade dos progenitores dos participantes

Na tabela 4 encontra-se especificada a nacionalidade dos progenitores dos participantes.

**Tabela 4:** Nacionalidade dos progenitores dos participantes

País	N	Percentagem
Portuguesa	110	98,2
Angola	1	0,9
Brasil	1	0,9
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

No que se refere à questão “Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?” verificamos na figura 9 que 96 participantes são casados ou vivem em união de facto (85,7%) e 10 participantes têm uma relação estável mas não vivem juntos (8,9%). Depois verificamos que 4 participantes têm uma relação de amizade com a mãe do/a bebé (3,6%) e por fim 2 participantes não têm relação com a mãe do/a bebé (1,8%).



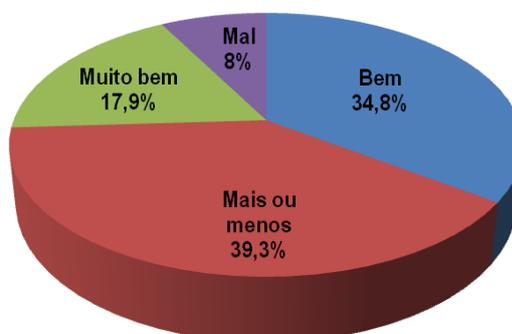
**Figura 9:** Resposta à questão “Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?”

Em relação à questão “Como é que se preparou para o parto?” cada participante podia dar mais do que um tipo de resposta entre as seis opções existentes. Como observamos na tabela 5 a maior percentagem de respostas corresponde às aulas de preparação para o parto (51,8%), o que significa que relativamente cerca de metade da nossa amostra refere ter frequentado as aulas de preparação para o parto. Cerca de 18,8% refere ter consultado a internet/fóruns de discussão e também a mesma percentagem de participantes respondeu ter recebido informações de familiares e amigos. Em relação a estudar sozinho verifica-se que 17,9% dos participantes respondeu a esta opção. Constata-se que uma pequena percentagem respondeu que fez outro tipo de preparação para o parto (3,6%). É ainda de referir que cerca de 15,2% dos participantes referiu não ter feito qualquer preparação.

**Tabela 5:** Resposta à questão “Como é que se preparou para o parto?”

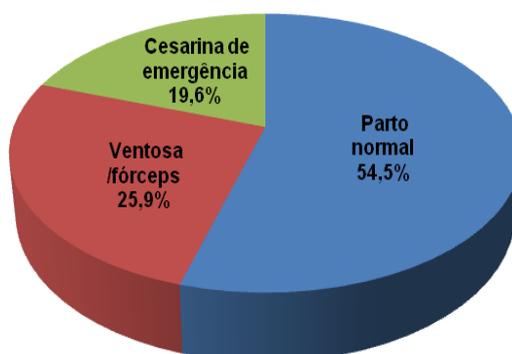
Tipo de preparação	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estudou sozinho	20	17,9	92	82,1	112	100
Internet/fóruns de discussão ( <i>Chats</i> )	21	18,3	91	81,3	112	100
Informações de familiares e amigos	21	18,8	91	81,3	112	100
Aulas de preparação para o parto	58	<b>51,8</b>	54	48,2	112	100
Outra formação	4	3,6	108	96,4	112	100
Não fez qualquer preparação	17	<b>15,2</b>	95	84,8	112	100

Relativamente à questão “*Sentiu-se preparado para o parto?*” verificamos que 44 participantes (39,3%) se sentiram mais ou menos preparados, 39 (34,8%) bem preparados, 20 (17,9%) muito bem preparados e 9 (8%) sentiram-se mal preparados, como vemos na figura 10.



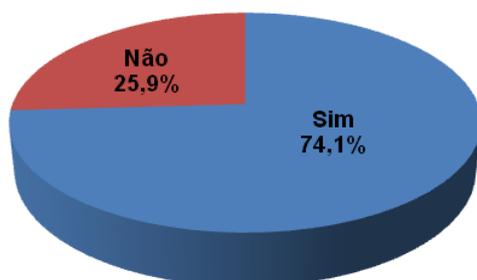
**Figura 10:** Resposta à questão “*Sentiu-se preparado para o parto?*”

Em relação ao *tipo de parto da companheira* constatamos na figura 11 que 61 dos participantes (54,5%) referiu que o seu bebé nasceu de parto normal, 29 (25,9%) com ventosa/fórceps e 22 (19,6%) de cesariana de emergência.



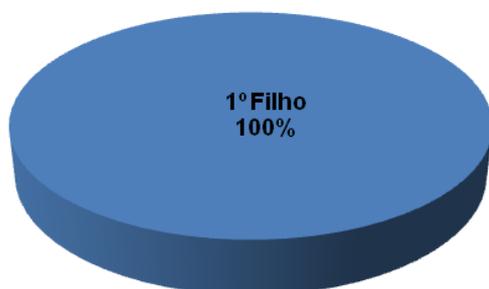
**Figura 11:** Tipo de parto da companheira

Em relação à questão “A experiência de parto correspondeu às suas expectativas?” 83 participantes (74,1%) responderam sim e 29 participantes (25,9%) responderam não, como verificamos na figura 12.



**Figura 12:** Resposta à questão “A experiência de parto correspondeu às suas expectativas?”

Relativamente à questão “É o seu primeiro/a filho/a?”, a totalidade da amostra, 112 participantes (100%), respondeu sim, tal como verificamos na figura 13.



**Figura 13:** Resposta à questão “É o seu primeiro/a filho/a?”

## 5.2. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS - QPPV\_SP

Para realizar a validação de um instrumento é necessário determinar as propriedades psicométricas: validade e confiabilidade, que se encontram apresentadas de seguida.

### 5.2.1. Validade do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos - QPPV\_SP

Para o estudo da validade de construto do QPPV\_SP procedemos à realização de uma análise fatorial de componentes principais, seguida de rotação ortogonal tipo *varimax*. Através deste método pretendemos reduzir um número elevado de itens (ou variáveis) num número muito reduzido de componentes (dimensões ou fatores), agrupando os itens de acordo com parâmetros de afinidade de forma a sintetizar a informação inicialmente obtida. Neste ponto recorreremos à regra de *kaiser* que indica que os fatores a serem extraídos devem apresentar valores próprios (*eigenvalues*) superiores à unidade. Os valores próprios representam a variância de cada variável que vai ser redistribuída pelos fatores que vão ser extraídos e portanto se o valor fosse inferior a 1 significaria que o item e o fator não tinham nada em comum (Maroco, 2011, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Com a rotação do tipo *varimax* procura-se encontrar as correlações mais baixas e as mais elevadas dos itens com os fatores obtendo-se uma matriz de correlações. Este tipo de rotação implica a existência de fatores individuais e diferenciados. Assim, para validar a condição referida anteriormente, recorreu-se à utilização da medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e ao teste de esfericidade de *Bartlett* (tabela 6). Para o coeficiente KMO obtivemos o valor 0,789 que segundo Pestana e Gageiro (2014) indica uma adequação média desta técnica aos dados em estudo. De acordo com o resultado do teste de *Bartlett* verificamos a existência de correlações significativas entre os itens do QPPV\_SP, dado que o valor de significância (p) é inferior a 0,05, neste caso  $p < 0,001$ .

**Tabela 6:** Teste de KMO e *Bartlett*

KMO		0,789
Teste de <i>Bartlett</i>	Qui-quadrado	1382,735
	Graus de liberdade	231
	Significância (p)	<0,001

Na tabela 7 são apresentados os resultados após a análise fatorial de componentes principais pelo método de rotação do tipo *varimax*, com normalização de *Kaiser*, com a descrição da saturação fatorial (ou carga fatorial) de cada item nos vários fatores, valores próprios (*eigenvalues*), percentagem da variância total e da variância acumulada explicada para cada fator, assim como o valor das comunalidades, ou seja,

a proporção da variância de cada item explicada pelas componentes principais. Verificamos que conseguimos extrair 5 fatores, com valor próprio superior a 1, explicando cumulativamente 67,1% da variância total. Salienta-se ainda que na escolha das soluções fatoriais finais procuramos respeitar como critério o fator onde as correlações dos itens eram mais altas, aceitando-se a carga fatorial de 0,40 como limite aceitável da contribuição da variável na criação do fator, tal como foi feito na escala original. O objetivo é evitar o problema da indeterminação da relação entre itens e fatores.

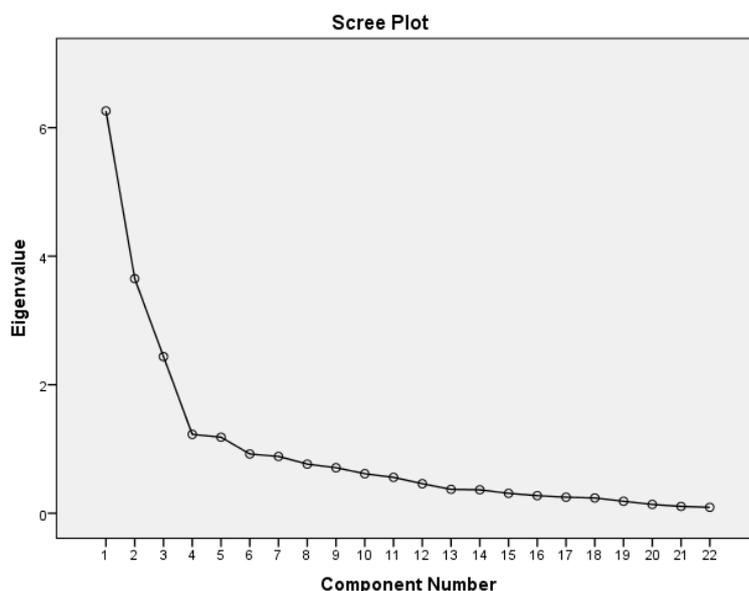
**Tabela 7:** Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Comunalidades
Questão10	,871					,774
Questão11	,860					,803
Questão12	,788					,717
Questão9	,623			,478		,642
Questão13	-,593					,606
Questão14	-,497					,474
Questão18		,832				,758
Questão19		,826				,815
Questão20		,822				,772
Questão23		,518				,479
Questão24			,791			,652
Questão25			,790			,638
Questão22			,708			,536
Questão21	,425		,695			,735
Questão26			,441			,351
Questão8				,737		,682
Questão5				,726		,778
Questão7				,644		,448
Questão6		-,401		,643		,707
Questão16					,901	,859
Questão15					,889	,842
Questão17		,461			,681	,690
Valores próprios	3,767	3,19	2,797	2,593	2,481	-----
% Variância	17,124	14,178	12,714	11,788	11,277	-----
% Acumulada	17,124	31,302	44,016	55,804	<b>67,081</b>	-----

Através da análise da tabela anterior podemos observar a existência de dispersão dos itens pelos 5 fatores encontrados, os itens 9, 21,6 e 17 saturam em 2 fatores.

Atendendo a que existem vários itens a saturar em mais do que uma dimensão torna-se difícil interpretar a informação contida nestas 5 dimensões obtidas.

Posteriormente recorremos ao método do *Scree Plot* para complementar a análise anterior, que segundo Pestana e Gageiro (2014) e Maroco (2011, 2014) é um método importante para avaliar o número de componentes principais a reter na validação de instrumentos. Observando a curva da linha na figura 14 percebemos que esta começa a perder significativamente a sua verticalidade após reter 3 fatores, apesar de se poder confirmar que existem 5 fatores com valores próprios superiores a 1.



**Figura 14:** *Scree Plot* para os dados do QPPV\_SP

Assim, após a análise da tabela 7 e da figura 14 acima retratados, decidimos realizar uma análise fatorial de componentes principais forçada a 3 fatores.

Com base na análise da tabela 8 que retrata uma estrutura fatorial multidimensional de 3 fatores verificamos que os itens 7 e 26 apresentam valores médios das comunalidades muito baixos, respetivamente 0,186 e 0,287, que significa que a variância explicada por estes fatores é baixa, logo representam pouco o fator onde foram incluídos.

**Tabela 8:** Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax*, forçada a 3 fatores

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Comunalidades
Questão11	,779			,683
Questão9	,758			,610
Questão5	,755			,600
Questão6	,734			,587
Questão10	,713			,545
Questão13	-,692			,590
Questão8	,670			,455
Questão12	,644		,415	,603
Questão14	-,569			,363
Questão23	-,520	,415		,470
Questão7				<b>,186</b>
Questão17		,817		,676
Questão19		,797		,720
Questão16		,790		,685
Questão15		,785		,677
Questão20		,752		,674
Questão18		,631		,600
Questão24			,775	,615
Questão25			,734	,552
Questão22			,707	,511
Questão21	,509		,631	,657
Questão26			,528	<b>,287</b>
Valores próprios	5,416	3,954	2,977	-----
% Variância	24,620	17,973	13,533	-----
% Acumulada	24,620	4,593	56,126	-----

Na tabela 9 temos o teste KMO e de *Bartlett*, excluindo os itens 7 e 26. O KMO apresenta um valor de 0,798, e através do teste de *Bartlett* obtemos um nível de significância <0,001, o que indica que podemos prosseguir com esta análise.

**Tabela 9:** Teste de KMO e *Bartlett*, excluindo os itens 7 e 26

KMO		0,798
Teste <i>Bartlett</i>	Qui-quadrado	1323,790
	Graus de liberdade	190
	Significância (p)	<0,001

Neste sentido, na tabela 10 temos uma análise fatorial de componentes principais forçada a 3 fatores excluindo os itens 7 e 26.

**Tabela 10:** Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax*, forçada a 3 fatores sem os itens 7 e 26

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Comunalidades
Questão11	,796			,689
Questão9	,763			,606
Questão5	,750			,594
Questão6	,732			,592
Questão10	,730			,557
Questão13	-,696			,598
Questão12	,660			,602
Questão8	,656			,438
Questão14	-,566			,369
Questão23	<b>-,513</b>	<b>,429</b>		,477
Questão17		,816		,675
Questão19		,803		,720
Questão16		,785		,680
Questão15		,780		,675
Questão20		,762		,687
Questão18		,640		,602
Questão24			,800	,654
Questão22			,738	,558
Questão25			,713	,525
Questão21	<b>,525</b>		<b>,647</b>	,694
Valores próprios	5,349	3,941	2,701	-----
% Variância	26,743	19,706	13,504	-----
% Acumulada	26,743	46,449	<b>59,953</b>	-----

Pela leitura da tabela anterior a primeira dimensão explica 26,743% da variância, a segunda dimensão explica 19,706 e a terceira dimensão explica 13,504% da variância. Todos os fatores apresentam cargas fatoriais interpretáveis (>0,4). Podemos ainda verificar que os itens 23 e 21 apresentam cargas fatoriais próximas em 2 dimensões. Optamos por incluir o item 21 na dimensão 3 e o item 23 na dimensão 2, atendendo a que estes itens apresentam correlações mais elevadas com as dimensões onde foram enquadrados, tal como podemos observar na tabela 13 (p.76). Em suma, o fator 1 engloba 7 itens (5,6,8,9,10,11,12) e atendendo à natureza dos itens e por comparação à proposta apresentada no QPPV\_SP, versão original designa-se por “Informação”, o fator 2 engloba 7 itens (15,16,17,18,19,20,23) e designa-se por “Preocupação”, e o

fator 3 inclui 4 itens (21,22,24,25) e designa-se por “Apoio emocional” (Premberg et al (2012), tradução minha).

Os itens 13 e 14 foram eliminados do fator Informação após terem sido determinados os valores *alpha de Cronbach* para cada fator e que serão descritos mais adiante (pp. 78-79), sendo que a sua eliminação melhora significativamente a fidelidade do QPPV\_SP. Na tabela que se segue apresentamos a constituição das dimensões do QPPV\_SP.

**Tabela 11:** Constituição das dimensões do QPPV\_SP

Dimensão	Itens
1- Informação	5,6,8,9,10,11,12
2- Preocupação	15,16,17,18,19,20,23
3- Apoio emocional	21,22,24,25

De acordo com os dados anteriores apresentados na matriz de componentes extraídos após a análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax* (pp.70, 72-73) e no *Scree plot* (p.71) percebemos que faz sentido obter 3 dimensões. Mas dado que o instrumento original é constituído por 4 dimensões submetemos a matriz de dados a uma análise fatorial confirmatória de componentes principais pelo método de rotação do tipo *varimax* forçada a 4 fatores, conforme se pode ler na tabela 12.

**Tabela 12:** Matriz de componentes extraídos após análise dos componentes principais seguida de rotação *varimax*, forçada a 4 fatores

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Comunalidades
Questão11	,846				,755
Questão10	,799				,644
Questão9	,746				,626
Questão12	,742				,660
Questão8	,616				,466
Questão13	-,612				,590
Questão14	-,603				,462
Questão20		,769			,731
Questão19		,764		,427	,769
Questão18		,757			,652
Questão6	,477	-,633			,669
Questão5	,500	-,611			,691
Questão23		,566			,473
Questão7					,191
Questão24			,795		,651
Questão25			,786		,624
Questão22			,713		,536
Questão21	,412		,705		,723
Questão26			,442		,308
Questão15				,900	,834
Questão16				,895	,830
Questão17		,412		,717	,690
Valores próprios	4,454	3,590	2,850	2,681	-----
% Variância	20,245	16,320	12,953	12,187	-----
% Acumulada	20,245	36,564	49,517	61,704	-----

Constatamos que esta versão não corresponde à estrutura conceitual proposta pelos autores do QPPV\_SP, versão original, verificando-se ainda que existem 5 itens que saturam em 2 fatores (itens 5,6,17,19,21). Deste modo, decidimos prosseguir com a estrutura multidimensional de 3 fatores.

Tal como foi feito no estudo original, realizamos também a **validade divergente**, ou seja, verificamos as relações existentes entre os itens e cada uma das 3 dimensões deste estudo, através de uma matriz de correlações utilizando o coeficiente de R de *Pearson*. Pela análise da tabela 13 verificamos que os itens que se correlacionam com outras dimensões ( $R > 0,4$ ) os itens 12, 21, 23, apresentam correlações

significativamente mais elevadas com as suas próprias dimensões do que com as restantes, indicando uma discriminação dos itens inter-dimensões satisfatória.

**Tabela 13:** Matriz de correlações entre os itens e os fatores: R de Pearson e níveis de significância (p)

	Itens	Informação	Preocupação	Apoio emocional
Informação	5	r=,746** p=0,000	r=-,331** p=0,000	r=,244* p=0,010
	6	r=,751** p=0,000	r=-,399** p=0,000	r=,182 p=0,056
	8	r=,680** p=0,000	r=-,266* p=0,018	r=,127 p=0,185
	9	r=,806** p=0,000	r=-,169 p=0,077	r=,266** p=0,005
	10	r=,751** p=0,000	r=-,148 p=0,123	r=,200* p=0,036
	11	r=,818** p=0,000	r=-,154 p=0,109	r=,307** p=0,001
	12	r=,726** p=0,000	r=-,051 p=0,597	<b>r=,406**</b> p=0,000
Preocupação	15	r=-,011 p=0,911	r=,607** p=0,000	r=-,093 p=0,332
	16	r=-,017 p=0,857	r=,598** p=0,000	r=-,084 p=0,380
	17	r=-,081 p=0,395	r=,722** p=0,000	r=-,072 p=0,453
	18	r=-,305** p=0,001	r=,808** p=0,000	r=,074 p=0,441
	19	r=-,251** p=0,008	r=,870** p=0,000	r=-,045 p=0,636
	20	r=-,162 p=0,090	r=,852** p=0,000	r=,085 p=0,376
	23	<b>r=-,41**</b> p=0,000	<b>r=,642**</b> p=0,000	r=-,048 p=0,615
Apoio emocional	21	<b>r=,542**</b> p=0,000	r=-,093 p=0,333	<b>r=,780**</b> p=0,000
	22	r=,147 p=0,123	r=,129 p=0,179	r=,507** p=0,000
	24	r=,175 p=0,067	r=-,039 p=0,683	r=,817** p=0,000
	25	r=,196* p=0,039	r=-,030 p=0,754	r=,752** p=0,000

\*\*Correlação significativa a 1%

\*Correlação significativa a 5%

Na tabela 14 podemos confirmar que as correlações entre os fatores são pouco interpretáveis. Podemos perceber apenas que a dimensão Informação tem uma correlação interpretável e positiva com a dimensão Apoio emocional.

**Tabela 14:** Matriz de correlações entre os fatores: R de Pearson e níveis de significância (p)

Fatores	Informação	Preocupação	Apoio Emocional
Informação	r=1	r=-,283** p=0,003	<b>r=,329**</b> p=0,000
Preocupação	r=-,283** p=0,003	1	r=-,005 p=0,956
Apoio emocional	<b>r=,329**</b> p=0,000	r=-,005 p=0,956	1

\*\*Correlação significativa a 1%

### 5.2.2. Confiabilidade do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos– QPPV\_SP

O estudo da confiabilidade do QPPV\_SP foi efetuado através da análise da correlação entre cada item e o seu fator e da consistência interna pela determinação *alpha de Cronbach*, que se encontram descritas nas tabelas incluídas neste subcapítulo.

Na determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach*, segundo Pestana e Gageiro (2014) valores superiores a 0,9 indicam uma muito boa consistência interna, entre 0,8 e 0,9 boa consistência interna, entre 0,7 e 0,8 razoável consistência interna, entre 0,6 e 0,7 fraca consistência interna e inferiores a 0,6 uma inadmissível consistência interna. Por outro lado, quanto mais elevadas são as covariâncias ou correlações entre os itens maior é a homogeneidade dos itens e maior é a consistência com que medem a sua dimensão ou construto teórico respeitante.

- Dimensão Informação

O valor do coeficiente *alpha de Cronbach* global obtido na dimensão Informação, composta por 9 itens foi de  $\alpha=,443$ . Observando na tabela 15 que a eliminação do item 13 aumenta significativamente o valor deste coeficiente de confiabilidade apresentamos posteriormente os resultados na tabela 16 onde este item foi eliminado.

**Tabela 15:** Correlações item-total da subescala e coeficiente *alpha de Cronbach*, para os vários itens da dimensão Informação

Itens	Correlação com o total (corrigido)	<i>Alpha Cronbach</i> se o item for eliminado
5	,484	,299
6	,506	,278
8	,450	,317
9	,686	,234
10	,543	,267
11	,546	,272
12	,476	,294
13	,580	<b>,691</b>
14	,428	,675

Após a eliminação do item 13 obtivemos um coeficiente *alpha de Cronbach*  $\alpha=,691$  na dimensão Informação, que passou a ser composta por 8 itens.

Observando na tabela 16 que a eliminação do item 14 aumenta significativamente o valor deste coeficiente de confiabilidade, na tabela 17 apresentamos os resultados excluindo este item.

**Tabela 16:** Correlações item-total da subescala e coeficiente *alpha* de *Cronbach*, para os vários itens da dimensão Informação, excluindo o item 13

Itens	Correlação com o total (corrigido)	<i>Alpha Cronbach</i> se o item for eliminado
5	,582	,617
6	,583	,612
8	,493	,638
9	,721	,592
10	,588	,613
11	,669	,596
12	,590	,611
14	,472	<b>,872</b>

Após a eliminação do item 14 o valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach* global obtido na dimensão Informação, composta por 7 itens, foi de  $\alpha = ,872$ .

A eliminação dos itens 13 e 14 aumentou significativamente o valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach*. Podemos observar na tabela 17 que se eliminássemos mais algum item desta dimensão não iríamos aumentar de uma forma significativa o valor de *alpha* de *Cronbach*.

**Tabela 17:** Correlações item-total da subescala e coeficiente *alpha* de *Cronbach*, para os vários itens da dimensão Informação, excluindo os itens 13 e 14

Itens	Correlação com o total (corrigido)	<i>Alpha Cronbach</i> se o item for eliminado
5	,643	,855
6	,639	,856
8	,562	,865
9	,732	,845
10	,643	,855
11	,738	,842
12	,608	,860

- Dimensão Preocupação

O valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach* global obtido na dimensão Preocupação, composta por 7 itens, foi de  $\alpha=,843$ . Podemos observar na tabela 18 que se eliminássemos algum item desta dimensão não iríamos aumentar significativamente o valor de *alpha* de *Cronbach*.

**Tabela 18:** Correlações item-total da subescala e coeficiente *alpha* de *Cronbach*, para os vários itens da dimensão Preocupação

Itens	Correlação com o total (corrigido)	<i>Alpha Cronbach</i> se o item for eliminado
15	,523	,836
16	,523	,838
17	,639	,821
18	,694	,806
19	,800	,787
20	,752	,795
23	,457	,851

- Dimensão Apoio emocional

O valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach* global obtido na dimensão Apoio emocional, composta por 4 itens, foi de  $\alpha=,783$ . Podemos observar na tabela 19 que se eliminássemos algum item desta dimensão não iríamos aumentar significativamente o valor de *alpha* de *Cronbach*.

**Tabela 19:** Correlações item-total da subescala e coeficiente *alpha* de *Cronbach*, para os vários itens da dimensão Apoio emocional

Itens	Correlação com o total (corrigido)	<i>Alpha Cronbach</i> se o item for eliminado
21	,615	,720
22	,560	,747
24	,656	,696
25	,536	,758

De acordo com os nossos resultados o fator Informação apresenta um *alpha* de *Cronbach* de 0,872 (Bom), o fator Preocupação um *alpha* de *Cronbach* de 0,843 (Bom) e o fator Apoio emocional um *alpha* de *Cronbach* de 0,783 (Razoável).

Analisando as tabelas 17, 18 e 19 pode-se verificar que todos os itens se correlacionam positivamente com sua dimensão, sendo todas as correlações superiores a 0,40, ou seja, uma moderada correlação item-total da subescala.

Na tabela 20 temos o resumo das correlações entre item/total da sua subescala e o *alpha* de *Cronbach* de cada dimensão.

**Tabela 20:** Matriz de correlações itens-total da subescala e *alpha Cronbach*

Dimensões	Correlação itens-total subescala		<i>Alpha Cronbach</i>
	Mínimo	Máximo	
Informação	0,562	0,738	0,872
Preocupação	0,457	0,800	0,843
Apoio emocional	0,536	0,656	0,783

Na dimensão Informação as correlações situaram-se entre 0,562 (item 8) e 0,738 (item 11); na dimensão Preocupação as correlações situaram-se entre 0,457 (item 23) e 0,752 (item 20); e para a dimensão Apoio emocional observamos valores compreendidos entre 0,536 (item 25) e 0,656 (item 24).

Na tabela 21 podemos ainda verificar os intervalos das correlações inter-itens e os intervalos de variância inter-itens, ou seja a variância que os itens de cada uma das subescalas partilham entre si e que explicam o construto subjacente.

**Tabela 21:** Matriz de correlações inter-itens e variância inter-itens

Dimensões	Correlação inter-itens		Variância	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Informação	0,274	0,833	0,525	0,732
Preocupação	0,195	0,878	0,214	1,217
Apoio emocional	0,339	0,536	0,880	1,231

### 5.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA O PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS – QPPV\_SP

Os resultados que constituem a tabela 22 foram obtidos com base na aplicação do QPPV\_SP, apresentando alterações nos resultados relativamente ao QPPV\_SP, versão original. Podemos observar que as 3 dimensões apresentam médias relativamente baixas face aos intervalos de medida, sendo os valores das medidas de

dispersão relativamente semelhantes nas 3 dimensões. Mais especificamente, através das médias obtidas para o conjunto de itens que constituem cada dimensão, 1,79 na dimensão 1; 1,76 na dimensão 2; 2,2658 na dimensão 3; podemos perceber que as pontuações obtidas numa escala de 1-4 localizam-se sensivelmente entre 1 e 2, salientando-se que nos itens 15 a 20 e 23 as codificações foram invertidas aquando da inserção da pontuação na base de dados. Deste modo, atendendo ao segundo objetivo deste estudo e respondendo à primeira questão do mesmo “Qual a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos?” podemos constatar que a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos foi positiva, pois segundo os autores da escala original baixas pontuações indicam melhores experiências, tal como podemos observar na tabela 22.

**Tabela 22:** Resultados da análise descritiva do QPPV\_SP

	Informação	Preocupação	Apoio emocional
Média	12,5766	12,3364	9,0631
Mediana	12,0000	12,0000	9,0000
Variância	17,901	18,611	10,478
Desvio padrão	4,23095	4,31400	3,23694
Mínimo	7,00	7,00	4,00
Máximo	26,00	23,00	16,00
Intervalo de amplitude	19,00	16,00	12,00
Assimetria	0,942	0,442	0,265
Achatamento	0,663	-,817	-,796
Média itens	<b>1,79</b>	<b>1,76</b>	<b>2,2658</b>

Também podemos observar na tabela 23 os valores das médias, dos desvios-padrão e o mínimo e máximo especificamente para cada item.

**Tabela 23:** Resultados da análise descritiva do QPPV\_SP para cada item

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>
<b>Fator 1</b>			
5	,95	,796	1-4
6	2,06	,856	1-4
8	1,60	,766	1-4
9	1,49	,724	1-4
10	1,73	,831	1-4
11	1,87	,799	1-4
12	1,87	,843	1-4
<b>Total</b>	<b>12,58</b>	<b>4,231</b>	-----
<b>Fator 2</b>			
15	1,31	,520	1-4
16	1,26	,463	1-4
17	1,45	,629	1-4
18	2,12	1,038	1-4
12	1,85	,921	1-4
20	2,29	1,103	1-4
23	2,06	1,069	1-4
<b>Total</b>	<b>12,34</b>	<b>4,314</b>	-----
<b>Fator 3</b>			
21	2,20	,942	1-4
22	2,26	1,10	1-4
24	2,6	1,022	1-4
25	1,95	1,077	1-4
<b>Total</b>	<b>9,06</b>	<b>3,237</b>	-----

#### 5.4. ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA DO PAI PELA PRIMEIRA VEZ EM SALA DE PARTOS COM ALGUMAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS

Neste subcapítulo procedemos à análise da associação existente entre as variáveis sociodemográficas, a idade e o nível de escolaridade dos participantes, e a variável obstétrica, tipo de parto da companheira, com a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos, tal como foi realizado no estudo original. Estamos a dar resposta à questão 2 deste estudo “Será que a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos é influenciada pela idade, nível de escolaridade e tipo de parto da companheira?”, que corresponde objetivo 3. Através da abordagem dos grupos contrastados ou conhecidos estamos a realizar a validade do construto.

Em relação à variável *idade* decidimos agrupar os participantes em 2 grupos para facilitar a avaliação dos resultados. Atendendo à média da idade obtida de 33,73, com intervalo de idades igual a 36, que varia entre 20-56 e uma mediana igual a 34, temos um grupo de pais com idades <34 anos e outro grupo de pais com idades ≥34 anos. Atendendo a que estamos a comparar duas médias provenientes de amostras independentes – *design* entre-sujeitos – é importante verificar a homogeneidade das variâncias entre os dois grupos, ou seja, verificar se não existe um desequilíbrio significativo de dispersões, verificado pelo teste de *Levene*, que se encontra descrito na tabela 24. Podemos verificar que o teste de *Levene* não é significativo para as dimensões Informação e Apoio emocional ( $p>0,05$ ), ou seja, há homogeneidade de variâncias. Na dimensão Preocupação existe uma dispersão dos dados em torno da média significativa ( $p<0,05$ ), por isso assumiu-se o valor de significância identificado na “variância homogénea não assumida”.

**Tabela 24:** Homogeneidade da variância entre-sujeitos (teste *Levene*) e teste *t-student*

Dimensões	Teste <i>Levene</i>	<i>t-student</i>
Informação		
Variância homogénea assumida	p=0,615	p=0,260
Variância homogénea não assumida		p=0,266
Preocupação		
Variância homogénea assumida	p=0,019	p=0,140
Variância homogénea não assumida		p=0,130
Apoio emocional		
Variância homogénea assumida	p=0,651	p=0,378
Variância homogénea não assumida		p=0,376

Relativamente às diferenças de idade, utilizamos o teste *t-student* para comparar os resultados obtidos nos 2 grupos de pais e que se encontram na tabela 25. Podemos analisar que a significância é superior a 0,05, o que significa que assumimos a hipótese nula, ou seja, não existem diferenças entre os grupos comparados relativamente às pontuações obtidas nas 3 dimensões do QPPV\_SP. Também podemos verificar que não existem diferenças significativas em relação às pontuações das médias obtidas para os dois grupos nas 3 dimensões do QPPV\_SP. Concluimos assim que na amostra do nosso estudo a experiência do pai pela primeira vez não é influenciada pela variável idade, ou seja, não existem diferenças entre os pais mais novos e os mais velhos em relação à sua experiência na sala de partos.

**Tabela 25:** Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os dois grupos de pais, na categoria idade e teste *t-student*

Dimensões	Médias das pontuações		<i>t-student</i> (valor significância)
	<34 anos (n=48)	≥34 anos (n=64)	
Informação	1,87	1,74	p=0,260
Preocupação	1,66	1,84	p=0,130
Apoio emocional	2,34	2,21	p=0,378

Em relação à variável *tipo de parto da companheira* temos 3 grupos de pais para comparar as médias de resultados obtidos nas 3 dimensões do QPPV\_SP. Assim, utilizamos o teste ANOVA *one-way* (*design* entre-sujeitos) em que as médias das pontuações da variável dependente nas 3 dimensões são comparadas apenas com um fator, o tipo de parto com pelo menos 3 níveis: parto normal, ventosa/fórceps e cesariana de emergência. Foi também realizado o teste de *Levene* para verificar a homogeneidade da variância, uma vez que o teste ANOVA é um teste paramétrico. Da análise dos resultados obtidos na tabela 26, o teste da homogeneidade das variâncias não é significativo ( $p > 0,05$ ), ou seja, existe uma dispersão homogénea da variância entre os grupos avaliados. Quanto ao teste ANOVA nas pontuações obtidas para as 3 dimensões entre os 3 grupos de pais avaliados verificamos na dimensão Preocupação uma significância  $p = 0,040$ , o que indica que esta dimensão difere entre os grupos avaliados, ou seja, o tipo de parto influencia a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos.

**Tabela 26:** Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os três grupos de pais, na categoria tipo de parto, ANOVA e teste *Levene*

Dimensões	Médias das pontuações			Teste <i>Levene</i>	ANOVA
	Parto Normal	Com Ventosa/fórceps	Cesariana emergência		
Informação	1,76	1,78	1,90	p=0,382	p=0,654
Preocupação	1,80	1,91	1,48	p=0,480	<b>p=0,040</b>
Apoio emocional	2,15	2,42	2,40	p=0,944	p=0,236

Atendendo aos resultados constatados na tabela anterior recorreremos a um teste adicional/complementar à ANOVA para verificar em que tipos de parto existem diferenças quanto à dimensão Preocupação. Decidimos usar o teste *post-hoc* (teste *Tukey*) para comparar indiscriminadamente todos os grupos envolvidos no estudo. Através da tabela 27 percebemos que existe diferença significativa na dimensão Preocupação entre os tipos de parto com ventosa/fórceps e cesariana de emergência, pois a pontuação obtida é elevada ( $p=0,039$ ), ou seja, os pais que assistiram ao tipo de parto da sua companheira por ventosa/fórceps apresentam níveis mais elevados de preocupação, o que influencia negativamente a sua experiência em sala de partos, comparativamente aos que estiveram presentes no tipo de parto da companheira por cesariana de emergência.

**Tabela 27:** Teste *Post-hoc* (*Tukey*)

Dimensão	Tipo de parto	<i>Post-hoc</i> ( <i>Tukey</i> )
Informação	Parto normal vs ventosa/fórceps	p=0,767
	Parto normal vs cesariana emergência	p=0,990
	Ventosa/fórceps vs cesariana emergência	p=0,633
Preocupação	Parto normal vs ventosa/fórceps	p=0,705
	Parto normal vs cesariana emergência	p=0,091
	Ventosa/fórceps vs cesariana emergência	<b>p=0,039</b>
Apoio emocional	Parto normal vs ventosa/fórceps	p=0,305
	Parto normal vs cesariana emergência	p=0,428
	Ventosa/fórceps vs cesariana emergência	p=0,995

Em relação à variável *escolaridade* temos 3 grupos para comparar as médias de resultados obtidos nas 3 dimensões do QPPV\_SP. Assim, utilizamos o teste ANOVA *one-way* (*design* entre-sujeitos) e comparamos as médias das pontuações da variável dependente nas 3 dimensões com os 3 níveis de escolaridade (ensino básico, ensino secundário e ensino superior). Para verificar a homogeneidade da variância utilizamos o teste de *Levene*, que revela não ser significativo ( $p>0,05$ ), ou seja, existe uma dispersão homogênea da variância entre os grupos avaliados. Assim, prosseguimos

com o teste ANOVA em que nas pontuações obtidas para as 3 dimensões entre os 3 grupos avaliados não verificamos diferenças, logo o nível de escolaridade dos pais da nossa amostra não influenciou a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos. Podemos observar os resultados da aplicação destes testes na tabela 28.

**Tabela 28:** Médias das pontuações obtidas para cada dimensão entre os três grupos de pais, na categoria nível de escolaridade, ANOVA e teste *Levene*

Dimensões	Médias das pontuações			Teste <i>Levene</i>	ANOVA
	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior		
Informação	1,93	1,81	1,80	p=0,631	p=0,655
Preocupação	1,58	1,72	1,83	p=0,126	p=0,357
Apoio emocional	2,40	2,20	2,27	p=0,363	p=0,737

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada uma discussão dos principais resultados encontrados, procurando discuti-los à luz da literatura existente nesta área, confrontando-os com resultados de estudos de investigação desenvolvidos na área de investigação retratada no presente trabalho.

Iniciaremos com a caracterização da nossa amostra confrontando os resultados obtidos com os das amostras do estudo original realizado na Suécia por Premberg et al. (2012) e do estudo realizado em França por Capponi et al. (2016) e também com indicadores demográficos da população portuguesa do INE.

### ➤ **Idade dos participantes**

Em relação à *idade dos participantes* a idade média dos pais do nosso estudo é de 33,73, sendo que 36,6% pertencem ao intervalo [31-35 anos], 30,36% ao intervalo dos [35-40], 19,4% ao intervalo [26-30], 7,14% ao intervalo [20-25], 5,36% ao intervalo [41-45] e 0,89% corresponde a um pai com 56 anos. No estudo original a idade média do pai era de 31,8 anos, no estudo realizado em França era de 33 anos e em Portugal a idade média dos pais em 2013 segundo o INE era de 47,1 anos, quando são pais pela primeira vez. Os resultados obtidos na idade vão de encontro aos valores dos dois estudos referidos. A diferença verificada entre os dados do INE e os do nosso estudo pode dever-se ao tipo de amostra utilizado, ou seja, amostra não probabilística do tipo convencional em bola de neve, pois não há garantia da representatividade da população.

### ➤ **Nível de escolaridade dos participantes**

Quanto ao *nível de escolaridade* através dos resultados do nosso estudo verificamos que 58% dos participantes tem o ensino superior, 30,4% tem o ensino secundário e 11,6% tem o ensino básico. Portanto, tal como no estudo original e no estudo realizado em França a maioria dos pais tem o ensino superior, 45% e 54,1% respetivamente. Segundo o INE (2016) 19,4% dos homens, com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos, apresentam o ensino superior, 45,8% dos homens tem o ensino secundário e cerca de 34,8% o básico. Estamos convictas que a diferença na percentagem entre os dados do INE e a nossa amostra justifica-se pelo mesmo motivo que o referido para a variável idade.

➤ **Situação atual no emprego dos participantes**

No que se refere à *situação atual no emprego* 91% dos participantes encontram-se empregados e apenas 9% estão desempregados ou não exercem nenhuma atividade profissional (estudantes). Segundo os dados do INE para o 3º trimestre de 2017 a taxa de desemprego é de 8,5%, ou seja, é similar à da nossa amostra.

➤ **Profissão dos participantes**

Relativamente à *profissão* podemos constatar que na nossa amostra existe uma grande diversidade de profissões, o que poderá estar relacionado com uma grande abrangência da área geográfica dos participantes. Ainda, a maioria dos participantes pertence significativamente aos grupos especialistas das atividades intelectuais e científicas seguindo-se o grupo dos técnicos e profissões de nível intermédio. Pensamos que estes resultados poderão estar relacionados com o fato de a maioria dos participantes ter o ensino superior.

➤ **Zona de residência dos participantes**

Em relação à *zona de residência* na nossa amostra 72,3% dos participantes reside em área urbana e 27,7% em área rural.

➤ **Tipo de habitação dos participantes**

Quanto ao *tipo de habitação* cerca de 75% da nossa amostra reside em casa própria. Pensamos que este resultado se deve ao fato da maioria da nossa amostra estar empregada e pertencer a grupos de profissões onde os salários são superiores ao salário mínimo nacional.

➤ **Nacionalidade dos participantes e dos progenitores dos participantes**

No que diz respeito à *nacionalidade* a maioria, cerca de 96,4% dos participantes, são de nacionalidade portuguesa assim como os seus progenitores, 98%. No nosso país, segundo o INE, em 2016 a percentagem de imigrantes homens é cerca de 0,15%. No estudo original 18% dos participantes (N=33) não nasceu na Suécia, verificando-se que cerca de 23% dos participantes referiram que um ou ambos dos seus progenitores nasceram no estrangeiro. No estudo francês, cerca de 28% (N=43) dos participantes nasceu no estrangeiro. Portanto, na nossa amostra os resultados diferem dos obtidos no estudo original e francês.

➤ **Resposta à questão “Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?”**

Relativamente à questão “Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?” a grande maioria (85,7%) é casada ou vive em união de facto. No nosso país, segundo o INE (2013), existem 1.631.376 homens que são pais, sendo que 83,7% são casados e 8,8% vivem em união de facto, o que está de acordo com os resultados da nossa amostra. No estudo francês cerca de 95% dos participantes são casados ou vivem em união de facto e no estudo original cerca de 98% são casados ou vivem em união de facto.

➤ **Resposta à questão “Como é que se preparou para o parto?”**

Na resposta à questão “Como é que se preparou para o parto?” cerca de 51,8% respondeu ter frequentado aulas de preparação para o parto. Constata-se que a oferta e a acessibilidade aos CPPP têm vindo a tornar-se uma prioridade para as entidades de saúde responsáveis, tanto a nível público quanto privado, e que os homens têm vindo a usufruir deste recurso de apoio na sua transição para a paternidade. Por outro lado, 18,3% referiu ter consultado a internet/fóruns de discussão, 18,8% ter recebido informações de familiares e de amigos, 17,9% ter estudado sozinho e 4% ter feito outra formação, sendo esta percentagem reveladora do processo de consciencialização do homem em relação ao seu novo papel de pai, que por sua vez, está intrinsecamente ligado às mudanças que têm ocorrido na sociedade ocidental ao longo das últimas décadas (Balancho, 2004; Barclay & Lupton, 1999; Garcês, 2011; May & Perrin como referido por Gomez, 2005). Contudo, 15,2% dos pais referiu não ter feito qualquer tipo de preparação, o que poderá significar que estes pais ainda poderão não ter tomado consciência do seu novo papel na sociedade atual, assumindo apenas o papel de sustento económico da família. Outros motivos poderão remeter-se ao fato de estes pais poderem não ter tido oportunidade de frequentar os CPPP ou ainda de não terem tido oportunidade de aceder a informação relacionada com esta temática. No estudo original 79% dos participantes referiu ter frequentado os CPPP, superior ao nosso estudo, e no estudo francês apenas 21,4%. Ainda neste ponto, apenas 0,5 % dos pais suecos referiram não ter feito qualquer tipo de preparação para o parto, enquanto na amostra de pais franceses e suíços 21% dos pais referiu que não fez nenhuma preparação, aproximando-se este último dos resultados da nossa amostra.

➤ **Resposta à questão “Sentiu-se preparado para o parto?”**

Quanto à questão “*Sentiu-se preparado para o parto?*” apenas 8% referiu-se sentir mal preparado. Da nossa prática clínica durante a frequência do Curso de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, pensamos que este resultado poder-se-á dever a vários fatores, tais como falta de oportunidade, falta de disponibilidade, dificuldades na acesso à informação, não valorização dos CPPP. No estudo francês 21,43% referiu sentir-se mal preparado e no estudo original não encontramos resultados relativamente a esta questão.

➤ **Tipo de parto da companheira**

Em relação ao *tipo de parto da companheira* 54,5% dos pais do nosso estudo respondeu parto normal, tal como no estudo francês e 72% no estudo original; 25,9% respondeu parto com ventosa/fórceps, comparativamente com 20,78% no estudo francês e 13,5% no estudo original; e 19,6% respondeu cesariana de emergência, comparativamente com 20,13% no estudo francês e 12,5% no estudo original. Denota-se que na Suécia existe uma maior percentagem de partos normais em relação às amostras do nosso estudo e do estudo francês.

➤ **Resposta à questão “A experiência do parto correspondeu às suas expectativas?”**

Em relação à questão “*A experiência do parto correspondeu às suas expectativas*”, 74,1% dos participantes do nosso estudo respondeu que sim, não se tendo encontrado resultados nos artigos do estudo original e do estudo francês.

➤ **Resposta à questão “É o seu primeiro filho/a?”**

Na resposta à questão “*É o seu/sua primeiro/a filho/a?*” 100% da nossa amostra respondeu que tinha sido pai pela primeira vez o que dá resposta aos critérios de inclusão definidos para o nosso estudo.

Seguidamente efetuaremos a discussão dos resultados obtidos na validação transcultural do QPPV\_SP, para a população portuguesa, comparando os mesmos com os dos estudos sueco e francês, refletindo sobre as diferenças e semelhanças encontradas, complementando-a com resultados de estudos conduzidos na área de investigação retratada no presente trabalho.

### ➤ **Validade do construto**

A avaliação da validade do construto foi realizada através de uma *análise fatorial de componentes principais* com rotação ortogonal do tipo *varimax* e também através da análise da *validade divergente* através de uma matriz de correlações utilizando o R de *Pearson*.

#### • **Análise fatorial**

Na avaliação da validade do construto do QPPV\_SP realizada através do *método de análise fatorial de componentes principais* com rotações ortogonais do tipo *varimax* reforçada com análise do *Scree Plot* e validada através do coeficiente KMO e do teste de esfericidade de *Bartlett*, o nosso instrumento de medida ficou constituído por 3 dimensões: Informação, Preocupação e Apoio emocional, que explicam uma variância acumulada de 59,6%. É de ressaltar que os itens 7 “Fomos admitidos na maternidade que tínhamos escolhido” e 26 “Fui encorajado a pegar o/a bebé ao colo” apresentavam valores de comunalidades muito baixos aquando a realização da análise fatorial forçada a 3 fatores, o que significava que a variância destes itens que é explicada pelo fator a que pertenciam era muito baixa, pelo que foram eliminados.

Após a análise da confiabilidade obtivemos um valor final de variância acumulada de 47%. Ressalva-se que neste ponto foram eliminados os itens 13 “Senti falta de algumas informações” e o item 14 “Houve situações pelas quais preferia não ter passado”, dado que estes itens diminuía consideravelmente o valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach* (como está explicitado na p.78).

Verificamos portanto uma variância acumulada ligeiramente inferior à do QPPV\_SP versão original com 48,6% de variância acumulada, constituída por 4 dimensões: Informação, Preocupação, Apoio emocional e Aceitação e à do estudo francês com 54,12% de variância acumulada, constituída por 3 dimensões: “Soutien du personnel”, “Inquiétudes” e “Prénatal”.

A *dimensão Informação* explica 17,9% da variância total e inclui 7 itens, os itens 5,6 e o item 11 da dimensão Informação na versão original, excluindo-se o item 13, os itens 8,9 e 10 da dimensão Aceitação da versão original, e o item 12 da dimensão Apoio emocional da versão original. Esta dimensão reporta a forma como o pai se sentiu preparado antes do parto e informações/orientações que recebeu da equipa de EEESMO da sala de partos durante o parto. Na versão original a variância desta dimensão foi de 15,6%. Em relação a esta dimensão verificamos que vários estudos demonstram que a preparação pré-natal do pai assim como o apoio e a informação

dada pelos EEESMO durante o trabalho de parto ao pai influenciam a experiência do parto vivenciada por este (Hildingsson, Cederlöf & Widén, 2010; Martins et al, como referido por Nogueira, 2011; Mazzieri & Hoga, 2006; Sapkota, Kobayashi & Takase, 2010; Shibli-Kometiani & Brown, 2012; Wöckel, Schäfer, Beggel & Abu-Dakin, 2007).

A *dimensão Preocupação* com um total de 7 itens, os itens 15-20 e 23 que integram também a dimensão Preocupação na versão original, excluindo-se o item 14 e explica 18,6% da variância total. Esta dimensão refere-se às preocupações do pai em relação ao bem-estar da companheira e do bebé, à sua capacidade em dar apoio à companheira e em lidar com o desconhecido e às suas reacções na sala de partos. Na versão original obteve-se uma variância de 20,5% para esta dimensão. Ressalva-se que o item 23 “Houve coisas que me assustaram durante o parto” apresentava uma carga fatorial elevada em 2 fatores, tendo sido inserido na dimensão Preocupação, em vez de ser enquadrado na dimensão Informação, tal como aconteceu no estudo original. Estatisticamente o item 23 apresenta uma correlação mais elevada com dimensão Preocupação do que com a dimensão Informação (tabela 13, p.76). Esta dimensão explica a maior percentagem de variância do QPPV\_SP, versão portuguesa tal como na versão original (18,6%). Os estudos de investigação evidenciam que os pais vivenciam muitas vezes dificuldades em apoiar a sua companheira, assim como referem sentir-se impotentes, com medo, angustiados, stressados, confusos, vulneráveis (Fenwick & Premberg, 2015; Martins et al, como referido por Nogueira, 2011). Por outro lado, os pais também referem que a sua presença na sala de partos é muito importante para responder às necessidades da sua companheira, manifestando a sua preocupação em relação ao bem-estar da parturiente e do bebé (He et al, 2015; Premberg, Carlsson, Hellström & Berg, 2011).

A *dimensão Apoio emocional* com um total de 4 itens, os itens 21,22,24 e 25 da dimensão Apoio emocional da versão original, excluindo-se o item 26 e o item 12 que foi reagrupado na dimensão Informação e explica 10,5% da variância total. Os itens que a constituem referem-se ao apoio, disponibilidade, interesse demonstrado pela equipa de enfermagem durante o parto e nascimento do seu bebé. Na versão original esta dimensão tem uma variância de 6,5%. Ressalva-se que o item 21 “Senti que os enfermeiros obstetras e a restante equipa estavam interessados em saber como eu me sentia”, foi inserido na dimensão Apoio emocional, em vez de ser enquadrado na dimensão Informação, tal como no estudo original. Estatisticamente o item 21 apresenta uma correlação mais elevada com dimensão Apoio emocional do que com a dimensão Informação (tabela 13, p.76). Relativamente a esta dimensão a investigação

científica revela que os pais sentem medo, desalento, ansiedade e também se sentem impreparados, relacionando estes sentimentos com a falta de apoio por parte dos EEESMO, assim como com a falta de flexibilidade e de dificuldades de comunicação com estes profissionais de saúde (Genesoni & Tallandini, 2009; Hellström & Berg, 2011; Hildingsson, Cederlöf & Widén, 2010; Shibli-Kometiani & Brown, 2012).

Na versão francesa, a dimensão 1 "Soutien du personnel" tem uma variância de 22%, a dimensão 2 "Inquiétudes" tem uma variância de 20,66% e a dimensão 3 "Prénatal" tem uma variância de 11,46%, com um total de 54,12% de variância acumulada. Contudo, ressalva-se que os itens que constituem cada uma destas 3 dimensões estão enquadrados noutras dimensões na versão portuguesa, logo a informação contida em cada uma destas dimensões é diferente em relação à obtida no QPPV\_SP para a população portuguesa o que dificulta a comparação dos resultados obtidos.

Quanto à dimensão Aceitação identificada no estudo original os itens que a compunham foram integrados na dimensão Informação, os itens 8, 9 e 10. Deste modo, os pais da nossa amostra associam a forma como foram atendidos ao telefone quando ligaram para a maternidade (item 8), como foram recebidos à chegada à maternidade (item 9) e a forma como a equipa de EEESMO da sala de partos cuidou deles (item 10) à Informação que lhe foi fornecida pela Instituição de Saúde onde decorreu o parto e pelos EEESMO da sala de partos.

- **Validade divergente**

Em relação à *validade divergente*, ou seja, à análise da relação entre os itens e cada uma das 3 dimensões, realizada através da matriz de correlações e avaliada através do valor do coeficiente de correlação R de *Pearson*, verificamos que apenas 3 itens se correlacionam com outra dimensão. O item 12 "Recebi orientações sobre como deveria ajudar a minha esposa/companheira" correlaciona-se com a dimensão Apoio emocional e os itens 21 "Senti que os enfermeiros obstetras e a restante equipa estavam interessados em saber como eu me sentia" e item 23 "Houve coisas que me assustaram durante o parto" correlacionam-se com a dimensão Informação. Todavia estes três itens apresentam correlações mais elevadas com a sua própria dimensão, confirmando a validade divergente dos domínios tal como se verifica na versão original e francesa. Verificamos que os itens do QPPV\_SP, versão portuguesa têm correlações moderadas a elevadas com as suas próprias dimensões e ainda que as correlações entre as 3 dimensões são pouco interpretáveis, existindo apenas correlação positiva entre as dimensões Informação e Apoio emocional.

### ➤ **Confiabilidade**

A *confiabilidade* foi avaliada através da consistência interna, após a determinação do valor *alpha* de *Cronbach* e através da análise da correlação entre cada item e a sua dimensão.

#### • **Correlação entre cada item e a sua dimensão**

Em relação à *correlação entre cada item e a sua dimensão* os 18 itens que constituem o QPPV\_SP, versão portuguesa correlacionam-se positivamente com a sua dimensão, sendo que é na dimensão Informação que se verifica uma maior correlação entre os itens e o seu fator e que é na dimensão Apoio emocional em que se verificam correlações mais baixas. Os resultados do QPPV\_SP, versão original corroboram os resultados obtidos no nosso estudo.

#### • **Consistência interna**

Relativamente à *consistência interna*, a dimensão Informação do QPPV\_SP, versão portuguesa, constituída por 7 itens, apresenta um *alpha* de *Cronbach* de 0,872, que significa uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014), obtendo-se uma consistência interna superior à do QPPV\_SP versão original que apresenta um *alpha* de *Cronbach* de 0,73. Isto significa a existência de uma maior correlação entre os itens na versão portuguesa do que na versão original. Logo, a consistência com que estes itens medem a sua dimensão na versão portuguesa é maior comparativamente com os itens que compõem esta dimensão na versão original.

A dimensão Preocupação apresenta um *alpha* de *Cronbach* de 0,843 no QPPV\_SP, versão portuguesa, que significa uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014), ou seja, este fator mede de uma forma consistente o construto teórico subjacente. Na versão original, o valor *alpha* de *Cronbach* é 0,82 e portanto ligeiramente inferior ao obtido no nosso estudo.

A dimensão Apoio emocional no QPPV\_SP, versão portuguesa tem um *alpha* de *Cronbach* de 0,783, que indica uma razoável consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014). Na versão original o *alpha* de *Cronbach* obtido foi 0,65, o que significa que esta dimensão tem uma fraca consistência interna. No QPPV\_SP, versão portuguesa a eliminação de qualquer um dos itens enquadrados nesta dimensão não iria melhorar significativamente o valor *alpha* de *Cronbach* (tabela 19, p.79).

Na versão francesa temos os seguintes valores de *alpha* de Cronbach:  $\alpha=0,84$  na dimensão 1 “*Soutien du personnel*”,  $\alpha=0,86$  na dimensão 2 “*Inquiétudes*” e  $\alpha=0,70$  na dimensão 3 “*Prénatal*”. Novamente ressalva-se que os itens que constituem cada uma destas 3 dimensões estão enquadrados noutras dimensões na versão portuguesa. Portanto o QPPV\_SP, versão francesa tal como na versão portuguesa apresenta uma razoável a boa consistência.

Neste ponto pretendemos dar **resposta à questão 1** do presente estudo “**Qual é a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos?**”.

Tal como já foi referido anteriormente, “A experiência do pai pela primeira vez em sala de partos”, avaliada na amostra deste estudo através das 3 dimensões que constituem o QPPV\_SP, versão portuguesa foi positiva atendendo às baixas pontuações relativas às médias dos itens para cada uma das 3 dimensões. Pela análise dos resultados que se apresentam nas tabelas 22 e 23 (pp. 81-82) pode concluir-se que os participantes apresentam melhores resultados nas dimensões Informação e Preocupação do que na dimensão Apoio emocional. Pensamos que este resultado poderá ser indicativo de uma necessidade de mudança relativamente ao apoio emocional proporcionado pelos EEESMO aos pais durante o trabalho de parto e parto da sua companheira. O Apoio emocional revela-se importante para o pai ter uma experiência positiva na sala de partos, tal como é referido na literatura consultada durante a realização deste estudo e através dos resultados obtidos através do estudo da validade do construto.

Prosseguimos com a análise dos resultados do QPPV\_SP, versão portuguesa examinando a associação existente entre a variável dependente, a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos, e duas variáveis sociodemográficas, a idade e o nível de escolaridade dos participantes, e uma variável obstétrica, o tipo de parto da companheira, comparando os resultados obtidos com os do QPPV\_SP versão original e francesa. Complementamos esta discussão com uma reflexão dos resultados encontrados à luz da evidência científica. Neste ponto estamos a dar **resposta à questão 2** “**Será que a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos é influenciada pela idade, nível de escolaridade e tipo de parto da companheira?**”.

#### ➤ **Variável idade**

Após a realização do teste *t-student* (tabela 25, p. 84) em relação à *variável idade*, os pais mais novos, com idade inferior a 34 anos, não apresentaram diferenças em relação aos pais mais velhos, com idade igual ou superior a 34 anos, no que se refere

aos domínios Informação, Preocupação e Apoio emocional, o que significa que a idade dos pais não influenciou a sua experiência na sala de partos. Verificou-se os mesmos resultados no estudo francês. Nos resultados do QPPV\_SP, versão original verificou-se que os pais mais novos apresentaram pontuações mais elevadas nas dimensões Apoio emocional e Aceitação comparativamente com os mais velhos, e portanto uma experiência menos positiva na sala de partos. Num estudo conduzido por He e Vehviläinen-Julkunen (2015) os investigadores concluem que os pais mais novos apresentam uma maior necessidade de suporte emocional. Por outro lado, segundo um estudo realizado por Schytt e Bergström (2013) os pais mais velhos, com idades iguais ou superiores a 34 anos, referiram que o trabalho de parto da companheira foi uma experiência difícil e menos positiva comparativamente com os pais mais novos. Portanto, a evidência científica apresenta resultados díspares no que se refere à influência da idade do pai na avaliação da experiência do parto o que aponta para uma necessidade de continuar a realizar estudos nesta área de investigação.

➤ **Variável tipo de parto da companheira**

Relativamente à *variável tipo de parto da companheira*, após a realização do teste ANOVA verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio Preocupação quando avaliado em relação aos 3 tipos de parto, parto normal, com ventosa/fórceps e cesariana de emergência. Verificamos através da tabela 26 (p.85) que nos tipos de parto com ventosa/fórceps e parto normal da companheira os pais da nossa amostra apresentam níveis de Preocupação mais elevados, e portanto uma experiência em sala de partos menos positiva. Os resultados do estudo original apontam que no tipo de parto por cesariana de emergência os pais apresentaram níveis mais elevados de Preocupação e referiram sentir uma maior falta de Informação. No estudo francês no tipo de parto por cesariana de emergência os pais manifestaram também um maior nível de Preocupação e de necessidade de apoio por parte dos EEESMO. Os estudos científicos também revelam que nos partos realizados por cesariana de emergência o pai sente-se mais ansioso, frustrado e incapaz comparativamente com os outros tipos de parto (Chan & Paterson-Brown, 2002; Roscich-Medina & Shetty, 2007). Atendendo a que não encontramos sustentação teórica que explicita os resultados obtidos enaltecesse a importância de conduzir mais estudos nesta área. Ainda, após a realização do teste *Post-hoc (Tukey)* (tabela 27, pág.85), verificamos que as diferenças mais significativas na dimensão Preocupação

são entre o parto com ventosa/fórceps e parto por cesariana de emergência, sendo no parto por ventosa/fórceps que os pais manifestam um maior nível de Preocupação.

➤ **Variável escolaridade**

Relativamente à *variável escolaridade*, após a realização do teste ANOVA (tabela 28, p.86), não verificamos diferenças em nenhuma das dimensões em função do nível de escolaridade dos pais, tal como se verificou no estudo original. No estudo francês os pais com níveis de escolaridade mais baixos apresentaram uma maior necessidade de serem informados e orientados no período pré-natal, verificando-se uma média das pontuações mais elevada na dimensão "*Prénatal*". Os resultados do estudo francês vão de encontro aos obtidos num estudo conduzido na Bélgica em que os pais que apresentam níveis de escolaridade mais elevados referiram sentir uma menor necessidade de informação (Eggermont, Beeckman, Van Hecke, Delbaere & Verhaeghe, 2017). Por outro lado, ao avaliar os resultados obtidos na nossa amostra temos de atender que o nível de escolaridade dos nossos participantes é maioritariamente o nível superior (58%), e que tal como já foi referido anteriormente esta amostra não é representativa da população portuguesa, identificando-se neste ponto uma limitação no nosso estudo.



## CONCLUSÃO

O presente estudo resultou de um interesse particular sobre a experiência do pai em sala de partos e conseqüentemente pela necessidade de validar um instrumento de medida para Portugal que nos permita estudar este fenómeno. O propósito final foi facilitar a transição do pai para a paternidade potenciando uma parentalidade autónoma e positiva e promover a construção de relações mais fortes entre a tríade familiar (pai/mãe/filho). Estamos convictas que através do desenvolvimento de estratégias de intervenção mais adequadas às necessidades específicas apresentadas pelos pais em sala de partos estamos a contribuir para as boas práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O primeiro objetivo deste estudo consistiu em realizar a validação do Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos para a população portuguesa. Após a autorização da autora principal do QPPV\_SP, versão original iniciou-se o processo de validação do mesmo através da metodologia tradução-retro-tradução. Posteriormente, após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, realizou-se a recolha de dados através da disponibilização do instrumento de recolha de dados via *online*, tendo-se obtido uma amostra de 112 participantes.

Em relação à caracterização da nossa amostra temos: 33,73 como média de idade dos pais; 58% dos pais têm o ensino superior, 30,4% o ensino secundário e 11,6% têm o ensino básico; 91% dos pais encontram-se empregados e apenas 9% estão desempregados ou não exercem nenhuma atividade profissional (estudantes), sendo que a profissão da maioria pertence significativamente aos grupos especialistas das atividades intelectuais e científicas seguindo-se o grupo dos técnicos e profissões de nível intermédio; 72,3% dos pais reside em área urbana e 27,7% em área rural; 75% dos pais reside em casa própria; a grande maioria, 96,4%, dos pais é de nacionalidade portuguesa assim como os seus progenitores, 98%; 85,7% dos pais são casados/vivem em união de facto; 51,8% dos pais frequentou aulas de preparação para o parto e 55% referiu ter consultado a internet/fóruns de discussão, ter recebido informações de familiares e de amigos e ter estudado sozinho; apenas 8% dos pais referiu ter-se sentido mal preparado para o parto; 54,5% dos pais assistiu a um parto normal, 25,9% assistiu a um parto com ventosa/fórceps e 19,6% assistiu a um parto por cesariana de emergência; 74,1% dos pais referiu que a experiência do parto

correspondeu às suas expectativas; 100% dos pais referiu que tinha sido pai pela primeira vez.

Em relação aos resultados da aplicação do QPPV\_SP na amostra do nosso estudo e dando resposta à primeira questão “Qual a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos?”, a experiência dos pais pela primeira vez em sala de partos foi avaliada como positiva. Quanto aos resultados obtidos aquando da análise da confiabilidade e da validade do QPPV\_SP, versão portuguesa, obtivemos um coeficiente de *alpha* de *Cronbach* compreendido entre uma razoável a boa consistência interna nas 3 dimensões que constituem o instrumento, demonstrando globalmente moderadas correlações item-total da sua subescala. Portanto, o QPPV\_SP, versão portuguesa evidenciou uma boa confiabilidade, pelo que consideramos ter contribuído para a otimização das suas propriedades psicométricas. Na abordagem dos grupos contrastados e dando resposta à segunda questão deste trabalho de investigação “Será que a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos é influenciada pela idade, nível de escolaridade e tipo de parto da sua companheira?”, o QPPV\_SP, versão portuguesa foi sensível a diferenças entre os subgrupos de pais que tinham assistido a diferentes tipos de parto, isto é, os pais que assistiram a um tipo de parto por ventosa/fórceps apresentaram níveis mais elevados de preocupação em relação ao bem estar da companheira e do bebé e também em relação à sua capacidade em dar apoio à parturiente e em gerir as suas emoções e reações na sala de partos comparativamente com os pais que estiveram presentes no tipo de parto por cesariana de emergência. Quanto à validade do construto a determinação de 3 dimensões explica cerca de 47% da variância total. Segundo Maroco (2011) espera-se que os itens que compõem as dimensões de um instrumento de medida apresentem uma percentagem de variância igual ou superior a 50%. Revela-se assim uma necessidade de continuar a investir na realização de novos estudos para podermos melhorar a validade do QPPV\_SP, versão portuguesa. Ainda na validade divergente constata-se que os itens do QPPV\_SP versão portuguesa têm correlações mais elevadas com a sua própria dimensão do que com as dimensões a que não pertencem.

Uma limitação do estudo, já referida anteriormente e que deve ser tida em conta futuramente, relaciona-se com o fato da nossa amostra ser constituída por uma elevada percentagem de pais com o nível de escolaridade correspondente ao nível superior o que não é representativo da nossa população podendo influenciar os resultados obtidos.

Identifica-se como constrangimento o período de tempo de espera da resposta do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra para a obtenção de autorização para a recolha dos dados, prolongando o tempo de realização do estudo e implicando uma necessidade de mudança em relação à amostra inicialmente prevista. Por outro lado, realça-se que através da recolha de dados por via *online* foi possível obter uma amostra com o número suficiente de pais que nos permitiu prosseguir com a realização deste estudo em tempo oportuno, o que se considera ter sido um fator facilitador.

Relativamente às implicações para a prática clínica, com a realização deste trabalho conseguimos obter um instrumento que será útil para avaliar a experiência do pai pela primeira vez em sala de partos. A partir dos resultados destes futuros trabalhos de investigação os EEESMO poderão reavaliar, com base em evidência científica, os programas dos CPPP, assim como as suas atitudes e comportamentos em relação à presença do pai em sala de partos, promovendo uma melhoria das suas práticas. É fundamental que os EEESMO continuem a desenvolver uma prática de enfermagem centrada na Pessoa, tomando os pais como alvo dos cuidados de enfermagem na área da saúde materna e obstetrícia e não apenas como acompanhantes da parturiente.

Relativamente às implicações para a investigação é importante que se desenvolvam mais estudos em Portugal com outras amostras de pais de modo a confrontar novos resultados com os resultados obtidos neste estudo no sentido de reforçar a validade e a confiabilidade do QPPV\_SP versão portuguesa. Além de obter novos resultados relativamente à experiência do pai em sala de partos estamos convictas que podemos contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem mais especificamente na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Sugere-se aos EEESMO que continuem a investir e a publicar os resultados obtidos dos seus trabalhos de investigação realizados nesta temática específica da área da saúde materna e obstetrícia dando o seu contributo para a evolução científica.

Estamos convictas que atingimos os objetivos definidos para a realização deste estudo permitindo-nos não só desenvolver e aprofundar metodologias de investigação assim como contribuir para a adaptação do *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos – QPPV\_SP*, para a população portuguesa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. (5ª ed.) Braga, Portugal: Psiquilíbrios.
- American Psychological Association's (APA). (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>.
- Andreani, G. (2006). *Satisfação e responsabilidade: O envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89323/228811.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Balancho, L. S. F. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 22(2), 377-386. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a06.pdf>
- Balancho, M. L. J. S. F. (2001). *O novo papel do pai na educação dos filhos: Coparentalidade e diferenciação* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.
- Barchard, K. A., & Williams, J. (2008). *Practical advice for conducting ethical online experiments and surveys for United States psychologists*. Recuperado de <http://faculty.unlv.edu/barchard/onlinedatacollection/Barchard%20Williams%20Ethical%20Online%20Experiments.pdf>
- Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experience of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 29(4), 1013-1020. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00978.x
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo, Brasil: Livraria Martins Fontes Editora Lda.

- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-255). Lisboa, Portugal: Fim de século.
- Capponi, I., Carquillat, P., Premberg, Å., Vendittelli, & Guittier, M. J. (2016). Vécu de l'accouchement par les peres: Traduction et validation transculturelle du First-time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44, 480-486. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.07.011>
- Chan, K. K. L., & Paterson-Brown, S. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22, 11-15. Recuperado de: <http://doi.org/10.1080/01443610120101628>
- Chin, R., Daiches, A., & Hall, P. (2011). A qualitative exploration of first-time fathers`experiences of becoming a father. *Community Practitioner. The Journal of the Community Practitioners` & Health Visitors` Association*, 84(7), 19-23. Recuperado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=104656344&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLI4v%2BvIOLCmr0%2Bep69Ss6%2B4TLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx7ofw6u0A>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses). (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE* <sup>®</sup> versão 2. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Couto, G. R. (2002). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- De Martini, T. A. D., Piccinini, C. A., & Gonçalves, T. R. (2010). Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação. *Aletheia*, 31, 121-136. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n31/n31a11.pdf>
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: What does it mean for fathers?. *Journal Of Advanced Nursing*, 63(6), 626-633. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04748.
- Decreto-Lei nº14/85 de 6 de Julho. *Diário da República nº153/1985 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº91/2009 de 9 de Abril. *Diário da República nº70/2009 – I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa, Portugal.

- Eggermont, K., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women & Birth*, 3(4), 188-197. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.Wombi.2016.12.001>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2007). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Ferreira, A. C. F. (2014). *O envolvimento do pai durante a gravidez: um estudo exploratório* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Gama, E. B. B. (2014). *A transição para a paternidade: Vivências de pais, três meses após o nascimento do primeiro filho* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Portugal.
- Garcês, M. M. F. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ensino Superior, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Genesoni L., & Tallandini, M. A. (2009). Men`s psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(4), 305-318. doi: 10.1111/f.1523-536x.2009.00358.x
- Gomez, R. (2005). O Pai: Paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.257-285). Lisboa, Portugal: Fim de século.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Épidemiol.*, 46(12), 1417-1432. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a2a8/fc3722ce868ac3cc37fd539f50afa31f4445.pdf>
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., Macnevin, R., & Nelson, M. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(1), 57-70. doi: 10.5172/conu.673.31.1.57
- He, H., Vehviläinen-Julkunen, K., Qian, X., Sapountzi-Krepia, D., Gong, Y., & Wang, W. (2015). Fathers' feelings related to their partners' childbirth and views on their presence during labour and childbirth: A descriptive quantitative study. *International Journal Of Nursing Practice*, 21, 71-79. doi: 10.1111/ijn.12339

- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 7, 323-335. Recuperado de <http://v-scheiner.brunel.ac.uk/bitstream/2438/10007/1/Fulltext.pdf>
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women And Birth*, 24(3), 129-136. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas do Emprego*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *O perfil dos pais que vive com os filhos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Emigrantes permanentes por sexo*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Taxa de escolaridade do nível de ensino secundário (série 2011-%) por local de residência (NUTS-2013), sexo e grupo etário*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Taxa de escolaridade do nível de ensino superior (série 2011-%) da população residente com idade entre 25 e 64 anos por local de residência (NUTS-2013), sexo e grupo etário*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Taxa de escolaridade do nível de ensino básico (série 2011-%) por local de residência (NUTS-2013)*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de: <http://www.ine.pt>.
- Jardim, D. M. B., & Penna, C. M. M. (2012). Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *Rev. Min. Enferm.*, 16(3), 373-38. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/540>
- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 3(1), 9-18. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.005
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1993). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre, Brasil: Artes médicas.

- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ªed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.004
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ªed.) Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística: Com o SPSS statistics* (5ªed.) Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29(5), 444-478. doi: 10.1016/j.midw.2012.03.05
- Mazzieri, S. P. M., & Hoga, L. A. K. (2006). Participação do pai no nascimento e parto: Revisão da literatura. *Ver. Min. Enf.*, 10(2), 166-170. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/v10n2a11.pdf
- Meleis, A. I., Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middlerange theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1),12-28.
- Moraes, C. J. A., & Granato, T. M. M. (2016). Tornando-se pai: Uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 557-567. doi: 10.4025/psicoestud.v21i4.29871
- Nardi, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. *Revista Psiquiatria clínica*, 25(6), 331-33, 1998.
- Nogueira, R. D. F. (2011). *As implicações do envolvimento do pai na gravidez/parto na ligação emocional com o bebé* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no atendimento ao parto normal*. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/recomendacoes%20da%20oms%20(3).pdf
- Perdomini, F. R. I., & Bonilha, A. L. L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 445-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300004>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (6ª Edição)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>
- Pinto, C. M. S., Basile, A. L. O., Silva, S. F., & Hoga, L. A. K. (2003). O acompanhante no parto: Atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *Rev. Min. Enf.*, 7(1), 4-47. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/v7n1a08.pdf
- 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*, 9(1), 87-102. doi: 10.3149/fth.0901.87
- Poh Hui, L., He, H., Seow, L. C., & Koh, S. L. (2014). Research in brief -- A qualitative study on first-time fathers' experiences and needs during their wives' pregnancy and childbirth. *Singapore Nursing Journal*, 41(2), 42-44. Recuperado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=103940503&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqLA4v%2BvIOLCmr0%2Bep69SsKi4S7GWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex7ofw6u0A>
- Poh, H. L., He, H. G., Seow, L. H. C., & Koh, S. S. L. (2014). Research in brief: A qualitative study on first-time fathers`experiences and needs during their wives`pregnancy and childbirth. *Singapore Nursing Hospital*, 41(2), 42-44. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=fd5a8dc8-7c8a-4b12-bdb0-975e07433695%40sessionmgr103>

- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Premberg, Å., Taft, C., Hellström, A., & Berg, M. (2012). Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12, 35-43. doi: 10.1186/1471-2393-12-35
- Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth - A phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848-853. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.002
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 665-673. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>
- Ribeiro, A. F. C. (2005). Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito de pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir*, 53(4), 190-194.
- Ribeiro, J. L. P. R. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ªed.). Porto, Portugal: Legis Editora.
- Rosich-Medina, A. & Shetty, A. (2007). Paternal experiences of pregnancy and labour. *British Journal of Midwifery*, 15(2), 66-74. doi: 10.12968/bjom.2007.15.2.22783.
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Liamtrirat, S. (2015). The Journey in to fatherhood: A grounded theory study. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 460-466. doi: 10.1111/nhs.12216
- Santos, S. C., & Kreutz, C. M. (2014). O envolvimento do pai na gestação do primeiro filho. *Pensando Famílias*, 18(2), 62-76. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a06.pdf>
- Sapkota, S., Kobayashi, T., & Takase, M. (2012). Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal. *Midwifery*, 28, 45-51. doi: 10.1016/j.midw.2010.10.010
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 84(2), S29-S33. Recuperado de [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(03\)00193-X/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(03)00193-X/pdf)

- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schytt, E. & Bergström, M. (2014). First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*, 30, 82-88. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.015>.
- Shibli-Kometiani, M., & Brown, A. M. (2012). Father's experiences accompanying labour and birth. *British Journal of Midwifery*, 20(5), 339-344. Recuperado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=104449567&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqLA4v%2BvIOLCmr0%2BepVVSsae4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx7ofw6u0A>
- Storti, J. P. L. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: Expectativas e vivências do casal* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health Measurement Scales: a Practical guide to their development and use*. Londres, Reino Unido: Oxford Medical Publications.
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(7/8), 1059-1068. doi: 10.1111/jocn.12784
- Williams, S. G. (2012). The Ethics of Internet Research. *Online Journal of Nursing Informatics*, 16(2). Recuperado de <http://ojni.org/issues/?p=1708>.
- Wöckel, A., Schäfer, E., Beggel, A., & Abou-Dakn, M. (2007). Getting ready for birth: impending fatherhood. *British Journal Of Midwifery*, 15(6), 344-348. Recuperado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=106174674&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNLr80SeqLI4v%2BvIOLCmr0%2Bep7BSsKa4SbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx7ofw6u0A>
- Zagonel, I. P. (1999). O Cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

**ANEXOS**



**ANEXO I.** *Questionário para o Pai pela Primeira vez em  
Sala de Partos - QPPV\_SP, versão original*



## **First-time Father Questionnaire / FTFQ**

We are interested in your experience of the delivery, in order to improve the situation for fathers in maternity care. Please respond to every statement by marking the box below the *one* alternative (except for question number 1, about how you prepared) that you feel applies to you. If you're not sure, choose the alternative that feels the most correct. If you have any opinions or comments that you like to add, please use the pace provided on the last page.

### **1. How did you prepare for the childbirth?**

- I studied on my own
- Internet/chats
- Information from family and friends
- Childbirth education at the antenatal clinic
- Other education, for example psychoprophylaxis
- Not at all

### **2. How well did you succeed in preparing for childbirth?**

- Very well
- Well
- A little
- Not at all

### **3. Is this baby your first child?**

- Yes
- No

### **4. How was the baby born?**

- Normal delivery
- By ventouse/forceps
- By acute caesarean section

### ***Before the delivery...***

#### **5. I felt well-informed**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

#### **6. I felt well-prepared**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**7. We were admitted to the maternity unit we had chosen**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**8. I felt welcome when I called the maternity unit**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**9. I was treated well on arrival at the maternity unit**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

***During the delivery.....***

**10. I felt I was given positive attention by the staff**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**11. I was given enough information**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**12. I was given guidance on how to support my wife/ girlfriend**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**13. There was some information I lacked**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**14. There were situations I would rather have not gone through**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

***During the childbirth, I felt....***

**15. Worried about my wife/girlfriend**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**16. Worried about the baby**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**17. Worried that something would go wrong**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**18. Worried that I wouldn't be able to provide support**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**19. Worried about the unknown**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**20. Worried about how I would react**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

***During the childbirth....***

**21. I felt that the midwives and other staff were interested in how I felt**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**22. The staff offered to support my wife/girlfriend so that I could take a break**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**23. There were things that frightened me during childbirth**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**24. I was hugged and comforted when I was upset**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

***After the childbirth.....***

**25. I was shown how to hold the baby**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**26. I was encouraged to hold the baby**

- Completely true
- Partly true
- Somewhat true
- Not true at all

**27. Did you experience the childbirth as you had expected?**

- Yes
- No

**28. What is your relationship with the baby's mother?**

- Married/cohabiting
- Steady relationship but not living together
- Friend
- No relationship

**29. Were you born abroad?**

- Yes
- No

**30. If so, in which country?**

.....

**31. Were one or both your parents born abroad?**

- Yes
- No

**32. If so, in which country/countries?**

.....

**33. What is your highest level of education?**

- Primary/ Elementary school
- Secondary/ High school
- University / College

**Comments or opinions you like to add:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Thank you!**



**ANEXO II.** Autorização para a utilização do  
*Questionário para o Pai pela Primeira Vez*  
*em Sala de Partos – QPPV\_SP*



de: **Åsa Premberg** <asa.premberg@vgregion.se>  
para: Patricia Vieira <prcamposvieira@gmail.com>  
data: 16 de agosto de 2016 11:12  
assunto: SV: Request Authorization -questionnaire FTFQ

Dear Patricia,

I am sorry if I have delayed your work, I have been out of office for some weeks. Here comes the FTFQ and a information about how to use the questionnaire. Dont hesitate to Contact me if there is anything unclear or any other things I can answer to.

Best regards,

Åsa

Åsa Premberg

FoUU-ledare, Fil Dr,

Närhälsan FoU primärvård, Göteborg och Södra Bohuslän,

Besöksadress:

FoU-Centrum Göteborg och Södra Bohuslän,

Kungsgatan 12, vån 6

41118 Göteborg

E-mail: [asa.premberg@vgregion.se](mailto:asa.premberg@vgregion.se)



**ANEXO III. Parecer favorável da Comissão de Ética**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)  
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEN/C)

Parecer N° P413-04/2017

**Título do Projecto:** "Estudo de adaptação e validação transcultural do First-time Father Questionnaire – FTFQ para a população portuguesa".

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Patricia Raquel Campos Vieira

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Teresa Maria Campos Silve e Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

**Relator:** Ana Margarida Coelho Abrantes

### Parecer

O projeto apresentado tem como objetivos realizar a tradução, a adaptação cultural e validação do First-time Father Questionnaire – FTFQ para a população portuguesa. Para além disso é também propósito de estudo a descrição da experiência/necessidades de pais pela primeira vez no nascimento do seu filho e a análise de existência de associação entre os resultados do instrumento FTFQ (versão portuguesa) com algumas variáveis sociodemográficas.

Os prazos do projeto encontram-se definidos entre maio e setembro de 2017, sendo a data prevista para início de recolha de dados o mês de junho de 2017.

Os investigadores definem o estudo como, descritivo-correlacional de natureza quantitativo. A amostra será constituída por indivíduos pais pela primeira vez cujas companheiras/cónjuges se encontrem na maternidade no período de internamento de puerpério e por indivíduos pais pela primeira vez que participaram no Projeto Tema Aventura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para a recolha de dados será utilizado um questionário, First-time Father Questionnaire (FTFQ).

Os critérios de inclusão encontram-se definidos. Existe garantia de confidencialidade e anonimato dos intervenientes.

Atendendo ao formato da investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética, não dispensando a autorização por parte da ESEN/C e dos serviços de Obstetria do CHUC onde decorrerá o projeto.

O relator: 

Data: 17.6.2017 O Presidente da Comissão de Ética: 



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
INSTITUTO DA SAUDE PÚBLICA E CIÊNCIAS



## **APÊNDICE I. Instrumento de recolha de dados**



## Dados de Caracterização Pessoal

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Profissão: \_\_\_\_\_
3. Situação atual no emprego:
  - Empregado
  - Desempregado
4. Zona de residência:
  - Urbana
  - Rural
5. Tipo de Habitação:
  - Casa própria
  - Casa de familiares

### A. Questionário para o Pai pela Primeira vez em Sala de Partos - QPPV\_SP

Estamos interessados na sua experiência em relação ao parto para assim melhorarmos a situação dos pais na maternidade. Por favor responda a cada pergunta assinalando a caixa correspondente à opção que melhor se aplica à sua situação (exceto na pergunta 1 sobre a forma como se preparou para o parto). Se não tiver a certeza, escolha a opção que considera ser a mais correta. Se tiver qualquer comentário ou sugestão, por favor utilize o espaço reservado para o efeito na última página.

#### 1. Como é que se preparou para o parto?

- Estudei sozinho
- Internet/fóruns de discussão (chats)
- Informações de familiares e amigos
- Aulas de preparação para o parto
- Outra formação, por exemplo psicoprofilaxia
- Não fiz qualquer preparação

**2. Sentiu-se preparado para o parto?**

- Muito bem
- Bem
- Mais ou menos
- Mal

**3. É o/a seu/sua primeiro/a filho/a?**

- Sim
- Não

**4. Qual foi o tipo de parto?**

- Parto normal
- Com ventosa/fórceps
- Cesariana de emergência

***Antes do parto...***

**5. Senti-me bem informado**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**6. Senti-me bem preparado**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**7. Fomos admitidos na maternidade que tínhamos escolhido**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**8. Senti-me bem atendido quando telefonei para a maternidade**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**9. Senti-me bem acolhido na chegada à maternidade**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

***Durante o parto.....***

**10. Senti que a equipa cuidou bem de mim**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**11. Recebi as informações necessárias**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**12. Recebi orientações sobre como deveria ajudar a minha esposa/companheira**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**13. Senti falta de algumas informações**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**14. Houve situações pelas quais preferia não ter passado**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

***Durante o parto, estava....***

**15. Preocupado com a minha esposa/companheira**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**16. Preocupado com o/a bebé**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**17. Preocupado que alguma coisa corresse mal**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**18. Preocupado com o facto de não ser capaz de dar apoio**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**19. Preocupado com aquilo que desconhecia**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**20. Preocupado com a forma como eu iria reagir**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

***Durante o parto....***

**21. Senti que os enfermeiros obstetras e a restante equipa estavam interessados em saber como eu me sentia**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**22. A equipa esteve disponível para a minha esposa durante a minha ausência/pausa**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**23. Houve coisas que me assustaram durante o parto**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**24. Recebi apoio da equipa quando estava mais preocupado**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

***Depois do parto....***

**25. Ensinaram-me a pegar o/a bebé ao colo**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**26. Fui encorajado a pegar o/a bebé ao colo**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**27. A experiência de parto correspondeu às suas expectativas?**

- Sim
- Não

**28. Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?**

- Casados/União de facto
- Relação estável, mas não vivem juntos
- Amigos
- Sem relação

**29. Nasceu no estrangeiro?**

- Sim
- Não

**30. Se sim, em que país?**

.....

**31. Algum dos seus pais nasceu no estrangeiro?**

- Sim
- Não

**32. Se sim, em que país/países?**

.....

**33. Qual é o seu nível de escolaridade?**

- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior

**Comentários ou sugestões:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Obrigado**



**APÊNDICE II.** *Questionário para o Pai pela Primeira Vez  
em Sala de Partos – QPPV\_SP*



## **Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos - QPPV\_SP**

Estamos interessados na sua experiência em relação ao parto para assim melhorarmos a situação dos pais na maternidade. Por favor responda a cada pergunta assinalando a caixa correspondente à opção que melhor se aplica à sua situação (exceto na pergunta 1 sobre a forma como se preparou para o parto). Se não tiver a certeza, escolha a opção que considera ser a mais correta. Se tiver qualquer comentário ou sugestão, por favor utilize o espaço reservado para o efeito na última página.

### **1. Como é que se preparou para o parto?**

- Estudei sozinho
- Internet/fóruns de discussão (chats)
- Informações de familiares e amigos
- Aulas de preparação para o parto
- Outra formação, por exemplo psicoprofilaxia
- Não fiz qualquer preparação

### **2. Sentiu-se preparado para o parto?**

- Muito bem
- Bem
- Mais ou menos
- Mal

### **3. É o/a seu/sua primeiro/a filho/a?**

- Sim
- Não

### **4. Qual foi o tipo de parto?**

- Parto normal
- Com ventosa/fórceps
- Cesariana de emergência

***Antes do parto...***

**5.Senti-me bem informado**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

**6.Senti-me bem preparado**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

**7.Fomos admitidos na maternidade que tínhamos escolhido**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

**8.Senti-me bem atendido quando telefonei para a maternidade**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

**9.Senti-me bem acolhido na chegada à maternidade**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

***Durante o parto.....***

**10.Senti que a equipa cuidou bem de mim**

- ┆ Totalmente verdade
- ┆ Parcialmente verdade
- ┆ Parcialmente mentira
- ┆ Totalmente mentira

**11.Recebi as informações necessárias**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira
- ┘ Totalmente mentira

**12.Recebi orientações sobre como deveria ajudar a minha esposa/companheira**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira
- ┘ Totalmente mentira

**13.Senti falta de algumas informações**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira0
- ┘ Totalmente mentira

**14.Houve situações pelas quais preferia não ter passado**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira
- ┘ Totalmente mentira

***Durante o parto, estava....***

**15.Preocupado com a minha esposa/companheira**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira
- ┘ Totalmente mentira

**16.Preocupado com o/a bebê**

- ┘ Totalmente verdade
- ┘ Parcialmente verdade
- ┘ Parcialmente mentira
- ┘ Totalmente mentira

**17.Preocupado que alguma coisa corresse mal**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

**18.Preocupado com o facto de não ser capaz de dar apoio**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

**19.Preocupado com aquilo que desconhecia**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

**20.Preocupado com a forma como eu iria reagir**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

***Durante o parto....***

**21.Senti que os enfermeiros obstetras e a restante equipa estavam interessados em saber como eu me sentia**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

**22.A equipa esteve disponível para a minha esposa durante a minha ausência/pausa**

- └ Totalmente verdade
- └ Parcialmente verdade
- └ Parcialmente mentira
- └ Totalmente mentira

**23.Houve coisas que me assustaram durante o parto**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**24.Recebi apoio da equipa quando estava mais preocupado**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

***Depois do parto....***

**25.Ensinaram-me a pegar o/a bebé ao colo**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**26.Fui encorajado a pegar o/a bebé ao colo**

- Totalmente verdade
- Parcialmente verdade
- Parcialmente mentira
- Totalmente mentira

**27.A experiência de parto correspondeu às suas expectativas?**

- Sim
- Não

**28.Qual é a sua relação com a mãe do/a bebé?**

- Casados/União de facto
- Relação estável, mas não vivem juntos
- Amigos
- Sem relação

**29.Nasceu no estrangeiro?**

- ┆ Sim
- ┆ Não

**30.Se sim, em que país?**

.....

**31.Algum dos seus pais nasceu no estrangeiro?**

- ┆ Sim
- ┆ Não

**32.Se sim, em que país/países?**

.....

**33.Qual é o seu nível de escolaridade?**

- ┆ Ensino básico
- ┆ Ensino secundário
- ┆ Ensino superior

**Comentários ou sugestões:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Obrigado!

## **APÊNDICE III. Consentimento Informado**



Adaptação e validação transcultural do *Questionário para o Pai pela Primeira Vez em Sala de Partos* – QPPV\_SP

Sou Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pretendo de desenvolver um estudo intitulado “Experiência do Pai Pela Primeira Vez em Sala de Partos: da validação de um instrumento à análise de fatores associados”, pelo que gostaria de solicitar a sua colaboração para o preenchimento do questionário.

Os dados obtidos são confidenciais e o preenchimento e submissão do questionário indicam o seu consentimento em participar no estudo.

O questionário demora cerca de 3 minutos a ser preenchido.

Obrigada pela sua colaboração,

Patrícia Vieira

E-mail: [prcamposvieira@gmail.com](mailto:prcamposvieira@gmail.com)

## **APÊNDICE IV – Teste *Shapiro-Wilk***



### Teste de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
<b>Idade</b>	,989	112	,073
<b>Tipo de Parto</b>	,980	112	,058
<b>Escolaridade</b>	,977	112	,053

a. Lilliefors Significance Correction