



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Instituto de Psicologia – IPS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI

Saúde mental e conjugalidade de mulheres primíparas: adaptação de um programa de intervenção direcionado à transição para a parentalidade

João Marcos de Oliveira

Salvador  
2018

João Marcos de Oliveira

Saúde mental e conjugalidade de mulheres primíparas: adaptação de um programa de intervenção direcionado à transição para a parentalidade

Tese elaborada como requisito de avaliação parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA).

Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Professora Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga

Salvador  
2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Oliveira, João Marcos de  
Saúde mental e conjugalidade de mulheres  
primíparas: adaptação de um programa de intervenção  
direcionado à transição para a parentalidade / João  
Marcos de Oliveira. -- Salvador, 2018.  
178 f.

Orientadora: Patrícia Alvarenga.  
Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia) --  
Universidade Federal da Bahia, Instituto de  
Psicologia, 2018.

1. Psicologia do desenvolvimento. 2.  
Parentalidade. 3. Casais. 4. Primiparidade. I.  
Alvarenga, Patrícia. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA  
Instituto de Psicologia - IPS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI  
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



## TERMO DE APROVAÇÃO

**“SAÚDE MENTAL E CONJUGALIDADE DE MULHERES PRIMÍPARAS:  
ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO À  
TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE”**

**João Marcos de Oliveira Cavalcanti**

### BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof.ª Dr.ª Patricia Alvarenga (Orientadora)**  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

**Prof.ª Dr.ª Giana Bitencourt Frizzo**  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

**Prof.ª Dr.ª Luciana Dutra-Thomé**  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

**Prof.ª Dr.ª Marilena Ristum**  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

**Prof.ª Dr.ª Sheila Giardini Murta**  
Universidade de Brasília - UnB

Salvador, 03 de abril de 2018.

*A Patrícia, minha esposa, que, com seu amor, me permitiu  
passar duas vezes pela transição para a paternidade.*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Gersa e Marcelo, obrigado por todos os sacrifícios, esforços e incentivos para que eu, Pedro e Neto estudássemos. Terminei o doutorado, em grande parte, por causa da história que vocês me ajudaram a começar. Admiro vocês e continuarei admirando sempre.

Aos meus irmãos, Neto e Pedro, por me apoiarem quando necessário e por serem modelos de que, apesar dos desafios, vale a pena buscar realizar nossos objetivos.

À minha esposa, Patrícia, por sua força, seu amor, sua companhia e seu apoio cotidianos. Admiro e respeito a mulher que você é. Sua reflexão e esforços constantes para ser uma pessoa melhor me mostram uma boa maneira de se viver. Suas batalhas também são minhas. Te amo!

Às minhas enteadas, Letícia e Bruna, por me aceitarem como padrasto e por manterem comigo uma relação leve e de respeito. Com vocês, começou a minha transição para a parentalidade.

Ao meu filho, Guilherme, por seu carinho, por seu interesse em me ajudar, mesmo sem saber o que eu fazia, por entender minhas ausências, mas sempre me receber com um abraço quando chego em casa. Te amo demais, filho!

A todos meus familiares que sempre me incentivaram a continuar estudando.

A Clarice e a Claudice, por oferecerem suportes importantes quando nossa casa foi pequena para tanta gente e tanto trabalho.

Aos amigos que me ajudaram de maneiras diferentes ao longo de todos os últimos anos. A Helena, Lucas, Samanta, Jaciana, Edmar e Thiago, o Nata tornou mais divertidos os momentos que eram cansativos e puxados. A Adrielle, Carla, Ivana, Rachel e Jeane pela amizade forte desde a graduação e pelo exemplo que vocês me dão com suas diferentes histórias de perseverança e de competência. A Avimar e Bianca, pela amizade e apoio diários, principalmente nos momentos em que o fim do doutorado pareceu difícil de alcançar. Ao

Mundo Alternativo, Ana Cristina, Camila, Fabiana, Joice, Juliana, Laila, Roberta, Veridiana e Zilda, vocês tornaram mais leve a tarefa de equilibrar a docência com o doutorado. Aos colegas da Unijorge, Adailton, Débora, Cristina, Glória, Jackeline, Josiane, Kallila, Mariana, Marisa, Patrícia, Priscila, Simone e Vanessa, vocês se aproximaram de mim ao longo desses anos de maneiras diferentes, mas sempre com muito cuidado e respeito, cada um de vocês me ensina a ser um professor melhor. A Luciana e Janaína por permitirem que as JACs e o Instituto Transformação fossem espaços para me fortalecer.

A Taiane, por sua amizade e parceria constantes desde o mestrado, que nos permitiu compartilhar as angústias e incertezas durante o doutorado e me ajudou a enxergar que eu não estava sozinho.

À minha orientadora, Patrícia Alvarenga, por ter me aceitado como estudante de mestrado há longos sete anos e por manter sempre uma postura cuidadosa, respeitosa, competente e presente, tenho certeza que os anos que passei sob sua orientação marcaram minha carreira e minha vida. Depois de tantos desafios, conseguimos encerrar a tese!

Ao grupo de pesquisa, Catiele, Tatiana, Antônio, Zelma, Hévilla, Juliana e Ilana, obrigado pelas sugestões em todos os ensaios e por considerarem as minhas sugestões.

Aos graduandos, Carlos, Dandara, Deriene, Endrick, Kayan, Luísa, Paula Kleize, Raysa e Vitor, sem o compromisso e as sugestões de vocês, eu não teria dado conta do tamanho da coleta e da análise de dados.

Aos meus coordenadores, Magno Macambira, Julio Hoenisch e, principalmente, Kátia Jane Bernardo, por apoiarem as minhas ideias e por me ajudar nas horas que o doutorado demandava mais atenção de mim.

Aos profissionais de todas as maternidades e Unidades de Saúde da Família, Omar, Ana Laura, Ana Paz, Dinalva, Nilse, Neusa, as duas Regina, Ane, Raimunda, Sandra, Priscila, Edilene, Janete, Mariana, Lilia, Jandira, Emmanuelle, Geise, Edlene, Camila, Suzana, Alexandre, Carol, Fernanda, Ingrid, Joelma, Amanda, Luzia, Ednei, Isabel, Ana, Taiane,

Patrícia, Acássio, Camila, Antônio, Daniela, Roberta, Rose, Marizélia, Telma, Diosley, pelo esforço diário para convidar as participantes e garantir espaços adequados para a realização das entrevistas.

Às participantes do Estudo I, por seu interesse e disponibilidade para compartilhar um pouco de sua história e da experiência de se tornar mãe. Ao casal do Estudo II, vocês persistiram participando, mesmo quando o único horário que tínhamos em comum era o domingo de manhã, obrigado pela permanência e parabéns pelo esforço!

Ao prof. Mark Feinberg pela autorização e incentivo que me deu para adaptar o Family Foundations.

Às prof.<sup>as</sup> Sheila Giardini Murta e Marilena Ristum, por se disponibilizarem a contribuir com minha tese desde o exame de qualificação.

Às prof.<sup>as</sup> Giana Frizzo e Luciana Dutra-Thomé por aceitarem fazer parte da banca de defesa e contribuir com a melhoria de minha tese.

À prof.<sup>a</sup> Eulina Lordelo, que deu contribuições importantes durante o seminário de qualificação.

A todos os professores e colegas do PPGPSI, por sua contribuição em minha formação desde o mestrado.

Aos membros do GT Parentalidade e desenvolvimento infantil em diferentes contextos, da ANPEPP, por todas as ocasiões que me ouviram apresentar as minhas pesquisas e pelas valiosas sugestões.

A Aline e a Ivana por me ajudarem a resolver todas as minhas dúvidas e pendências junto à secretaria do PPGPSI.

Aos funcionários da SUPAD e da SEAD, pela gentileza com que me trataram todas as vezes em que fui escrever a tese.

Tenho muito mais gente para agradecer agora do que durante o mestrado. Uma trajetória longa, em que conheci muita gente competente e boa de se conviver. Obrigado a todos!



*Pra sempre é tempo pra caramba*

*Nem sempre tudo é pra já.*

Humberto Gessinger

## Resumo

A transição para a parentalidade é um período desenvolvimental, com mudanças graduais e progressivas relacionadas ao estabelecimento das relações afetivas e de cuidado entre mães, pais e seus filhos. O presente estudo teve como objetivo avaliar as relações entre a saúde mental da mulher e a conjugalidade durante a transição para a parentalidade e os efeitos de um programa de intervenção domiciliar sobre esses dois fatores. A saúde mental materna foi avaliada pelos sintomas de transtornos mentais comuns e de depressão. A conjugalidade foi avaliada em duas dimensões: o ajustamento diádico e a comunicação do casal. Os objetivos da pesquisa foram alcançados por meio de dois estudos. O Estudo I avaliou as relações entre a saúde mental da mulher e a conjugalidade durante a transição para a parentalidade por meio de um delineamento correlacional. Participaram do Estudo I, 50 mulheres primíparas, acompanhadas em maternidades públicas ou Unidades de Saúde da Família da cidade de Salvador, que coabitavam com o genitor do bebê e que estavam no segundo ou terceiro trimestre de gestação do primeiro filho do companheiro atual. Os instrumentos utilizados foram o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e o Inventário Beck de Depressão (BDI) para a avaliação da saúde mental, e a Escala de Ajustamento Diádico (EAD) para a avaliação da conjugalidade. O Estudo II testou os efeitos de um programa de intervenção domiciliar sobre a saúde mental da mulher e a conjugalidade com um delineamento experimental de caso único do tipo AB, com medidas repetidas. Participaram deste estudo uma das mães que integrou a amostra do Estudo I e o pai do seu bebê. A coleta de dados teve início no segundo mês do bebê e foi finalizada aos sete meses. Além dos instrumentos do Estudo I respondidos no pré-teste e no follow-up, foram realizadas seis visitas domiciliares de avaliação divididas entre o pré e pós-teste, com intervalos aproximados de duas semanas. Em cada uma das visitas de avaliação, foi realizada a Observação da Interação do Casal para avaliar a comunicação do casal, considerada uma dimensão da conjugalidade. Cada observação teve duração aproximada de 10 minutos. Entre as avaliações pré e pós-teste, foram

conduzidas seis visitas domiciliares para a realização do programa de intervenção Bases da Família. No Estudo I, análises correlacionais e regressões múltiplas revelaram que tanto os sintomas de transtornos mentais comuns quanto os sintomas de depressão estão relacionados a menor qualidade do ajustamento diádico em mulheres, durante a transição para a parentalidade. Também se destacou o poder preditivo do tempo de relacionamento do casal, junto aos transtornos mentais comuns, na explicação do ajustamento diádico. O Estudo II não revelou efeitos substanciais do programa Bases da Família. Houve apenas o aumento da frequência de discussão positiva e a redução da frequência da recusa de atenção do pai, do pré para o pós-teste. Constatou-se ainda o aumento do escore de satisfação diádica autorrelatada pela mãe. A ausência de efeitos sobre a saúde mental materna, sobre as demais dimensões do ajustamento diádico e sobre a comunicação materna indica que o formato e os conteúdos abordados pela intervenção não foram adequados para promover esses fatores. Isso pode ter ocorrido, pelo menos em parte, devido ao potencial de influência dos sintomas de depressão e transtornos mentais comuns da mãe sobre os demais domínios da transição para a parentalidade.

*Palavras-chave:* transição para a parentalidade, saúde mental, conjugalidade, intervenção, mulheres primíparas

## **Abstract**

Transition to parenthood is a developmental period, with gradual and progressive changes related to the establishment of affective and caring relationships between mothers, fathers and their children. The present study aimed to evaluate the relationship between women's mental health and conjugality during a transition to parenthood and the effects of a home care program on these two factors. Maternal mental health was assessed by the symptoms of common mental disorders and depression. Conjugality was evaluated in two dimensions: dyadic adjustment and couple's communication. Research goals were achieved through two studies. Study I assessed the relationship between women's mental health and conjugality during transition to parenthood through a correlational design. Participated in this study 50 primiparous women, accompanied in public maternities or Family Health Units of the City of Salvador, who cohabited with the baby's parent and that were in the second or third trimester of gestation of the first child of the current companion. The instruments used were the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and the Beck Depression Inventory (BDI) for mental health assessment, and a Dyadic Adjustment Scale (EAD) for conjugality assessment. Study II tested the effects of a home care program on women's mental health and conjugality with a single-case experimental design, AB-type, with repeated-measures. This study included one of the mothers from Study I and the father of their baby. Data collection began in the second month of the baby and was completed at seven months. In addition to the instruments of the study I answered at the pre-test and follow-up, six home visits of evaluation were made between the pre- and post-test, with intervals of approximately two weeks. In each of the evaluation visits, a Couple's Interaction Observation was made to evaluate couple's communication, considered a dimension of conjugality. Each observation lasted approximately 10 minutes. Between pre- and post-test evaluations, six home visits were conducted to carry out the Family Foundations program. In Study I, correlational analyzes and multiple regressions revealed that both symptoms of common mental disorders and

symptoms of depression are related to lower quality of dyadic adjustment in women during the transition to parenthood. It also stood out the predictive power of couple's relationship duration, along with common mental disorders, in explaining dyadic adjustment. Study II did not reveal substantial effects of the Family Foundations program. There was only an increase in the frequency of positive discussion and a reduction in the frequency of father's attention refusal, from pre- to post-test. It was also observed an increase in the self-reported dyadic satisfaction scored by the mother. The absence of effects on maternal mental health, on dimensions of dyadic adjustment, and on maternal communication indicates that format and contents addressed by the intervention were not adequate for these factor's promotion. This may have occurred, at least in part, due to the potential influence of mother's depression symptoms and common mental disorders on other domains of transition to parenthood.

*Keywords:* transition to parenthood, mental health, conjugality, intervention, primiparous women

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Modelo conceitual para as relações entre saúde mental materna e conjugalidade. ....	77
<i>Figura 2.</i> Esquema representativo dos momentos das avaliações pré e pós-teste e da intervenção. .....	106
<i>Figura 3.</i> Quadro dos títulos, sequência e temas de cada encontro da versão original e da versão adaptada.....	116
<i>Figura 4.</i> Sintomas de transtornos mentais comuns no pré-teste e no follow-up.....	119
<i>Figura 5.</i> Indicadores de depressão no pré-teste e no follow-up. ....	119
<i>Figura 6.</i> Escores de ajustamento diádico no pré-teste e no follow-up. ....	120
<i>Figura 7.</i> Escores nas dimensões de ajustamento diádico no pré-teste e no follow-up.....	121
<i>Figura 8.</i> Frequência geral das categorias de interação durante as fases pré e pós-teste. ....	123
<i>Figura 9.</i> Frequência das categorias de interação da mãe durante as fases pré e pós-teste. ....	124
<i>Figura 10.</i> Frequência das categorias de interação do pai durante as fases pré e pós-teste.....	125

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos Casais.....	80
Tabela 2. Média e Desvio-Padrão, Intervalo de Confiança (95%), Valores Mínimo e Máximo dos Sintomas de Transtornos Mentais Comuns, Indicadores de Depressão, Ajustamento Diádico e suas Dimensões .....	85
Tabela 3. Distribuição das Participantes por Grupo de Classificação do SRQ-20, BDI e EAD..	86
Tabela 4. Correlações (rô de Spearman) entre Variáveis Sociodemográficas e os Escores do SRQ-20, BDI e EAD.....	88
Tabela 5. Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Classificação de Suspeita para Transtornos Mentais Comuns (SRQ-20) para o Ajustamento Diádico.....	89
Tabela 6. Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Indivíduos Sem ou Com Indicadores de Depressão (BDI) para o ajustamento conjugal.....	89
Tabela 7. Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Gravidez Planejada/esperada e Inesperada para Transtornos Mentais Comuns, Indicadores de Depressão e Ajustamento Diádico.....	90
Tabela 8. Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise (Backward) dos Escores de Ajustamento Diádico sobre os Indicadores de Depressão, a Renda Familiar e o Tempo de Relacionamento.....	91
Tabela 9. Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise (Backward) dos Escores de Ajustamento Diádico sobre os Sintomas de Transtornos Mentais Comuns, a Renda Familiar e o Tempo de Relacionamento.....	92
Tabela 10. Dados Sociodemográficos do Casal Participante da Intervenção .....	105
Tabela 11. Resultados da avaliação da saúde materna mental e da percepção materna sobre a conjugalidade .....	105

## Sumário

Introdução .....	16
A transição para a parentalidade: definição do constructo.....	19
O Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho e a transição para a parentalidade .....	23
Relações entre saúde mental materna e conjugalidade de mulheres primíparas .....	45
Intervenções direcionadas à promoção da transição para a parentalidade .....	52
Justificativa e objetivos do estudo.....	74
Estudo I: Relações entre saúde mental materna e o ajustamento diádico durante a gestação do primeiro filho .....	79
Método.....	79
Participantes .....	79
Delineamento.....	80
Procedimentos de coleta de dados.....	80
Instrumentos. ....	81
Procedimentos de análise de dados .....	83
Considerações éticas.....	84
Resultados .....	85
Discussão.....	93
Estudo II: Adaptação cultural de um programa de intervenção domiciliar sobre a saúde mental materna e a conjugalidade .....	104
Método.....	104
Participantes .....	104



Delineamento.....	106
Procedimentos de coleta de dados.....	106
Instrumentos .....	107
Procedimentos de análise de dados .....	116
Considerações éticas.....	116
Resultados .....	118
Discussão.....	127
Considerações finais.....	137
Referências .....	140
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo I .....	159
Apêndice B – Ficha de dados sociodemográficos.....	160
Apêndice C – Self-Report Questionnaire (SRQ-20).....	162
Apêndice D – Escala de Ajustamento Diádico (EAD) .....	163
Apêndice E – Acordo de propriedade para adaptação do programa Family Foundations.....	166
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo II.....	167
Apêndice G – Manual de procedimentos para a observação domiciliar da pesquisa .....	168
Apêndice H – Questionário de satisfação com o programa de intervenção.....	171
Apêndice I – Manual de análise da interação do casal.....	173

## Introdução

O desenvolvimento humano possui períodos complexos de transição entre fases da vida nos quais são experimentadas mudanças nos relacionamentos sociais, em ambientes organizacionais e em habilidades (Hattar-Pollara, 2010). As mudanças podem ocorrer em diferentes contextos, como a entrada na escola, a escolha de uma profissão e a transição para a parentalidade (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Os períodos de transição são caracterizados por ocorrerem em um intervalo variável de tempo e exigirem uma reorganização dos indivíduos ou grupos aos novos contextos, demandas ou funções (Frech, 2014).

A transição para a parentalidade é uma das transições desenvolvimentais que têm sido frequentemente estudadas. Em geral, as mulheres, de maneira marcadamente mais ampla do que os homens, precisam se adaptar a uma variedade de mudanças que podem ter impactos sobre dimensões de sua vida cotidiana como a saúde mental, a qualidade do relacionamento conjugal e também sobre o desenvolvimento do bebê (de Montigny, Lacharité, & Devault, 2012; Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman, & Bradbury, 2008).

Tendo em vista a complexidade dos processos associados à transição para a parentalidade, o Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho (C. P. Cowan et al., 1985; C. P. Cowan, Cowan, Heming, & Miller, 1991) é abordado como uma proposta organizadora e explicativa das variáveis relevantes para a compreensão do período de transição. O modelo engloba variáveis como: (1) saúde mental e expectativas sobre a gestação no domínio individual; (2) satisfação conjugal, coparentalidade e comunicação do casal no domínio conjugal; (3) práticas parentais no domínio parental; (4) relacionamentos entre avós, pais e netos no domínio intergeracional e (5) apoio social no domínio social. As pesquisas empíricas sobre transição para a parentalidade têm privilegiado investigações sobre

variáveis relacionadas à saúde mental, à conjugalidade e à parentalidade (de Montigny et al., 2012; Lawrence et al., 2008). No entanto, como tanto a saúde mental, quanto a conjugalidade são características que antecedem a chegada de um filho, conhecer as características das mães ainda no período pré-natal pode auxiliar na compreensão sobre os processos de transição de maneira que se permita favorecer a qualidade de vida da mulher e proteger o desenvolvimento infantil. Adicionalmente, a gravidez parece ser um período que demanda especial atenção à saúde da mulher primípara<sup>1</sup>, porque a prevalência de problemas psicológicos na gestação é superior à taxa do pós-parto (O'Hara & Wisner, 2014; Paulson, Bazemore, Goodman, & Leiferman, 2016; Sipsma et al., 2016; Wu & Hung, 2016). Ainda assim, as mulheres que vivenciam declínio da saúde mental durante a gestação têm maior risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (Alvarenga & Frizzo, 2017; Di Florio et al., 2014; Paschetta et al., 2014; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004).

Ao vivenciar amplas mudanças em sua rotina, as mães tornam-se vulneráveis à redução da qualidade de vida ou do bem-estar, com redução do tempo para o casal e para atividades de lazer, bem como uma possível redução da renda disponível (Krob, Piccinini, & Silva, 2009; Petch & Halford, 2008), principalmente quando avaliam como injustos os acordos conjugais que as sujeitam à sobrecarga de tarefas de cuidado do bebê e domésticas (Barnes, 2015; DeMaris & Mahoney, 2017). As relações entre a saúde e a qualidade do relacionamento conjugal ainda não são claras no contexto da transição para a parentalidade. No entanto, existem evidências de que a comunicação do casal e a relação conjugal de maneira ampla são prejudicadas quando mães primíparas sofrem de depressão (Frizzo, Silva, Piccinini, & Lopes, 2011; Trillingsgaard, Baucom, & Heyman, 2014). A literatura ainda é

---

<sup>1</sup> O termo mulheres primíparas foi escolhido para facilitar a leitura frente à multiplicidade de conceitos que se referem à quantidade de gestações e de partos, tais como, respectivamente, mulheres primigestas e gestantes nulíparas. No entanto, uma mulher pode se tornar mãe pela primeira vez, mesmo depois de sucessivas gestações interrompidas e de partos de bebês natimortos. Desse modo, será compreendido nesse texto, mulheres primíparas como as gestantes que aguardam o primeiro parto de um bebê vivo ou mulheres que tiveram um primeiro filho nascido vivo. O mesmo se aplica aos termos casais ou pais primíparos.

escassa quanto à investigação de processos de transição para a parentalidade em contextos de baixa renda e escolaridade. Sabe-se que, de maneira geral, a vulnerabilidade socioeconômica é um fator de risco tanto para a saúde mental, quanto para a satisfação conjugal (Bassi et al., 2017; Kluwer, 2010; Mckenzie & Carter, 2013). Entretanto, são raros os estudos que investigam as experiências de mulheres primíparas, durante a transição para a parentalidade, em contextos de vulnerabilidade social.

Como os processos de saúde mental e conjugal estão relacionados, ainda que seus mecanismos de associação não sejam consensuais na literatura, supõe-se que a melhora em uma das condições de risco para a adaptação à parentalidade favoreça o fortalecimento de recursos para o manejo das demandas da parentalidade (C. P. Cowan et al., 1985, 1991). Dessa maneira, intervenções direcionadas para casais durante a transição para a parentalidade podem facilitar a adaptação aos novos papéis sociais (Feinberg, 2002). Os programas de intervenção tornam-se ainda mais relevantes quando os casais possuem baixa renda e escolaridade, pois eles se constituem enquanto uma população vulnerável a altas taxas de estresse parental e de utilização de práticas coercitivas, por exemplo (Florsheim et al., 2003; Teubert & Pinquart, 2010). O fato de intervenções com os casais serem vantajosas para as mulheres está ligado a uma série de fatores que variam desde a reorganização nos processos de divisão de tarefas e de estratégias de resolução de problemas até a promoção do apoio do parceiro em relação às necessidades das mães primíparas (Brown, Goslin, & Feinberg, 2012; Frizzo et al., 2011; Murta, Rodrigues, Rosa, & Paulo, 2012).

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar as relações entre a saúde mental da mulher e a conjugalidade durante a transição para a parentalidade e os efeitos de um programa de intervenção domiciliar sobre esses dois fatores. A primeira seção da introdução discute o construto de transição para a parentalidade. Em seguida, foram apresentados estudos empíricos relacionados à estabilidade e às mudanças em variáveis associadas ao Modelo dos

Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho e à transição para a parentalidade. Na terceira seção, foram discutidos estudos sobre as relações entre saúde mental materna e conjugalidade de mulheres primíparas. Na quarta seção, foram apresentados e discutidos estudos sobre intervenções direcionadas à promoção dos contextos de transição para a parentalidade. Por fim, a justificativa e os objetivos da pesquisa foram apresentados.

### **A transição para a parentalidade: definição do constructo**

A idade adulta caracteriza-se por uma série de transições desenvolvimentais como, por exemplo, a formação de um casal e a constituição de uma família. Quando se discute a formação da família, diferentes processos costumam ocorrer, como a aquisição de bens, o desenvolvimento profissional, a autonomia em relação às famílias de origem e, principalmente, a formação dos relacionamentos conjugais e parentais (Berthoud & Bergami, 1997). As transições desenvolvimentais comuns nesse período podem ocorrer de maneira estressora, assim como podem estar associadas a comportamentos promotores de saúde e bem-estar. Assim, as trajetórias de vida de cada indivíduo com melhores recursos pessoais, financeiros, de apoio social, demonstram transições com mais saúde e bem-estar (Frech, 2014).

O início do processo de transição para a parentalidade pode ocorrer entre a confirmação da gestação e o parto, quando acontece o primeiro contato físico com o bebê (Florsheim et al., 2003; Widarsson, 2012). Entretanto, há controvérsias quanto à demarcação desse período de transição. Goldberg (1988) afirma que, tradicionalmente, o período dessa transição é compreendido entre o início da gravidez e os primeiros meses de vida do bebê. Porém, Schumacher e Meleis (1994) destacam que as pesquisas nessa área investigam desde a gestação até os 18 meses de idade do bebê, apesar de existirem evidências de que os ajustes

decorrentes da transição para a parentalidade podem se estender até os dois ou três anos de vida da criança (Canário & Figueiredo, 2017). A gestação se estabelece, no entanto, enquanto um período comum e inicial para a transição em todas essas perspectivas. Quando um casal confirma a gestação, inicia-se um período em que deverá investir na preparação para o nascimento do bebê, nos cuidados básicos com ele e na promoção do seu desenvolvimento. Ao nascer, um bebê altera o cotidiano em diferentes dimensões da vida dos pais, como padrões de sono, de alimentação, laborais, conjugais e de apoio social, pois os bebês dependem dos adultos para o fornecimento de alimentação, proteção e afeto (Bjorklund, Yunger, & Pellegrini, 2002; Bornstein, 2002; McDaniel & Teti, 2012).

Um importante marco para as pesquisas sobre a transição para a parentalidade foi o estudo de LeMasters (1957). Essa pesquisa investigou se a chegada de um novo membro ao sistema familiar induziria à reorganização do sistema, de maneira similar à saída de um membro, e se a chegada do primeiro filho poderia ser interpretada como uma crise. O estudo revelou que a maioria dos participantes enfrentou dificuldades de adaptação ao primeiro filho, classificando a transição como uma mudança severa ou extensiva em que os antigos padrões de interação do casal tornaram-se inadequados. A partir do estudo de LeMasters (1957), as pesquisas sobre o processo de mudança do casal para a família como um sistema triádico, passaram a considerar a transição para a parentalidade como uma fase de potencial crise. Essa foi uma mudança marcante e fundamental para o avanço do conhecimento nessa área, pois, por muito tempo, o período de transição para a parentalidade era considerado apenas como uma etapa vivenciada com alegria e otimismo por mulheres e homens (C. P. Cowan et al., 1991).

Para compreender esse período, desde o estudo de LeMasters (1957), as pesquisas consideraram diferentes abordagens, descrevendo-o, por exemplo, enquanto: (a) uma aquisição central e positiva das necessidades psicológicas e do desenvolvimento da mulher e

do homem, (b) um momento de crise ou (c) um período de desequilíbrio do sistema familiar no qual intervenções podem produzir melhorias no ajustamento parental (Demick, 2002; Heinicke, 2002). De qualquer modo, é consensual a noção de que processos de transição, em geral, estão associados a períodos de mudança, desenvolvimento ou fluxo, que ocorrem ao longo do tempo, na passagem de uma fase da vida, condição ou estado, para outro (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Assim, abordagens que caracterizam a transição para a parentalidade como um processo eminentemente positivo ou de crise parecem não ser compatíveis com a definição de transição como um processo de desenvolvimento, caracterizado por mudanças graduais e com diferentes significados e impactos para os indivíduos. Desse modo, o presente estudo propõe que o conceito de transição para a parentalidade seja compreendido como um período desenvolvimental, com início e fim relativos, em que múltiplas variáveis interagem durante o estabelecimento da função parental relacionada ao primeiro filho, seja ele biológico, adotivo ou enteado (Chick & Meleis, 1986; Demick, 2002; Doss & Rhoades, 2017; Heinicke, 2002; McKay & Ross, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Umberson, Pudrovska, & Reczek, 2010).

O impacto da chegada de um bebê sobre o sistema familiar não ocorre apenas no momento do nascimento. Trata-se de um evento que produz efeitos graduais e progressivos, pelo menos, a partir da confirmação da gestação. Desse modo, o desempenho e a adaptação dos pais e mães dependem de fatores individuais e ambientais. Essas variáveis são discutidas e organizadas de diferentes maneiras na literatura (Chick & Meleis, 1986; C. P. Cowan et al., 1985; Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; LeMasters, 1957), podendo as trajetórias da transição estar associadas às expectativas, aos conhecimentos, às habilidades e ao bem-estar emocional e físico, além de fatores contextuais (Schumacher & Meleis, 1994).

Considerando a complexidade da transição para a parentalidade, o Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho (C. P. Cowan et al., 1985, 1991) é uma

alternativa para a caracterização e a compreensão do processo de se tornar mãe ou pai. Esse modelo é composto pelos seguintes domínios: (1) individual, relacionado a características de cada um dos membros da família, como saúde mental, autoestima e expectativas quanto ao parto e ao bebê; (2) conjugal, relacionado às interações do casal, com ênfase em aspectos românticos da relação, na divisão do trabalho e nos padrões de comunicação; (3) parental, sobre a relação entre cada cuidador e o bebê; (4) intergeracional, referente às relações intergeracionais entre os avós, pais e netos e (5) social, relacionado ao equilíbrio entre os estressores externos à família e o apoio social.

Esse modelo foi proposto quando as produções acadêmicas investigavam o fenômeno da transição para a parentalidade através de uma ampla diversidade de variáveis, sem, no entanto, apresentar um argumento teórico ou um modelo explicativo que permitissem justificar a escolha das variáveis estudadas (C. P. Cowan et al., 1985). Apesar de as transições familiares, em geral, modificarem aspectos de todos os domínios do Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho, sua adequação se mantém para os estudos de transição para a parentalidade. A adequação consiste no oferecimento de um esquema teórico que facilita a identificação e a análise de variáveis e suas relações pertinentes ao estabelecimento da função parental. O modelo dos cinco domínios foi estruturado a partir da abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979, 1994), através de um levantamento de pesquisas com famílias de perfil não-clínico, que investigaram os primeiros anos de formação de cada família, visando ao oferecimento de um modelo explicativo sobre a transição para a parentalidade.

A abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979, 1994) propõe que, para compreender o desenvolvimento humano, deve ser considerado todo o sistema ecológico no qual o indivíduo se insere. O sistema é composto por diferentes níveis que englobam desde os relacionamentos do indivíduo com o contexto imediato até os valores e padrões culturais



vigentes. Nessa proposta, o desenvolvimento humano ocorre através de processos de interação mútua, gradualmente complexos, entre um indivíduo, com características biológicas, psicológicas e sociais, e seu contexto.

Os domínios são considerados fontes de informações relevantes para propor explicações sobre os relacionamentos conjugais e parentais de novas mães (C. P. Cowan et al., 1985, 1991). Tendo em vista a especificidade de cada domínio e de suas particularidades durante a transição para a parentalidade, a próxima seção apresentará achados empíricos sobre as mudanças das variáveis em cada domínio e algumas particularidades relacionadas à transição para a maternidade.

### **O Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho e a transição para a parentalidade**

Durante a transição para a parentalidade, diferentes aspectos do cotidiano podem passar por transformações e é possível identificar mudanças em todos os cinco domínios do funcionamento familiar com a chegada do primeiro filho (C. P. Cowan et al., 1985). As mudanças podem ter início no momento em que se confirma a gestação, pois podem ser identificadas novas posturas em relação à conjugalidade e à iminente ampliação da família. Nesta seção, são apresentadas e discutidas tendências à estabilidade e mudanças em variáveis associadas aos cinco domínios presentes na transição para a parentalidade.

No primeiro domínio, que diz respeito às características individuais, a literatura relata que as mães podem vivenciar mudanças em aspectos como a saúde mental (Mckenzie & Carter, 2013; Nelson, 2003) e nos sentimentos e expectativas em relação à gestação e ao bebê (Krob et al., 2009; Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004). A saúde mental está relacionada ao estado de bem-estar em que uma pessoa é capaz de lidar com as dificuldades

comuns do cotidiano, de trabalhar de maneira produtiva e de contribuir com sua comunidade (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2016). A saúde mental materna, geralmente, é investigada pela ocorrência de sintomas de transtornos mentais comuns não psicóticos, tais como alterações do humor, de ansiedade (O'Hara & Wisner, 2014) e, em menor frequência, de sintomas psicóticos (VanderKruik et al., 2017). Os transtornos mentais comuns são compreendidos como as condições associadas a desconforto emocional e que interferem no funcionamento cotidiano, normalmente sem produzir prejuízo para a percepção ou a cognição do indivíduo (Deverill & King, 2009). No presente estudo, a saúde mental materna foi definida operacionalmente pelas medidas para transtornos mentais comuns não-psicóticos e para indicadores de depressão. A depressão é um dos transtornos mais comumente investigados e de maior prevalência durante a perinatalidade, o período compreendido desde a gestação até o fim do primeiro ano de vida do bebê, com taxas de prevalência entre 5 e 33% (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004; Fisher et al., 2012; O'Hara & Wisner, 2014; Paschetta et al., 2014).

O estudo de Parfitt e Ayers (2014) identificou possíveis prejuízos à saúde mental no contexto de transição para a parentalidade. A pesquisa teve como objetivo examinar detalhadamente a transição para a parentalidade e a saúde mental de mães e pais primários e explorar diferenças na transição para a parentalidade quanto ao sexo do cuidador e à saúde mental no período pós-parto. Entrevistas clínicas semiestruturadas foram aplicadas para 46 mulheres e 40 homens cinco meses após o nascimento do primeiro filho.

Durante a coleta, foram avaliados sintomas de ansiedade e depressão pré e pós-parto e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático. Dos participantes, 25% das mães e dos pais relataram ansiedade na gravidez. Após a gravidez, 21% das mães e 8% dos pais relataram ansiedade. Em 11% das mulheres e 8% dos homens, identificou-se depressão pré e pós-parto. O Transtorno de Estresse Pós-traumático foi relatado por apenas 5% dos participantes. Apesar

de tanto mulheres, quanto homens apresentarem problemas de saúde mental, destaca-se que, de todas as condições, somente em ansiedade pós-parto, as mulheres relataram maiores taxas quando comparadas aos homens, o que demonstrou um perfil similar entre mães e pais.

A proposta de Parfitt e Ayers (2014), entretanto, realizou análises sem considerar o efeito de fatores que podem afetar a saúde mental, dificultando o controle de outras variáveis em relação à saúde mental dos pais e mães. O estudo de Mckenzie e Carter (2013) avança na elaboração da pesquisa, quando propõe grupos de pais com diferentes quantidades de filhos, variando de nenhum filho a dois ou mais filhos. O objetivo do estudo foi investigar o impacto da transição para a parentalidade sobre a saúde mental e o sofrimento psíquico. Participaram 6670 pessoas, com idades entre 15 e 60 anos, recrutadas inicialmente para uma pesquisa sobre indicadores de renda e emprego na Nova Zelândia. Os participantes poderiam ser classificados, durante as três fases de coleta, em pais pela primeira vez, pais pela segunda ou mais vezes, com uma criança com menos de um ano, pais de crianças com mais de um ano ou pessoas sem filhos. Os indicadores de saúde geral foram avaliados através do SF-36 Health Survey e do Kessler Psychological Distress, avaliando, respectivamente, sentimentos negativos e positivos e estados emocionais negativos. Na primeira coleta, 130 respondentes eram pais pela primeira vez, na segunda coleta, 150 e, na última, 125 participantes eram pais pela primeira vez. Ao comparar pais pela primeira vez e pessoas sem filhos, as autoras verificaram maiores escores de saúde mental, com maior frequência de sentimentos positivos e menor frequência de sentimentos negativos, e menores escores de sofrimento psíquico para os pais pela primeira vez. No entanto, não houve diferenças na saúde mental e no sofrimento psíquico quando foram comparados pais e mães. As autoras afirmam que, apesar de o modelo oferecido por sua pesquisa considerar diferentes ajustes para variáveis intervenientes, algumas variáveis socioeconômicas não foram contempladas, como a quantidade de adultos residentes no mesmo domicílio. Em decorrência disso, as autoras sugerem que pesquisas futuras

investiguem os impactos das mudanças socioeconômicas sobre a saúde mental de mães e pais durante a transição.

Além do estudo de McKenzie e Carter (2013), a pesquisa de Bassi et al. (2017) não detectou prejuízos à saúde mental durante a transição para a parentalidade em relação a pessoas com outros perfis de paridade. Essa pesquisa teve como objetivo explorar o impacto da paridade e do parto na depressão pós-parto e no bem-estar psicológico maternos. A depressão foi avaliada através da Edinburgh Depression Scale e o bem-estar a partir da Psychological Well-being Scales, que mede autonomia percebida, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, relações positivas, propósito na vida e autoaceitação. Ambas as escalas foram aplicadas durante a gravidez e no pós-parto de 81 mulheres. Ao final da pesquisa, as autoras não identificaram diferenças entre primíparas e multíparas quanto à depressão na gravidez ou no pós-parto, assim como não identificaram mudanças entre as fases para ambos os perfis de paridade. As primíparas relataram, no pós-parto, maiores níveis de bem-estar quanto ao domínio sobre o ambiente e autoaceitação quando comparadas com as multíparas. Destaca-se que apenas 2% da amostra de primíparas no estudo de Bassi et al. estava desempregada e quase metade (48,7%) tinha ensino superior completo.

A gestação, entretanto, oferece desafios e tarefas distintos das exigências comuns ao pós-parto. Em decorrência disso, diferentes estudos compararam as taxas de depressão do pré para o pós-parto e verificaram que as mulheres, independentemente da paridade, tendem a apresentar redução das taxas de sintomas depressivos da gestação até o período pós-natal (Hayes & Muller, 2004; O'Hara & Wisner, 2014; Wu & Hung, 2016) e a mesma trajetória foi identificada para mulheres primíparas (Canário & Figueiredo, 2017; Paulson et al., 2016; Sipsma et al., 2016).

A ausência de resultados quando à identificação de sintomatologia depressiva durante a gestação e o pós-parto, no contexto da transição para a parentalidade, dos estudos de Bassi

et al. (2017) e McKenzie e Carter (2013) pode ser decorrente, tanto, como mencionado, da falta de análise de variáveis como as sociodemográficas, assim como da quantidade reduzida de fases de coleta de dados. As pesquisas que investigam a trajetória de depressão durante a gravidez e o pós-parto em diferentes fases de coleta podem ser mais adequadas à identificação do processo de modificação dos sintomas ao longo da transição.

Dentre as propostas que investigaram a trajetória dos sintomas depressivos de mulheres desde a gestação, o estudo de Paulson et al. (2016) teve como objetivos descrever o curso da depressão em mães e pais desde o terceiro trimestre de gestação até os seis meses pós-parto e examinar a relação entre depressão materna e paterna. Participaram da pesquisa, 78 casais primíparos que residiam em coabitação durante quatro etapas de coleta de dados que ocorreram no terceiro trimestre de gestação e ao primeiro, terceiro e sexto meses do pós-parto. A amostra foi composta, principalmente, por indivíduos com ensino superior, empregados, casados, de classe socioeconômica média alta e com gestações planejadas.

Os sintomas de depressão foram avaliados por duas escalas, a Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) em encontros presenciais, exceto pela primeira entrevista imediatamente posterior ao parto, que foi conduzida através de contatos telefônicos. Os participantes foram classificados como depressivos quando apresentaram escores clínicos, em qualquer uma das medidas, em qualquer fase de coleta. Os resultados demonstraram uma redução dos escores de depressão da gestação até os seis meses pós-parto nas mães. No entanto, a maioria (75%) das mulheres que apresentaram escores clínicos na gestação continuou preenchendo os critérios para depressão ao fim da coleta e, apenas 14% dos casos identificados como não depressivos na gestação apresentou escores clínicos em alguma das etapas posteriores. Desse modo, os autores afirmam que as mulheres primíparas tiveram declínio dos sintomas depressivos da gestação ao pós-parto, mas com estabilidade das taxas de severidade. No entanto, como o

estudo não comparou mulheres primíparas e mulheres com outros perfis de paridade, seus resultados não permitem identificar se as trajetórias das mulheres primíparas são diferentes daquelas apresentadas por outras mulheres.

O estudo de Canário e Figueiredo (2017) contemplou a lacuna presente no estudo de Paulson et al. (2016) e, ainda assim, encontrou resultados similares para as mulheres primíparas. A pesquisa teve como objetivo analisar as mudanças nos sintomas de ansiedade e depressão do início da gravidez até 30 meses pós-parto de acordo com a paridade e o sexo do genitor. A amostra foi composta por 260 casais, em sua maioria portugueses, dos quais 215 completaram até a penúltima fase de coleta e 129 participaram até a última fase. Os participantes tinham idades entre 20 e 39 anos e, mais da metade, eram de níveis socioeconômicos baixo ou médio-baixo, tinham mais de nove anos de escolaridade e estavam na gestação do primeiro filho. A maior parte dos participantes (80,4%) era de pessoas empregadas e de indivíduos casados ou em coabitação (88,4%). Os dados foram coletados através das escalas State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), além de um questionário sobre dados sociodemográficos. As pesquisadoras conduziram seis etapas de coleta, cada uma delas ocorreu, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação, nos primeiros dias pós-parto, aos três e aos 30 meses de vida do bebê. As autoras identificaram que os sintomas depressivos reduziram do primeiro semestre de gestação aos três meses pós-parto e permaneceram estáveis entre os três e os 30 meses do bebê para as mulheres primíparas. Além disso, os resultados também revelaram que as mulheres múltíparas apresentaram mais sintomas de depressão que as primíparas em todas as etapas de coleta de dados. A estabilidade dos sintomas revela o potencial de risco que a depressão durante a gravidez tem para as mulheres, inclusive as primíparas, uma vez que, além de ser um prejuízo à saúde materna durante a gestação, pode também ser um dos preditores de depressão pós-parto (Alvarenga & Frizzo, 2017; Di Florio et

al., 2014; Paschetta et al., 2014; Robertson et al., 2004).

Ainda que os participantes dos estudos de Canário e Figueiredo (2017) e Paulson et al. (2016) tenham perfis socioeconômicos distintos, foram identificadas trajetórias de estabilidade similares para as mães primíparas. Cabe destacar, que a primeira etapa de coleta no estudo de Paulson et al. foi realizada com uma amostra inicial composta por uma alta taxa de indivíduos com depressão. Desse modo, o estudo pode ter tido maior facilidade em identificar trajetórias de estabilidade de sintomas de depressão para uma amostra de indivíduos de classes socioeconômicas médias e/ou altas, o mesmo perfil socioeconômico dos estudos que não identificaram depressão para as mulheres primíparas.

Os resultados de ambos os estudos reforçam, portanto, a necessidade de se investigar o efeito de variáveis socioeconômicas sobre o desenvolvimento de depressão em primíparas. A literatura científica apresenta evidências de que o status socioeconômico, avaliado, principalmente, a partir de renda e escolaridade das famílias, é um preditor para a depressão durante a perinatalidade. As mulheres de baixa renda tendem a experimentar maiores taxas de depressão quando comparadas a mulheres com rendas superiores (Alvarenga & Frizzo, 2017; Bennett et al., 2004; Paschetta et al., 2014; Silva et al., 2010), assim como os países de baixa renda per capita parecem possuir maiores prevalências de depressão para mulheres durante a gravidez (Fisher et al., 2012; Paschetta et al., 2014). Pesquisas brasileiras constataram prevalências de depressão entre 21 e 23% entre as gestantes de baixos níveis socioeconômicos residentes em cidades do Sul e Sudeste (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro, & Schmidt, 2012; Faisal-Cury, Menezes, Araya, & Zugaib, 2009; Silva et al., 2010). Entretanto, nenhum dos estudos apresenta a prevalência conforme a paridade. Além disso, não foram encontradas, na presente revisão da literatura, pesquisas sobre a prevalência de depressão em gestantes residentes em cidades do Nordeste, Norte ou Centro-oeste do Brasil.

Além do status socioeconômico, a multiparidade tem sido apresentada, em pesquisas

realizadas em diferentes países, como uma característica de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão quando comparada à primiparidade (Bassi et al., 2017; Canário & Figueiredo, 2017; Cherif et al., 2017). No Brasil, o estudo de Silva et al. (2010) apresenta evidências para a associação entre o desenvolvimento de depressão e multiparidade. A pesquisa teve como objetivo estimar a prevalência de depressão, bem como fatores clínicos e características demográficas associados em grávidas assistidas por meio do sistema público de saúde de um município do Sul do Brasil. Foram selecionadas 1.264 gestantes, com idades entre 12 e 46 anos. Das participantes, mais da metade tinha escolaridade de, no máximo, ensino médio incompleto (69,6%), era múltipara (56,5%), de nível socioeconômico médio (53,6%) ou baixo (36,6%), residia em coabitação com o genitor do bebê (73,7%) e não tinha emprego formal (69%). Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e a Edinburgh Postnatal Scale (EPDS). A prevalência constatada foi de 21,2% de depressão na população investigada, independentemente da paridade. Os autores também verificaram que a ocorrência de depressão durante a gestação se relacionou, dentre outros fatores, com maior idade, baixa escolaridade, multiparidade, falta de coabitação com o pai do bebê ou parceiro, baixo status socioeconômico e desemprego.

A falta de planejamento ou gestações indesejadas configuram-se enquanto outras características individuais associadas ao risco de depressão na perinatalidade. Entretanto, apesar de haver ampla produção científica referente à relação entre depressão e gestações não planejadas ou indesejadas, as pesquisas não aprofundam a discussão sobre a relação entre essas variáveis (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016; Dudas et al., 2012; Fisher et al., 2012; Lancaster et al., 2010; Paschetta et al., 2014). Ainda assim, é importante investigar a relação entre gestações não planejadas ou indesejadas e saúde mental no contexto da transição para a parentalidade, por que a gestação tende a produzir sentimentos e expectativas particulares a essa transição que podem ser particularmente conflituosos quando a gravidez se



estabelece de maneira repentina, assim como pode gerar sentimentos de rejeição.

A experiência de se tornar mãe parece ser um fenômeno que tende a produzir sentimentos e expectativas associados à gestação e à maternidade comuns para mulheres em diferentes faixas etárias (Levandowski & Piccinini, 2006). A experiência de mães com relação à transição para a parentalidade foi apresentada por Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) que investigaram as expectativas e os sentimentos de 39 gestantes primíparas em relação ao bebê. As expectativas quanto às características psicológicas do bebê, eram de que fossem semelhantes a um ou a ambos os genitores e, algumas delas relataram sentimentos de exclusão, quando acreditavam que o sexo do bebê poderia indicar um relacionamento pai-bebê mais próximo que o relacionamento com a mãe. As mães também demonstraram preocupações relacionadas à saúde do bebê, referente a aspectos como malformação ou prematuridade. As preocupações com a saúde ocorriam em conjunto com sentimentos de culpa ou medo de ter agido de alguma maneira na gestação que pudesse prejudicar a saúde do bebê. Os autores afirmam que as expectativas e os sentimentos sobre sexo, nome, temperamento, interação e saúde do bebê possivelmente auxiliaram as mães a compreender o bebê. Os autores ainda afirmam que os seus dados contrariam a literatura. Aparentemente, ao final da gestação, as mães apresentariam menos expectativas quanto às características imaginadas do bebê, para dar lugar à descrição de características identificadas através de exames e da experiência. No entanto, as gestantes pareciam aumentar as expectativas e sentimentos com base nos dados reais sobre o bebê.

Como foi possível notar, a síntese dos estudos revisados sobre a depressão materna mostram que, de maneira geral, as mulheres tendem a ter maior sintomatologia depressiva durante a gestação do que no período pós-parto (Canário & Figueiredo, 2017; Hayes & Muller, 2004; O'Hara & Wisner, 2014; Paulson et al., 2016; Sipsma et al., 2016; Wu & Hung, 2016) e as primíparas tendem a ser menos vulneráveis ao desenvolvimento de depressão que

as mulheres múltíparas (Bassi et al., 2017; Canário & Figueiredo, 2017; Silva et al., 2010). As pesquisas apresentam resultados contraditórios quanto às características que tornam as futuras mães vulneráveis aos prejuízos para a saúde mental. Ainda que os resultados sejam inconsistentes, diferentes pesquisas parecem ser consensuais quanto à necessidade de se investigar variáveis socioeconômicas (Bassi et al., 2017; Kluwer, 2010; McKenzie & Carter, 2013), a ocorrência de gestações não planejadas ou indesejadas e suas relações com a saúde mental das mães (Biaggi et al., 2016; Dudas et al., 2012; Fisher et al., 2012; Lancaster et al., 2010; Paschetta et al., 2014). Dessa maneira, o aprofundamento das investigações sobre as características das mulheres primíparas, principalmente as de baixa renda ou escolaridade, pode permitir o esclarecimento dos motivos relacionados à redução da qualidade da saúde mental em uma parcela de mães durante a transição.

É importante destacar que, culturalmente, a maternidade apresenta desafios distintos para as mães, quando comparadas aos pais (Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmäki, 2000; M. L. Vieira et al., 2013, 2014) e que existem evidências de mães relatarem maiores escores em depressão e ansiedade quando comparados aos escores de pais (Canário & Figueiredo, 2017; Parfitt & Ayers, 2014; Rollè et al., 2017; Vismara et al., 2016). Nessa perspectiva, faz-se necessário avaliar a negociação de responsabilidades de cuidado e provimentos da família entre homens e mulheres no momento da chegada de um bebê. Assim, aspectos culturais parecem ser preponderantes para a compreensão das mudanças no segundo domínio, referente às relações conjugais.

A conjugalidade pode ser definida como a união entre duas pessoas, independentemente de contrato formal, caracterizada por relações afetivo-sexuais e de intimidade em que seus membros podem exercer e negociar diferentes funções para a manutenção da unidade familiar (Féres-Carneiro, 1998; Nascimento, Scorsolini-Comin, Fontaine, & Santos, 2015). A sexualidade, as maneiras como as pessoas se sentem com o

outro e com o relacionamento, como comunicam seus sentimentos e interesses e como se posicionam frente às demandas cotidianas são componentes da conjugalidade (Féres-Carneiro, 1998; Mosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006; Olson, 2000). No presente estudo, a conjugalidade será investigada operacionalmente através das noções de ajustamento diádico e de comunicação do casal.

Uma das medidas da qualidade do relacionamento de um casal é a satisfação conjugal, que pode ser compreendida como um resultado da comparação entre as experiências conjugais e as expectativas individuais de cada um dos cônjuges sobre o casamento (Scorsolini-Comin & Santos, 2009). A satisfação conjugal tem sido amplamente associada a uma trajetória de declínio, ao longo do período de transição para a parentalidade, especialmente após o nascimento do bebê (Doss & Rhoades, 2017; Doss et al., 2009; Lawrence et al., 2008; van Scheppingen, Denissen, Chung, Tambs, & Bleidorn, 2017). A redução da satisfação conjugal comum nesse período foi investigada pelo estudo de Lawrence et al. (2008). O objetivo dessa pesquisa foi discriminar entre duas perspectivas dominantes nas pesquisas sobre a natureza das mudanças conjugais durante a transição para a parentalidade: (a) transição como iniciadora de um processo de mudanças no qual se espera que os casais experienciem alterações qualitativas em seu relacionamento de modo relativamente repentino, com certa magnitude e que tende a persistir e (b) transição compreendida enquanto um período passageiro de desenvolvimento das famílias. Para tanto, os autores procuraram compreender os papéis de variáveis que não são controladas em alguns estudos sobre a transição para a parentalidade, como o momento do nascimento do bebê em relação ao tempo de casamento e o uso de grupo comparação (com casais sem filhos). Participaram 156 casais casados, 52 deles sem filhos e 104 que tiveram o primeiro filho durante a pesquisa. No início da pesquisa, as mulheres tinham média de idade aproximada de 26 anos e 16 anos completos de escolaridade, enquanto os homens tinham média aproximada

de 28 anos de idade e de 16 anos de escolaridade. A coleta foi realizada em quatro fases. O primeiro momento foi antes da gestação, durante os primeiros seis meses de casamento, o segundo ocorreu um mês antes do nascimento do bebê, o terceiro aos seis meses do bebê e o último período de coleta foi aos 12 meses de vida da criança. Para os casais sem filhos, a coleta ocorreu em períodos temporalmente equivalentes àqueles adotados para os casais primíparas. Para avaliar a satisfação conjugal, os participantes responderam ao The Quality of Marriage Index, um instrumento que possui seis itens referentes à percepção global da satisfação conjugal para cada cônjuge. Os cônjuges avaliaram a extensão em que concordavam com as afirmativas relativas ao seu relacionamento. Todos os casais, independentemente do status parental, apresentaram redução da satisfação conjugal ao longo das fases de coleta. Ao comparar o grupo dos casais com filhos com o grupo de participantes voluntariamente sem filhos, notou-se que os casais que tiveram filhos apresentaram redução da satisfação conjugal maior. Além disso, quanto maior a satisfação conjugal antes da gravidez, menores as taxas de redução da satisfação durante a transição.

O estudo de van Scheppingen et al. (2017), além de utilizar medidas repetidas como o estudo de Lawrence et al. (2008), tem como vantagem a comparação entre primíparas e múltíparas com diferentes perfis de paridade. A pesquisa teve como objetivo examinar as associações entre autoestima e satisfação conjugal durante a transição para a parentalidade. Participaram 84.711 mulheres norueguesas que foram divididas em grupos conforme o perfil de paridade: (a) mães com um filho, (b) mães com dois filhos, (c) mães com três filhos e (d) mães com quatro ou mais filhos. Durante a gestação, a média de idade das participantes foi, aproximadamente, 30 anos, a maioria delas (60,5%) tinha ensino superior completo, possuía emprego remunerado (90,1%) e estava em coabitação ou casada com o genitor do bebê (96,3%). As gestações não planejadas foram identificadas em 19,5% dos casos. A autoestima das participantes foi avaliada através de uma versão reduzida da Rosenberg Self-Esteem

Scale, com quatro itens que abordavam aspectos como sentimento de inutilidade e atitudes positivas direcionadas a si mesma. A satisfação conjugal foi avaliada a partir de um instrumento validado para a população norueguesa com itens que abordavam aspectos como problemas com o parceiro e felicidade na relação. As medidas foram realizadas em cinco etapas de coleta, às 18<sup>a</sup> e 30<sup>a</sup> semanas de gestação e aos seis, 18 e 36 meses de vida do bebê. Para as mães primíparas, foi constatada uma trajetória de satisfação conjugal que começava com um pequeno aumento durante a gestação, seguido pelo decréscimo com maior taxa de redução no período próximo ao parto em comparação com a redução gradual nos anos seguintes. Em relação às demais mães, as primíparas tiveram níveis iniciais significativamente maiores de satisfação conjugal seguidos de redução mais acentuada da satisfação a partir do período do parto.

De modo geral, ambos os estudos (Lawrence et al., 2008; van Scheppingen et al., 2017) revelaram que mulheres primíparas experienciam maior redução da satisfação conjugal em comparação com mulheres sem filhos ou com dois filhos ou mais. Supõe-se, a partir desses resultados, que a primiparidade seja um período de maior sensibilidade para a redução da satisfação conjugal. É interessante destacar que o nascimento do primeiro filho parece ter efeitos opostos em relação à saúde mental e à satisfação conjugal. Enquanto a multiparidade é um fator de risco para o prejuízo à saúde mental, o nascimento do primeiro filho parece ter efeitos deletérios maiores sobre a satisfação conjugal do que o nascimento subsequente de outros filhos. Sabe-se que a qualidade do relacionamento prévia à gestação é um dos fatores que influenciam as taxas de decréscimo da satisfação (P. A. Cowan & Cowan, 2016; Lawrence et al., 2008). No entanto, é importante investigar quais outros fatores podem tornar essa população mais vulnerável à deterioração da satisfação com o relacionamento conjugal.

A pesquisa de Trillingsgaard et al. (2014) identificou possíveis preditores para a deterioração da satisfação conjugal. Os autores tiveram como objetivos investigar a função de

fatores não explorados relacionada à vulnerabilidade pré-natal, estresse pós-parto e processos de adaptação pós-parto e investigar qual o melhor modelo para os efeitos combinados dos fatores de risco sobre a satisfação conjugal. Foram recrutados 228 casais primíparos dinamarqueses, todos casados ou em coabitação, com média de idade aproximada de 30 anos e escolaridade de ensino superior completo.

Os participantes responderam aos instrumentos em três momentos distintos: no primeiro trimestre de gestação, aos seis e aos 30 meses pós-parto. Durante a gestação, foram avaliados os fatores de risco das famílias de origem de acordo com divórcio ou separação dos pais dos participantes, baixa qualidade do relacionamento com os pais, violência por parceiro íntimo exercida por um dos pais e abuso de substância psicoativa por um dos respectivos pais do casal. O tipo de apego também foi avaliado durante a gravidez através da Revised Adult Attachment Scale (R-AAS), além de sintomas de depressão e ansiedade, medidos a partir da subescala de ansiedade e depressão da Trauma Symptoms Checklist (TSC). Aos seis meses pós-parto, foram investigados dados sociodemográficos, o sexo do bebê, o planejamento da gravidez e o temperamento do bebê com a subescala Difficult Child da versão reduzida do Parenting Stress Index (PSI-SF). Nessa etapa, também foram avaliadas a comunicação do casal através da subescala comunicação construtiva do Communication Patterns Questionnaire (CPQ-CC) relativa à abordagem de problemas no relacionamento, assim como foi medida a divisão dos cuidados com o bebê a partir da Child Care Task Index (CCTI). A satisfação conjugal foi avaliada, na gestação e aos 30 meses pós-parto, a partir da dimensão satisfação diádica da Dyadic Adjustment Scale (DAS).

Como nos estudos revisados anteriormente, Trillingsgaard et al. (2014) verificaram um decréscimo da satisfação conjugal desde a gestação até os 30 meses pós-parto. Quanto aos preditores, os resultados revelaram que maior ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos, menor tempo de relacionamento e menor frequência de comunicação construtiva predisseram

maiores taxas de declínio da satisfação conjugal ao longo do tempo. Os autores argumentam que a presença de múltiplos fatores de risco torna as famílias ainda mais vulneráveis à deterioração da qualidade do relacionamento do casal. É interessante destacar que a relação entre depressão e ansiedade com satisfação conjugal apresentada nesse estudo é consonante com a proposta de inter-relação das variáveis presente no Modelo dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho e que será desenvolvida na próxima seção.

Enquanto a qualidade do relacionamento pode ser avaliada ainda no início da gestação e ou mesmo antes do planejamento da gravidez, com variáveis como satisfação conjugal e a comunicação do casal, a coparentalidade se estabelece somente após o nascimento do bebê, com o surgimento das demandas de cuidados e de reorganização da vida doméstica para os novos mães e pais. A coparentalidade se refere às maneiras através das quais o casal age conjuntamente em suas funções parentais, dividindo as responsabilidades e apoiando-se mutuamente (Feinberg, 2002; Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini, & Bosa, 2005; McDaniel & Teti, 2012). Logo após o nascimento do bebê, o casal deve se organizar em tarefas de cuidados com a saúde, higiene, segurança e alimentação do bebê, como, por exemplo, amamentar, dar banho, levar a consultas médicas, trocar fraldas, vestir e acalmar o bebê (Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Jain, Belsky, & Crnic, 1996).

Frente às diferentes demandas que o nascimento de um bebê produz para os cuidadores, McDaniel e Teti (2012) examinaram os processos de coparentalidade em relação à qualidade do sono dos pais e dos bebês no primeiro e no terceiro mês de vida. Nesse estudo, a coparentalidade foi avaliada a partir de dimensões que foram classificadas em positivas e negativas. As dimensões positivas foram consenso, proximidade, aprovação ao parceiro e apoio. As dimensões negativas foram exposição a conflito e prejuízo. Também foi avaliada a divisão de tarefas. Entre o primeiro e o terceiro mês de vida do bebê, a percepção da qualidade da coparentalidade, para os pais, aumentou significativamente, mas manteve-se

estável para as mães. Além disso, os pais tendiam a avaliar melhor a qualidade global da coparentalidade quando comparados às mães. Esses achados apoiam, parcialmente, os resultados de Van Egeren (2004) que investigou o desenvolvimento da coparentalidade durante a transição para a parentalidade e as diferenças entre pais e mães. A coparentalidade foi avaliada a partir de um questionário, o The General Alliance Subscale of the Family Experiences Questionnaire, e da observação de uma brincadeira estruturada com ambos os pais. A autora verificou que as trajetórias das experiências de coparentalidade para mães e pais mostraram-se positivas e estáveis ao longo dos seis primeiros meses de vida do bebê, com os pais mais satisfeitos com a coparentalidade quando comparados com as mães. Apesar da diferença entre os estudos quanto ao desenvolvimento das percepções dos pais sobre a coparentalidade, verifica-se um consenso quanto à estabilidade da percepção das mães sobre coparentalidade e de os pais avaliarem a coparentalidade de maneira mais positiva que as mães.

Ainda que sejam da mesma dimensão, a qualidade do relacionamento conjugal e a coparentalidade podem possuir relações de influência mútua entre si (Augustin & Frizzo, 2015; Christopher, Umemura, Mann, Jacobvitz, & Hazen, 2015; Le, McDaniel, Leavitt, & Feinberg, 2016). Por exemplo, Le et al. (2016) tiveram como objetivo examinar associações longitudinais entre qualidade do relacionamento e as dimensões de apoio e enfraquecimento da coparentalidade durante a transição para a parentalidade em uma perspectiva diádica. Os autores recrutaram 164 casais heterossexuais em coabitação durante a gestação do primeiro filho. Os instrumentos, Coparenting Relationship Scale, para avaliar o funcionamento coparental e a subescala amor do Relationships Questionnaire, para avaliar a qualidade do relacionamento conjugal, foram aplicadas em três momentos, durante a gestação, seis meses e três anos pós-parto. A qualidade do relacionamento pré-natal esteve positivamente associada ao apoio coparental e negativamente associada ao enfraquecimento coparental, aos seis meses



e aos três anos do bebê, para ambos os pais. Mas, apenas para as mães, a coparentalidade influenciou os sentimentos sobre o relacionamento conjugal. Os autores sugerem que as mulheres seriam mais propensas a avaliar o desempenho do parceiro nos cuidados com o bebê de uma maneira que esse aspecto interfira na avaliação da qualidade do relacionamento conjugal.

Um estudo brasileiro obteve resultados semelhantes sobre a associação entre a qualidade da relação conjugal de maneira ampla e a coparentalidade em um estudo de caso coletivo com quatro casais (Menezes & Lopes, 2007). As autoras tiveram como objetivos compreender a avaliação de cada casal acerca de sua relação conjugal em diferentes momentos da transição para a parentalidade e categorizar a interação comunicacional estabelecida pelos casais durante as entrevistas realizadas nos diferentes momentos da transição para a parentalidade. Participaram quatro casais que estavam casados durante a gestação do primeiro filho durante a fase de recrutamento. As mulheres não tiveram problemas de saúde durante a gestação e todos os participantes tinham idades entre 20 e 30 anos. Foram realizadas entrevistas com cada casal, em cinco períodos, no terceiro trimestre da gestação e aos três, oito, 12 e 18 meses de vida do bebê. As entrevistas durante a gravidez abordaram aspectos como a história do casal e da gestação, e as entrevistas posteriores investigaram a vida familiar, a parentalidade e a conjugalidade nos respectivos períodos da vida do bebê.

Inicialmente, em seus resultados, as autoras destacaram que a satisfação conjugal antes do nascimento do primeiro filho esteve associada à maneira como os casais enfrentaram as demandas da transição para a parentalidade. Com isso, os casais foram divididos em dois grupos para a discussão dos dados: o grupo dos casais com envolvimento emocional e o grupo dos casais sem envolvimento emocional antes da transição. Quanto à associação entre satisfação e coparentalidade, nos casais afastados emocionalmente, as mães exerciam os

cuidados com os bebês de maneira integral, enquanto os pais tornavam-se progressivamente ausentes da função parental. Por outro lado, nos casais envolvidos, além de as mães exercerem as atividades de cuidado, os pais assumiram o cuidado, de modo que as mães não expressaram queixas sobre a ausência dos pais e sobrecarga. Os resultados sobre a comunicação revelam que os casais envolvidos emocionalmente tiveram aumento das falas de apoio ao longo da transição, enquanto as falas de não-apoio e conflito, inicialmente pouco frequentes, reduziram ao longo do desenvolvimento do bebê. Nos casais distantes emocionalmente, as categorias de apoio tornaram-se escassas ao longo do tempo, enquanto as de não-apoio e conflito tornaram-se cada vez mais frequentes ou mantiveram valores próximos aos iniciais, a depender do participante. Apesar de o estudo de Menezes e Lopes (2007) utilizar uma amostra pequena, seus resultados oferecem dados referentes a famílias brasileiras. Além disso, a pesquisa também oferece indícios interessantes e equivalentes aos achados internacionais sobre a associação de três fatores comuns à dimensão conjugal: a satisfação conjugal, a coparentalidade e a comunicação do casal.

Nota-se, assim, que achados internacionais e nacionais revelam associações, durante a transição para a parentalidade, entre as características prévias da relação do casal, a satisfação conjugal, a comunicação do casal e a coparentalidade. Feinberg (2002) discute que a coparentalidade de alta qualidade envolve uma parceria baseada em consenso mútuo. Ele afirma que mais relevante que o cumprimento de arranjos prescritos sobre a divisão de tarefas do casal, é a satisfação com a equidade e aceitação da divisão, além dos processos através dos quais o acordo é alcançado. No entanto, a divisão de responsabilidades tem influências culturais dos papéis tradicionais de gênero que devem ser destacadas (Kleven, Landais, & Søgaaard, 2018; M. L. Vieira et al., 2013; Yavorsky, Kamp Dush, & Schoppe-Sullivan, 2015), pois os homens tendem a estar mais satisfeitos com a coparentalidade, provavelmente por creditar às mulheres maior volume de responsabilidades no cuidado com o bebê. Nesse

contexto, cabe ainda destacar a escassez de pesquisas relacionadas à relação de casais de baixa renda e escolaridade. Os estudos revisados nessa seção representam, em sua maioria, pesquisas internacionais, de países com melhores indicadores socioeconômicos do que aqueles apresentados pelo Brasil, com famílias com alta escolaridade e renda média ou alta. Uma revisão sistemática recente (Rosado & Wagner, 2015), apesar de não abordar especificamente a transição para a parentalidade, confirma a escassez de produção nacional, em geral, que utilize os conceitos de qualidade, ajustamento e satisfação conjugal em seus resultados ou discussões.

A qualidade do relacionamento conjugal também se associa ao desempenho dos pais no relacionamento com seus filhos. O conceito de transbordamento (*spillover*) representa a relação de influência entre conjugalidade e parentalidade. Hameister et al. (2015), afirmam em sua revisão sistemática, que investimentos na conjugalidade favorecem as práticas parentais facilitadoras do desenvolvimento socioemocional, enquanto o conflito conjugal, quando não bem manejado, expõe os filhos a práticas parentais de qualidade inferior.

As pesquisas sobre variáveis ligadas ao terceiro domínio, que focaliza mais detidamente a parentalidade, têm analisado as interações pais-bebê utilizando conceitos como práticas de cuidado (Martins et al., 2010), comportamentos parentais positivos (sensibilidade, afeto positivo e apoio à exploração), comportamentos parentais negativos (irritabilidade, raiva e hostilidade direcionados ao bebê) (Feinberg, Kan, & Goslin, 2009), apoio afetivo/emocional, entre outros (Doherty, Erickson, & LaRossa, 2006). No terceiro domínio, além das práticas, também é considerado o estresse parental, ou qualquer outro fenômeno diretamente relacionado à interação pais-bebê (C. P. Cowan et al., 1985).

Como dimensões da parentalidade, Ohashi e Asano (2012) avaliaram a consciência sobre a criança e a consciência de si a partir de variáveis como satisfação parental, preocupação com a criança, relacionamento com a sociedade e práticas parentais. O objetivo

da pesquisa foi explorar a transição para a parentalidade de mães e pais primíparos entre o nascimento e o décimo segundo mês do bebê. Foram selecionados 78 participantes, sendo 41 mães e 37 pais. Após o contato inicial com as mães nas maternidades, durante o período de recuperação do parto, os participantes responderam ao Scale of Early Childrearing Parenthood (SECP) no primeiro, terceiro, sexto e décimo segundo mês pós-parto. Os resultados apontaram para um aumento significativo de consciência e realização do papel parental entre um e três meses de vida do bebê, com posterior estabilização. A consciência sobre a criança também aumentou significativamente entre o primeiro e o terceiro mês, sem alterações posteriores. As autoras discutem a hipótese de que os primeiros meses de vida do bebê constituem o período em que o desempenho dos papéis parentais se estabelecem. Desse modo, as autoras sugerem que esse seja um período adequado para a realização de intervenções preventivas direcionadas à parentalidade.

A maneira como as mães interagem com os filhos durante a transição para a parentalidade pode estar relacionada aos estressores associados a uma gestação não esperada. A pesquisa de Claridge, Lettenberger-Klein e VanDonge (2015) teve como objetivo examinar a associação entre a intenção de engravidar com práticas maternas positivas. Participaram do estudo 682 mães primíparas, recrutadas durante a gestação, que foram classificadas, quanto à intenção de engravidar, com intenção e sem intenção de engravidar. As práticas educativas maternas foram avaliadas através de observações da interação mãe-bebê aos 18 meses. As práticas positivas foram avaliadas com práticas responsivas, de afeto positivo, de ensino ou de interação verbal. As mães com maior escolaridade durante a gestação demonstraram mais práticas positivas aos 18 meses. Não foi verificada, para as mães que esperavam a gravidez, relação direta entre intenção de engravidar e práticas positivas, no entanto, as mães que relataram gravidez inesperada demonstraram menor frequência de práticas positivas. Além disso, a escolaridade moderou significativamente a associação entre intenção de engravidar e

práticas maternas positivas de maneiras distintas. Verificou-se que, para as mães sem ensino médio, havia uma associação negativa, de maneira que a intenção para engravidar relacionou-se com menor frequência de práticas positivas. Por outro lado, para as mães com ensino superior, a relação mostrou-se positiva, de modo que a intenção para engravidar relacionou-se com maior frequência de práticas positivas.

Além do período em que os papéis parentais começam a ser exercidos, diferentes dimensões da parentalidade relacionam-se promovendo ou dificultando as relações parentais. A parentalidade se caracteriza, portanto, enquanto um processo multifacetado, que pode variar para pais e mães. O relacionamento entre pais e filhos pode ser influenciado pelas maneiras como os pais interagiram com os seus próprios genitores, mantendo formas de interação ou modificando-as conforme o contexto atual (Marin, Martins, Freitas, Lopes, & Piccinini, 2013; Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006). As relações intergeracionais também influenciam a transição para a parentalidade de outras maneiras.

O quarto domínio considera o relacionamento dos pais com os seus próprios genitores durante a transição para a parentalidade, que pode ser caracterizada como um período de reconciliação para alguns pais, enquanto, para outros, a transição pode fazer ressurgir tensões e conflitos familiares anteriores à gestação (C. P. Cowan et al., 1991). Em contextos específicos, como a gravidez na adolescência, o relacionamento intergeracional pode se tornar uma fonte de apoio para os cuidados e fonte de modelos iniciais para a criação do bebê (Dallas, 2002). A aproximação dos pais em relação aos seus genitores pode ocorrer, portanto, por motivos afetivos, como aproximação, e/ou por formas mais instrumentais de apoio, como o cuidado de crianças (Swartz, 2009). As formas instrumentais são ainda mais comuns quando a família enfrenta dificuldades financeiras, ou quando os avós podem assumir o papel de cuidador primário (Swartz, 2009). No entanto, a literatura tende a tratar esse domínio em pesquisas que investigam a idade adulta de forma mais abrangente, sem se restringir ao

período da transição para a parentalidade (Hartnett, Furstenberg, Birditt, & Fingerman, 2013), ou relacionando a intergeracionalidade com outros domínios (Florsheim et al., 2003; Krob et al., 2009; Perren, Wyl, Burgin, Simoni, & Klitzing, 2005).

O quinto e último domínio refere-se aos contatos e relações com pessoas externas à família, que também podem auxiliar os pais durante a transição. Apesar da possível redução de contatos sociais em decorrência dos cuidados e responsabilidades relacionadas ao bebê (Wrzus, Hänel, Wagner, & Neyer, 2013), pode haver aumento do apoio psicológico percebido pelas mães e aumento do apoio material e financeiro aos pais (Dessen & Braz, 2000) durante a transição para a parentalidade. Por exemplo, Dessen e Braz (2000) entrevistaram quinze casais de pais, com o objetivo de descrever as transformações na rede de apoio durante transições decorrentes do nascimento de filhos. A entrevista abordou aspectos como alterações da rede de apoio entre gestação e nascimento, participação e apoio do parceiro. Também foi utilizado um questionário para avaliar dados sociodemográficos e características da rede social. As mães relataram aumento do apoio psicológico, com início ainda na gestação e os pais relataram aumento do auxílio material e financeiro. As principais fontes de apoio social foram familiares, conhecidos, instituições e profissionais. As autoras sugerem que as alterações na rede social e de apoio dependem das relações intrafamiliares e do contexto social em que cada família se insere. A relação entre rede de apoio social e funcionamento familiar oferece destaque para o caráter de influência mútua entre as variáveis dos diferentes domínios.

Nota-se, portanto, que a transição para a parentalidade é uma tarefa desenvolvimental complexa e, em uma perspectiva cultural, espera-se que ela demande mais das mulheres (M. L. Vieira et al., 2013). Apesar de haver, atualmente, uma redefinição da identidade dos homens em relação ao cuidado com os filhos, na qual coexistem o papel de provedor e o papel de figura de cuidado e afeto, a tradicionalização dos papéis ainda predomina nos contextos de

transição (Kleven et al., 2018; Vanalli & Barham, 2000; M. L. Vieira et al., 2014; Yavorsky et al., 2015). Em geral, a transição tende a ser mais lenta e relacionada ao papel de provedor no caso dos homens, enquanto as mulheres têm mudanças mais amplas, com redução da atividade laboral remunerada, de maneira que os cuidados com o filho podem passar a ocupar um lugar central nas suas tarefas cotidianas (C. P. Cowan et al., 1985, 1991; Salmela-Aro et al., 2000).

Quanto aos demais domínios, mães e pais parecem tornar-se progressivamente mais conscientes da função parental no início da vida do bebê (Ohashi & Asano, 2012) e a qualidade das interações com os filhos pode ser prejudicada frente a estressores como a ocorrência de uma gestação não esperada (Claridge et al., 2017). Além disso, as maneiras como as mães e os pais interagem com seus próprios genitores e com sua rede social interferem na qualidade da transição, pois tais interações podem se caracterizar como fonte de novos conflitos, ampliação ou, ainda, redução de apoio (C. P. Cowan et al., 1991; Gnazzo, Guerriero, Di Folco, Zavattini, & de Campora, 2015). No entanto, como tanto a saúde mental, quanto a conjugalidade antecedem o estabelecimento da função parental, investigar a saúde mental materna e suas associações com o relacionamento conjugal, ainda no período pré-natal, pode permitir o favorecimento da qualidade de vida da mulher, assim como, proteger o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, a próxima seção visa ao aprofundamento da discussão sobre as associações entre saúde mental materna e conjugalidade.

### **Relações entre saúde mental materna e conjugalidade de mulheres primíparas**

As variáveis relacionadas no Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho, como as descritas na seção anterior, não têm efeito restrito a cada um de seus domínios, estabelecendo relações de mútua influência. A literatura já apresenta, por exemplo,

pesquisas relacionando os domínios individual, conjugal e social (Woolhouse, McDonald, & Brown, 2012), individual, parental e social (Widarsson, 2012), individual, intergeracional e social (Knoester & Eggebeen, 2006) e conjugal, parental e intergeracional (Florsheim et al., 2003). No entanto, os estudos parecem se concentrar mais nas associações entre as características individuais e a qualidade do relacionamento conjugal (Biehle & Mickelson, 2012; Flykt et al., 2014; Heinicke, 2002).

Um exemplo de investigação sobre a relação entre características individuais e a qualidade do relacionamento conjugal é a pesquisa de Biehle e Mickelson (2012). As autoras abordaram a saúde mental de mães e pais e suas expectativas pré-natais em relação à satisfação conjugal e à divisão dos cuidados com o bebê, que são variáveis do domínio conjugal. As autoras tiveram como objetivos: (a) comparar as expectativas pré-natais com a divisão dos cuidados com a criança e o engajamento em brincadeiras no pós-parto, (b) comparar a influência da relação entre divisão dos cuidados e expectativas violadas sobre a satisfação e a depressão pós-parto e (c) examinar o papel de violações persistentes das expectativas sobre a satisfação conjugal e os sintomas de depressão.

A coleta de dados foi realizada em três momentos, no terceiro trimestre de gestação, no primeiro e no quarto mês do bebê. Os participantes foram 104 casais primíparos que responderam ao Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) para identificar sintomas depressivos, ao The Relationship Assessment Scale, para avaliar a satisfação conjugal, e a um instrumento construído pelas autoras para avaliar a divisão das atividades de cuidado com o bebê a partir das categorias alimentar o bebê, trocar fraldas e roupas, tranquilizar a criança, acordar à noite e lavar as roupas do bebê. Para identificar as expectativas violadas, as autoras perguntaram aos casais se a divisão de brincadeiras e tarefas de cuidado no pós-parto correspondia às expectativas que tiveram durante a gestação. As violações ocorreram em sentidos opostos, com as mães participando mais do que os pais



havia antecipado em suas expectativas, enquanto os pais participaram menos das atividades do que as mães haviam antecipado.

Em relação à divisão de atividades, os pais relataram que as mães exerciam mais atividades de cuidado e de brincadeiras, no primeiro mês do bebê, do que eles esperavam. Por outro lado, as mães informaram que os pais participaram menos das atividades de cuidado e de lazer, no mesmo período, exceto pela troca de fraldas e roupas, atividades nas quais as mães percebiam um grande envolvimento dos pais equivalente ao esperado. Entre o primeiro e os quatro meses do bebê, os relatos sobre as expectativas não correspondidas referiam-se, em sua maioria, a acordar à noite e a tranquilizar o bebê.

Quanto às influências da divisão do cuidado e das expectativas violadas sobre a depressão e a satisfação conjugal, verificou-se que, ao primeiro mês de vida do bebê, quanto mais as mães se engajavam nos cuidados, menos depressão os pais relatavam. Para mães, no mesmo período, quanto mais os pais brincavam com os bebês, menos sintomas de depressão e maior satisfação conjugal apresentavam. Ao analisar a relação entre as expectativas, os sintomas de depressão e os indicadores de satisfação, identificou-se que quanto mais as mães se engajavam em atividades de cuidado, menos sintomas de depressão foram relatados pelos pais. No mesmo sentido, quanto mais brincadeira dos pais com os bebês, menos frequentes foram os relatos de sintomas de depressão por parte das mães e maior sua satisfação conjugal. Pais com expectativas violadas, quanto aos cuidados infantis, no primeiro mês ou aos quatro meses, relataram maior satisfação conjugal, pois as mães trabalharam mais do que o esperado no cuidado com os bebês, reduzindo o volume de responsabilidades para os pais. As expectativas violadas deles, relacionadas às brincadeiras das mães com a criança, estiveram associadas com menor satisfação conjugal. As mães com expectativas violadas quanto às brincadeiras dos pais com o bebê relataram menos depressão no primeiro mês. Aos quatro meses do bebê, as expectativas violadas das mães sobre cuidados relacionaram-se com menor

satisfação conjugal e maior depressão.

A relação entre expectativas no primeiro mês e aos quatro meses indica que expectativas não correspondidas sobre cuidados, no primeiro mês, estiveram relacionadas com maiores sintomas de depressão aos quatro meses para as mães. Para os pais, expectativas não correspondidas sobre cuidados, no primeiro mês, estiveram relacionadas com mais satisfação aos quatro meses. Do mesmo modo, ao avaliar o impacto da violação persistente das expectativas sobre cuidados, no primeiro e aos quatro meses, nota-se que, para mães, a violação esteve associada com maior depressão. No que diz respeito à violação das expectativas sobre brincadeiras, isso esteve associado a menor satisfação. Para os pais, somente a violação persistente quanto aos cuidados esteve associada a mais satisfação conjugal aos quatro meses. As autoras destacam que a violação de expectativas prediz o risco de depressão e de satisfação conjugal em sentidos diferentes para pais e mães, por isso as expectativas não correspondidas estão relacionadas a processos prejudiciais à saúde das mães e, por outro lado, relacionadas a processos que protegem a saúde dos pais.

O risco de depressão para pais e para mães também está associado ao padrão e à qualidade do sono durante a noite. McDaniel e Teti (2012), mencionados na seção anterior, examinaram os processos de coparentalidade em relação à qualidade do sono dos pais e dos bebês no primeiro e no terceiro mês de vida. O padrão do sono de bebês foi avaliado a partir de um diário preenchido por ambos os pais e a qualidade do sono dos pais foi avaliada a partir de entrevistas por sete dias consecutivos. Os sintomas de depressão foram avaliados a partir da subescala de depressão do Symptom Checklist-90-R. As mães, quando comparadas aos pais, afirmaram acordar mais vezes à noite, possuir mais sintomas depressivos, menor qualidade do sono e perceberam a qualidade da coparentalidade de maneira inferior. Comparando o primeiro com o terceiro mês, houve redução das vezes em que os bebês e os pais acordavam à noite, com conseqüente aumento da qualidade do sono dos pais. O relato de

sintomas depressivos pelas mães também reduziu, apesar de não haver mudanças para os pais.

A frequência de vezes que o bebê acordava à noite predisse a frequência das vezes que os pais acordavam que, por sua vez, predisse a qualidade do sono dos pais, sintomas depressivos elevados e qualidade percebida de coparentalidade inferior. Adicionalmente, maior qualidade percebida da coparentalidade no primeiro mês predizia redução dos sintomas de depressão aos três meses. Após o controle de variáveis como escolaridade, renda dos pais e temperamento infantil, notou-se que o padrão de sono infantil é um fator estressor para os pais durante os primeiros meses da transição para a parentalidade.

As relações entre saúde mental do casal e a qualidade do relacionamento conjugal, por sua vez, podem estar associadas a variáveis de outros domínios. O estudo de Sipsma et al. (2016), por exemplo, teve como objetivo explorar as trajetórias de sintomas depressivos da gravidez até doze meses pós-parto de mães jovens e seus parceiros. As participantes tinham idades entre 14 e 21 anos e estavam entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação durante o recrutamento. Além dos sintomas depressivos avaliados com a Center of Epidemiological Studies – Depression Scale, a satisfação com o relacionamento foi avaliada através do Dyadic Relationship Scale e também foi medido o apoio social, através do Medical Outcomes Study Social Support Survey. As mães jovens apresentaram maiores indicadores de depressão do que seus companheiros durante a gestação, entretanto, houve redução dos sintomas durante o pós-parto. Por outro lado, para os pais jovens, não foram identificadas mudanças significativas na sintomatologia depressiva. Para ambos os pais, a satisfação com o relacionamento e o apoio social estiveram associados com os sintomas elevados de depressão. Os resultados revelaram que quanto maior a satisfação, menores as chances de desenvolver sintomas elevados de depressão. No mesmo sentido, quanto maior o apoio social familiar do participante e de seu parceiro, menores foram as chances de os participantes relatarem sintomas elevados de depressão.

Enquanto o estudo de Sipsma (2016) associou o relacionamento conjugal e a saúde mental ao apoio social, a pesquisa de Rollè et al. (2017) investigou as relações entre estresse parental, saúde mental e ajustamento conjugal de casais com o primeiro filho. Participaram do estudo, 134 casais com bebês saudáveis que responderam, aos 12 meses pós-parto, ao Parenting Stress Index-Short Form, à Edinburgh Postnatal Depression Scale e à State-Trait Anxiety Inventory, além de à Dyadic Adjustment Scale. O estudo revelou que a relação entre o estresse parental e o ajustamento conjugal foi totalmente mediada pela saúde mental dos participantes. Dessa maneira, quanto maior o estresse parental, maiores foram os sintomas de depressão e ansiedade e, por sua vez, quanto mais elevados os sintomas de depressão e ansiedade, menor o ajustamento conjugal em suas dimensões consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto.

A depressão no contexto da transição para a parentalidade também pode prejudicar os padrões de comunicação do casal e a relação conjugal. Frizzo, Silva, Piccinini e Lopes (2011) investigaram, em uma amostra brasileira, a comunicação de casais em que a esposa apresentava indicadores de depressão pós-parto. Os participantes foram 15 casais com idades entre 19 e 53 anos. Oito casais eram de níveis socioeconômicos médio, médio inferior ou baixo e sete casais eram de níveis socioeconômico superior ou médio superior. Todos os casais tinham bebês com idades entre um e 11 meses. Inicialmente, foram utilizados os seguintes instrumentos durante a coleta: uma ficha de dados sociodemográficos e o Inventário Beck de Depressão (BDI) associado a uma entrevista diagnóstica, para a confirmação dos escores obtidos no BDI. Após a confirmação de que todas as mães apresentavam, pelo menos, indicadores de depressão leve, os participantes responderam à Entrevista sobre o relacionamento conjugal, referente à sexualidade, comunicação e sentimentos dos cônjuges em relação aos companheiros e também à Entrevista sobre a Experiência da Maternidade ou da Paternidade.

As mães tiveram dificuldades de se expressar e de se sentirem compreendidas, enquanto os pais relataram que as companheiras não respondiam de maneira adequada aos sentimentos expostos por eles. Apesar de os resultados revelarem que os casais dialogavam sobre problemas, o diálogo geralmente se tornava um conflito entre o casal ou, pelo menos, não auxiliava a resolução de problemas. Os autores discutem que a dificuldade em solucionar conflitos através do diálogo se estabelece possivelmente porque indivíduos com humor deprimido tendem a apresentar padrões de desqualificação e relatos de queixas em relação ao outro. Tal interpretação encontra respaldo na maior frequência de relatos de insatisfações e dificuldades verificados nas entrevistadas.

Ao comparar os estudos de Sipsma et al. (2016) e Rollè et al. (2017) é possível encontrar evidências da relação de influência mútua entre ajustamento conjugal e sintomas depressivos. Enquanto Sipsma et al. apresentaram dados de influência da satisfação conjugal sobre os sintomas depressivos, Rollè et al. identificaram resultados significativos, ainda que de mediação, para a relação de influência dos sintomas depressivos e o ajustamento do casal. De maneira complementar, o estudo de Frizzo et al. (2011) oferece indícios, em uma amostra brasileira, sobre a associação da depressão pós-parto com a qualidade da comunicação e da relação conjugal. Além disso, os estudos de Biehle e Mickelson (2012), McDaniel e Teti (2012), Rollè et al. (2017) e Sipsma et al. (2016), separadamente, revelaram que, apesar de mulheres e homens terem diferentes fatores de risco para a depressão durante a transição para a parentalidade, os tipos de cuidado associados às mães tendem a deixá-las sob maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Geralmente, nesses estudos, as mães apresentaram maiores escores de sintomas de depressão, quando comparadas aos pais.

Diante dos achados da literatura, nota-se que a transição para a parentalidade é um período normativo do desenvolvimento que pode ter diferentes significados e características,

que variam de um contexto de crise a um período eminentemente proveitoso para a família, mesmo que seja um período de desequilíbrio no sistema familiar. O que parece tornar as mulheres mais vulneráveis a prejuízos à saúde mental e à redução da qualidade do relacionamento conjugal não é necessariamente o estabelecimento da função materna, mas o conjunto de condições em que dada transição ocorre. Por exemplo, aquelas mães que têm histórico anterior de depressão, falta de planejamento da gestação, baixa renda, escolaridade e pouco suporte social ou do genitor do bebê tendem a ter maiores dificuldades para manejar as novas situações impostas pela maternidade em comparação às demais mulheres.

Nesse sentido, o motivo de parte das mulheres primíparas sofrerem prejuízos na saúde mental e na qualidade da conjugalidade parece residir em um contexto de transição caracterizado por baixo suporte, menor satisfação conjugal e maior frequência de estressores socioeconômicos. Como a relação conjugal faz parte das condições atuais acessíveis aos profissionais de saúde, em comparação a aspectos como renda e história psiquiátrica, intervir junto ao casal de genitores, visando à promoção da coparentalidade parece ter potencial de proteção de mulheres primíparas em situação de risco para a adaptação à parentalidade. As intervenções no início da transição parecem ser ainda mais importantes, pois podem prevenir a deterioração do relacionamento conjugal e problemas no desenvolvimento infantil. A próxima seção apresenta e discute intervenções preventivas direcionadas à promoção dos contextos de transição para a parentalidade.

### **Intervenções direcionadas à promoção da transição para a parentalidade**

As intervenções com mães e pais durante a transição para a parentalidade caracterizam-se enquanto propostas preventivas, na medida em que ocorrem durante a gestação ou no início do período pós-natal. Essa modalidade de intervenção é direcionada

para indivíduos que, ao vivenciar modificações em sua rotina e em seus papéis sociais, podem tornar-se vulneráveis à redução da qualidade de vida ou do bem-estar, redução de tempo para o casal e para atividades de lazer, redução da renda disponível e da frequência da qualidade do tempo disponível para o casal, assim como da atividade sexual (Krob et al., 2009; Petch & Halford, 2008).

Nas últimas duas décadas, foram produzidos programas direcionados à intervenção com pais e mães, visando ao fortalecimento das relações conjugais ou parentais, no contexto do nascimento do primeiro filho (Petch & Halford, 2008). Entre esses programas, Petch e Halford (2008), em uma revisão sistemática, identificaram 25 ensaios clínicos randomizados de psicoeducação que visavam a auxiliar pais, durante a gestação ou nos seis primeiros meses do pós-parto, em aspectos como o cuidado parental e a relação conjugal. No entanto, ao invés de selecionar e conduzir intervenções com os casais, a maioria das intervenções selecionou mães como público-alvo. Das pesquisas avaliadas, oito abordavam programas universais e 17 foram intervenções de caráter seletivo. As intervenções universais são aquelas direcionadas para qualquer indivíduo esperando o primeiro filho. Os programas de caráter seletivo, por sua vez, são intervenções elaboradas para auxiliar perfis específicos de famílias. Dentre as pesquisas universais identificadas na revisão de Petch e Halford (2008), cinco tiveram como foco melhorar o funcionamento conjugal e três programas privilegiaram melhoras das habilidades parentais. No entanto, a maioria das intervenções universais envolveu famílias com alta escolaridade e, em geral, *follow-up* inferior a um ano. Das cinco intervenções universais que tiveram casais como participantes, quatro apresentaram efeitos preventivos sobre a redução da satisfação conjugal associada à transição para a parentalidade. As intervenções de caráter seletivo, no entanto, foram direcionadas a famílias com alto risco de ajustamento à parentalidade, como baixa renda e baixa escolaridade e tais propostas foram classificadas em dois grupos: (a) programas domiciliares e (b) programas clínicos ou

hospitalares. Em geral, programas clínicos ou hospitalares foram menos bem-sucedidos em promover a parentalidade de mães de alto risco quando comparados aos programas domiciliares. A maioria dos estudos com propostas domiciliares relatou melhoria na parentalidade, tendo como principais resultados: aumento do conhecimento sobre parentalidade, aumento de apego seguro das crianças e da responsividade materna. Dentre os fatores que influenciaram os resultados das intervenções seletivas, verificou-se a frequência das sessões de intervenção e o tempo de duração dos programas, de modo que programas com a frequência mínima de duas sessões mensais e que a realização se mantenha até o segundo ano de vida tendem a ser mais eficazes. Visando ao aprimoramento das propostas com modalidade domiciliar e a ampliar sua eficácia, os autores sugeriram as seguintes estratégias: (a) incluir treinamento de habilidades durante a educação parental, (b) manter contato com os serviços comunitários, (c) focar as dificuldades contextuais das famílias de alto risco (emprego e habitação, por exemplo), (d) focar em um ou dois fatores intensivamente (tais como cuidado infantil e relacionamento conjugal) no lugar de abordar modestamente diversos fatores e (e) incluir indivíduos da rede de apoio social, nos procedimentos da intervenção (preferencialmente, o parceiro).

Uma revisão sistemática mais recente, ainda não publicada, (Oliveira, Alvarenga, & Paixão, 2016) teve como objetivo analisar os efeitos de programas de intervenção desenvolvidos com mães ou pais primários, durante a transição para a parentalidade, relatados na literatura científica. Após consulta nas bases de dados PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science, foram selecionados 18 artigos publicados entre 2010 e 2015, que eram relatos de pesquisas empíricas sobre a avaliação de efeitos de intervenções para indivíduos primários, durante a transição para a parentalidade. Os achados permitiram constatar um aumento do interesse em intervenções direcionadas ao favorecimento do bem-estar de futuros pais e mães e de suas famílias e, ao contrário da



revisão de Petch e Halford (2008), foram caracterizados, principalmente, por amostras de famílias de alta escolaridade e renda.

De maneira geral, predominaram intervenções com casais, em modalidade grupal, conduzidas nos Estados Unidos, com quatro a oito sessões realizadas durante o pós-parto. Nenhuma das duas revisões encontrou pesquisas brasileiras com propostas de intervenção. Apesar da diferença dos instrumentos utilizados nas pesquisas, foram verificados benefícios para a conjugalidade, a parentalidade, a saúde individual dos pais, o desenvolvimento infantil, o apoio social e outros efeitos, como a atenção plena do casal. Os autores constataram que seções de intervenção no período pós-parto parecem ser mais adequadas para o favorecimento da parentalidade e da saúde mental dos pais. Eles sugerem, ainda, que a presença da criança durante os atendimentos pode permitir a ocorrência e a identificação de dificuldades dos pais primários na relação com os filhos, além de possibilitarem a prática de habilidades úteis nas resoluções dessas dificuldades.

Visando ao aprofundamento sobre as características das intervenções, serão detalhadas cinco pesquisas sobre programas de intervenção preventiva internacionais e uma pesquisa que descreve e avalia um programa de intervenção nacional, todos realizados a partir de 2009. Em produções recentes, é possível identificar, além de estudos clínicos randomizados, a produção e a avaliação de programas em estudos com diferentes delineamentos, como propostas *quasi* (Reichle, Backes, & Dette-Hagenmeyer, 2012) ou pré-experimentais (Hooge, Benzies, & Mannion, 2014) e estudos de caso (Murta et al., 2012). O conteúdo desses programas, por outro lado, como sugerido por Petch e Halford (2008), tendem à ênfase em dois fatores da transição, que foram, em sua maioria, as dimensões conjugal e parental (Petch, Halford, Creedy, & Gamble, 2012). Entretanto percebe-se um destaque adicional para dimensões tais como a saúde mental dos pais (Brown et al., 2012; Feinberg, Jones, Kan, & Goslin, 2010), apoio social (Hooge et al., 2014) e aspectos intergeracionais (Murta et al., 2012).

Feinberg et al. (2010) ilustram a ênfase sobre múltiplas dimensões relacionadas à parentalidade, em uma pesquisa com o objetivo de investigar a capacidade de um programa de prevenção psicossocial, o *Family Foundations*, implementado durante programas de educação para o parto, para aprimorar o relacionamento conjugal e coparental, a saúde mental dos pais, o relacionamento pais-criança e aspectos do desenvolvimento infantil. Foram participantes 169 casais durante a gestação do primeiro filho separados aleatoriamente entre as condições intervenção e controle. Os participantes responderam aos instrumentos no final do segundo trimestre de gestação, aos seis, 12 e 36 meses pós-parto. As dimensões avaliadas foram: (a) ajustamento parental, composta por indicadores de estresse, sentimento de eficácia e depressão, (b) relacionamento interparental, composta por indicadores de qualidade da coparentalidade e da satisfação conjugal e (c) parentalidade, composta por práticas de permissividade ou autoritárias.

Para avaliar a eficácia parental foi utilizada a Parenting Sense of Competence scale, composta por 16 itens relativos aos sentimentos dos casais sobre os seus papéis parentais, com uma escala de resposta de sete pontos. O estresse parental também foi avaliado, utilizando-se o instrumento de autorrelato Parenting Stress Index (PSI), com 27 afirmativas nas quais os participantes indicam a sua concordância em uma escala Likert de cinco pontos. Complementando as avaliações sobre o ajustamento dos pais, a depressão parental foi medida através de uma versão reduzida do Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), composta por sete itens relativos aos sentimentos dos participantes na última semana que deveriam ser respondidos em uma escala de quatro pontos que varia de raramente/nenhuma das vezes até sempre/maioria das vezes. Referente ao relacionamento do casal, foi avaliada a qualidade da relação coparental, através da Coparenting Scale, com 31 itens que abordam concordância entre os pais, apoio, desgaste e exposição da criança a conflito interparental. A qualidade do relacionamento conjugal também foi avaliada através

do Quality of Marriage Index, um instrumento de autorrelato com seis itens, cinco dos itens são afirmativas que os participantes devem indicar a concordância em uma escala Likert de sete pontos e um item em que devem avaliar o quanto se sentem felizes, no relacionamento conjugal, em uma escala de um a 10. Os autores também utilizaram a The Parenting Scale, que avalia as práticas disciplinares de pais de crianças entre 18 e 48 meses, para avaliar especificamente práticas permissivas e parentalidade autoritária.

Em relação às crianças, foram utilizados instrumentos relativos a problemas de comportamento, competência social e competência emocional. Os problemas de comportamento foram avaliados pelo Child Behavior Checklist (CBCL), um instrumento de 100 itens, respondidos pelas mães, do qual foram avaliadas as escalas de total de problemas emocionais e comportamentais, problemas internalizantes e problemas externalizantes, além das síndromes agressividade e atenção/hiperatividade. A competência socioemocional das crianças foi avaliada através do Head Start Competence Scale a partir dos relatos maternos. A intervenção foi composta por grupos de nove casais, com oito sessões de duração aproximada de duas horas cada. Metade das sessões foi conduzida antes do parto e as demais após o parto.

O foco do programa é auxiliar os casais a se tornarem cientes das áreas de desacordo antes do nascimento do bebê e a manejar desacordos a partir técnicas de comunicação produtiva, de resolução de problemas e de manejo de conflito. O programa inclui um material limitado sobre cuidados de um bebê, como promoção do vínculo pais-criança, sono e nutrição. A intervenção produziu impacto significativo sobre o estresse e a eficácia parental em todos os participantes, e sobre a depressão de mães não casadas. Os participantes do grupo intervenção tiveram escores significativamente inferiores de estresse parental e maiores de eficácia parental quando comparados aos participantes do grupo controle. As mães não casadas do grupo controle, quando comparadas com as mães do grupo intervenção, apresentaram níveis de depressão significativamente maiores. Quanto ao relacionamento do

casal, foi identificada somente a diferença significativa de satisfação conjugal entre os pais e mães de crianças do sexo masculino, com os participantes do grupo intervenção apresentando maior qualidade do relacionamento quando comparados aos do grupo controle.

Apesar de a intervenção incluir um material limitado sobre a parentalidade, todos os tipos de práticas não facilitadoras do desenvolvimento socioemocional avaliadas apresentaram redução significativa dos valores no grupo intervenção. Quando comparados ao grupo controle, os filhos dos participantes do grupo intervenção apresentaram aumento dos valores de competência social. Dessas crianças, as do sexo masculino apresentaram redução significativa dos escores de total de problemas emocionais e comportamentais, problemas externalizantes, problemas internalizantes, agressividade e atenção/hiperatividade. Por outro lado, o sexo dos pais não apresentou evidências de moderação sobre os resultados. Os autores afirmam que o impacto do sexo da criança sobre o relacionamento conjugal pode estar relacionado a relatos de que os pais tendem a se envolver mais no cuidado de meninos, o que, por sua vez, estaria associado a mais oportunidades de conflito coparental. Assim, o treinamento relativo ao manejo de conflitos pode ter sido vantajoso para esses casais.

Sobre as práticas parentais, os autores argumentam que estresse e baixa eficácia parentais, depressão e falta de suporte coparental podem prejudicar o envolvimento parental. Dessa maneira, o efeito do programa sobre essas variáveis pode elucidar a melhora das práticas parentais, mesmo sem que a intervenção tivesse o foco sobre a parentalidade. Os autores destacam ainda o fato de que os participantes representam uma parcela da população de classe média, com elevado nível de escolaridade. Mesmo que tais amostras não representem famílias em risco, os resultados podem elucidar processos presentes na dinâmica familiar durante a transição e oferecer indícios para o aprimoramento das relações familiares.

As pesquisas que contemplam múltiplos domínios de variáveis, apontam para as características de cada fase da transição para a parentalidade, como o pré e o pós-parto e a

necessidade de avaliar aspectos específicos de cada período. Considerando o período pré-natal, o estudo de Svensson, Barclay e Cooke (2009) teve como objetivo determinar se um novo programa de educação pré-natal com ênfase em conteúdos sobre parentalidade, o *Having a Baby Programme*, poderia aprimorar os cuidados maternos quando comparado a um programa de educação pré-natal convencional. Foram avaliadas, na gestação (antes e após o programa) e oito semanas após o parto, a autoeficácia materna, as preocupações e medo relacionados à gravidez, ao parto, aos cuidados com o bebê, aos relacionamentos e a questões socioeconômicas, o conhecimento percebido das participantes relacionado ao parto, ao cuidado com o bebê e ao papel de mãe. Participaram do estudo 170 parturientes de uma maternidade de referência em Sydney, Austrália. A autoeficácia materna, relacionada às tarefas de cuidado e ao papel parental, foi avaliada através do Pre- and Postnatal Parent Expectations Survey (PES). O PES possui 25 itens que devem ser respondidos a partir de uma escala Likert de 11 pontos, variando de zero a 10, representando, respectivamente, não consigo fazer e certamente consigo fazer. O instrumento possui consistência interna igual a 0,93. As preocupações e os medos relacionados à gravidez, ao parto, aos cuidados com o bebê, aos relacionamentos e a questões socioeconômicas foram medidos através de The Cambridge Worry Scale (CWS). O instrumento é composto por 10 itens que devem ser respondidos em uma escala de seis pontos, de zero a cinco, variando entre não é uma preocupação e uma grande preocupação. O alpha de Cronbach do CWS é de 0,81. As autoras também avaliaram o conhecimento percebido das participantes relacionados ao parto, ao cuidado com o bebê e ao papel de mãe. No entanto, o instrumento não possui indicadores de validade e fidedignidade. As participantes também foram consultadas sobre a qualidade da intervenção.

A intervenção consistia em sete sessões semanais, com duas horas de duração cada, antes do parto, e uma reunião extra seis semanas após o parto. Tanto o grupo intervenção,

quanto o controle tiveram a mesma duração e um número máximo de 11 casais por grupo. O grupo intervenção tinha como proposta um funcionamento distinto do grupo comparação caracterizado pelos seguintes aspectos: (a) todas as sessões abordavam tópicos sobre parentalidade, (b) os participantes com filhos nos primeiros meses de vida discutiam as suas experiências com os demais participantes, (c) havia o oferecimento de modelo de banho com o bebê com um dia de idade e (d) enfatizava estratégias de solução de problemas e propostas de ensino de habilidades a partir de ensaios. Os educadores do hospital frequentaram grupos de treinamento oferecidos pelo hospital e os que conduziram o programa do grupo intervenção passaram por quatro horas adicionais de treinamento direcionado para discutir e praticar o manual, os objetivos e o planejamento das sessões.

Foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos em relação à autoeficácia materna. Apesar de ambos os grupos apresentarem aumento nos valores de autoeficácia ao longo do tempo, o grupo intervenção teve maior diferença entre os escores de antes e após a intervenção. Quanto às preocupações maternas sobre o bebê, não houve diferença significativa entre os grupos, entretanto houve uma tendência geral de redução verificada pela diminuição dos valores de preocupação materna em ambos os grupos. O conhecimento materno percebido apresentou aumento após os programas para ambos os grupos, com posterior redução até oito semanas após o parto. Em relação a essa variável, comparando as medidas de pré e pós intervenção às oito semanas de vida do bebê, o grupo intervenção teve aumento significativo, enquanto o grupo controle apresentou redução do conhecimento materno.

Ao comparar as características dos programas avaliados, o *Having a Baby Programme* e o programa de educação pré-natal convencional, Svensson et al. (2009) sugerem que os cursos pré-natais precisam modificar o foco dos seus componentes, destacando aspectos da parentalidade e dos cuidados rotineiros com o bebê. Analisando o período em que os

programas foram oferecidos, as autoras destacam que as mães se interessam por componentes da intervenção durante a fase pós-natal. Além disso, afirmam que a generalização dos achados do estudo pode ter sido prejudicada, no entanto, por envolver uma amostra composta, primariamente, por mulheres de classe média, com ensino superior e um parceiro estável. Dessa maneira, as autoras sugerem pesquisas sobre as necessidades de mães com diferentes perfis sociodemográficos, como mães solteiras ou adolescentes, por exemplo. É importante destacar que esse estudo comparou um grupo experimental de educação pré-natal com os grupos pré-natais oferecidos convencionalmente em maternidades. Os grupos oferecidos em maternidades são direcionados para diferentes perfis de família e a perspectiva universal do *Having a Baby Programme* permitiu o oferecimento de evidências para o aprimoramento de propostas convencionais oferecidas em maternidades.

O interesse das participantes do estudo de Svensson et al. (2009) em relação aos componentes pós-natais da intervenção orienta a análise das propostas de intervenção na transição para parentalidade quanto aos períodos em que as intervenções são conduzidas. Nesse sentido, é possível identificar pesquisas com diferentes combinações entre os períodos pré e pós-natal. Em sua maioria, as pesquisas conjugam sessões durante o pré e o pós-natal (Feinberg et al., 2010; Murta et al., 2012; Petch et al., 2012; Svensson et al., 2009), no entanto, algumas famílias participam de intervenções exclusivamente durante o pré-natal (Daley-McCoy, Rogers, & Slade, 2015) ou exclusivamente durante o pós-natal (Hooge et al., 2014; Reichle et al., 2012).

O estudo de Brown et al. (2012), avalia um programa com componentes pré e pós-natais e permite a discussão sobre os mecanismos envolvidos na eficácia dos programas e dos impactos de se conduzir intervenções em diferentes momentos da transição para a parentalidade. Brown et al. (2012) examinaram a relação entre o engajamento do participante e os efeitos de uma intervenção preventiva e universal para auxiliar casais a manejar a

transição para a parentalidade ao melhorar a qualidade da relação coparental. Esse estudo teve participantes selecionados da mesma amostra de Feinberg et al. (2010), além dos mesmos procedimentos de coleta e instrumentos, exceto quanto à variável engajamento, que foi medida através de três indicadores: assiduidade às sessões, avaliação dos responsáveis por conduzir o grupo (em uma escala de cinco pontos) e realização das atividades de casa planejadas no fim de cada sessão. Participaram da pesquisa 89 casais heterossexuais, que coabitavam durante a gestação do primeiro filho e que responderam aos instrumentos no final do segundo trimestre de gestação, aos seis, 12 e 36 meses pós-parto. As dimensões avaliadas foram: (a) ajustamento parental, composta por indicadores de estresse, sentimento de eficácia e depressão, (b) relacionamento interparental, composta por indicadores de qualidade da coparentalidade e da satisfação conjugal e (c) parentalidade, composta por práticas de permissividade ou autoritárias.

O engajamento geral dos casais no programa de intervenção apresentou uma relação positiva com a satisfação com o relacionamento, de maneira que a o aumento no engajamento predisse aumento da satisfação. Considerando somente as avaliações feitas no período pós-natal, também foi identificada uma relação positiva entre engajamento e qualidade da coparentalidade, assim como entre engajamento e satisfação com o relacionamento. Em ambas relações, o aumento do engajamento predisse o aumento da qualidade da coparentalidade e a satisfação com o relacionamento no período pós-natal. Não foram identificadas relações significativas entre engajamento e indicadores de ajustamento parental e parentalidade. Os autores afirmam que a relação de predição entre o engajamento pós-natal e a melhora nos relacionamentos interpessoais aprimorados, pode sugerir que o conteúdo e/ou a característica pós-natal das sessões podem contribuir para que os participantes alcancem os resultados esperados. Os autores discutem a possibilidade de as sessões pré-natais introduzirem material menos útil para os casais, enquanto as sessões pós-natais serem mais



efetivas.

No entanto, o conteúdo das sessões pré-natais, que abordam aspectos como comunicação, apoio, resolução de problema e discussão de valores de criação de crianças podem se estabelecer enquanto habilidades iniciais básicas para o desenvolvimento dos elementos abordados nas sessões pós-natais, tais como coordenação das tarefas parentais, assim como podem ter desempenhado um papel importante na colaboração efetiva entre o casal. Dessa maneira, torna-se necessária a análise dos efeitos combinados das intervenções realizadas antes e após o parto. Outra possibilidade discutida envolve os momentos em que as sessões aconteceram. As sessões do período pós-natal ocorreram quando os casais precisavam manejar as demandas decorrentes dos cuidados de um bebê. Assim, o pós-natal pode se constituir enquanto um período crítico para o desenvolvimento de relações coparentais saudáveis para o casal e para o bebê.

Além da relação significativa entre engajamento e relações interparentais, os autores discutem a ausência de relação significativa entre engajamento e ajustamento parental ou entre engajamento e parentalidade. A principal explicação apresentada é a de que o foco da intervenção estava sobre as relações interparentais. Desse modo, as mudanças nas outras variáveis seriam mediadas por mudanças nessas relações. A forma como funciona essa mediação, no entanto, não foi explicada pelos autores.

Por outro lado, não só o período em que as sessões são desenvolvidas, como a extensão do programa parece influenciar na eficácia das intervenções. O estudo de Hooge et al. (2014) teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa de intervenção sobre a parentalidade, o *Baby and You*, no conhecimento parental, humor parental e apoio social, com 159 mães canadenses de crianças entre dois e nove meses de idade. Para tanto, foram utilizados, como instrumentos, antes e após a intervenção, o Parenting Knowledge Scale (PKS), o Parenting Morale Index (PMI) e a Family Support Scale (FSS). O PKS é um

instrumento de autorrelato com sete questões em que os respondentes avaliam os seus conhecimentos em uma escala Likert de 1 (indicando pouco conhecimento) a 5 (indicando muito conhecimento). Os conhecimentos avaliados referem-se à nutrição e ao desenvolvimento infantil, à capacidade de identificar necessidade de atendimento médico, ao impacto do estilo parental sobre o desenvolvimento infantil, à sexualidade no pós-natal, aos recursos e programas para pais e mães na transição e às estratégias para lidar com o choro de crianças. O PMI é um instrumento de autorrelato com 10 itens com o objetivo de avaliar o entusiasmo e a disposição de pais de crianças com deficiências e que tem sido utilizado com mães de estudos com amostra representativa. O FSS é um instrumento de autorrelato com 18 itens com o objetivo de avaliar as percepções de apoio social provenientes de parentesco informal ou formal, itens de organização social, família imediata, serviços profissionais especializados e serviços profissionais genéricos. Apesar de parecer o instrumento mais claro e organizado entre todos aqueles envolvidos no estudo, o FSS possui consistência interna inferior a 0,70. A intervenção consistiu em grupos de oito a 10 mães de bebês entre dois e nove meses, com quatro encontros semanais de duas horas cada. O conteúdo abordado foi depressão pós-parto, cuidados com o bebê, acesso a recursos da comunidade, desenvolvimento infantil, interação e comunicação com o bebê, nutrição e amamentação. Foi identificado o aumento do conhecimento parental. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas nos escores de humor parental e nos de apoio social entre o pré e o pós-teste. Os autores sugerem que o caráter breve da intervenção pode estar associado à ausência de diferenças significativas sobre o apoio social, e que o desenvolvimento de relações de apoio social talvez necessite de um período de tempo maior do que quatro semanas. Dentre as limitações, os autores afirmam que os resultados não indicam quais componentes da intervenção contribuíram para os efeitos observados. Dessa maneira, sugerem que, em estudos futuros, os componentes como educação e promoção de apoio social

sejam analisados separadamente para que a comparação das contribuições relativas de cada elemento possa auxiliar na identificação dos elementos mais efetivos da intervenção.

Os resultados ainda são inconstantes na literatura sobre as intervenções universais, pois essa modalidade possui diferentes configurações e objetivos. A variedade das configurações envolve: (a) diferentes participantes, como casais (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010) ou exclusivamente as mães (Hooge et al., 2014; Svensson et al., 2009) e (b) diferentes objetivos, variando desde intervenções exclusivas sobre uma temática exclusiva com a parentalidade (Svensson et al., 2009) ou um conjunto de domínios (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010; Hooge et al., 2014). Tais características parecem interferir nos resultados e avaliação da eficácia dessa modalidade de intervenção sobre as variáveis relacionadas à interação pais-bebê e ao relacionamento interparental (Gagnon & Sandall, 2007; Piquart & Teubert, 2010).

As intervenções seletivas, mesmo sendo planejadas especialmente para famílias em situações de vulnerabilidade socioeconômica ou de risco para problemas de ajustamento à parentalidade, também possuem perfis heterogêneos de delineamentos, participantes, modalidades de realização e medidas (Petch & Halford, 2008). No entanto, a literatura tem sido consistente ao afirmar que intervenções seletivas são mais eficazes que as universais quando visam ao aprimoramento da parentalidade, ao serem conduzidas em modalidade de visita domiciliar (Petch & Halford, 2008) ou por seu caráter preventivo sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças, principalmente quando conduzidas por profissionais com extensivo treinamento (Piquart & Teubert, 2010).

Tendo em vista que o ajustamento à parentalidade pode ser prejudicado por diferentes aspectos e ter repercussões no funcionamento familiar e no desenvolvimento infantil, Petch et al. (2012) tiveram como objetivo avaliar a efetividade da educação para o relacionamento conjugal sobre a manutenção do funcionamento da relação e sobre a responsividade parental,

assim como avaliar se os benefícios são moderados pelo risco de desajuste na transição para a parentalidade. Participaram da pesquisa 250 casais. Do total de casais participantes, 125 participaram do Couple CARE for Parents (CCP) e os 125 casais restantes participaram do Becoming a Parent Program (BAP), que se constituiu enquanto um grupo controle. Em ambos os subgrupos, processos relativos à relação conjugal e à parentalidade foram medidos. O Dyadic Adjustment Scale (DAS), um instrumento de autorrelato, com 32 itens, foi utilizado para avaliar a satisfação conjugal em todas as fases de coleta e possui alpha de Cronbach de 0,82. A comunicação do casal teve avaliações pré e pós-intervenção através da filmagem de uma interação do casal discutindo sobre um conflito atual do relacionamento durante 10 minutos. Quanto aos aspectos relacionados à parentalidade, o The Parenting Stress Index (PSI), um instrumento de autorrelato, com 36 itens foi aplicado em ambos os pais e mães. O alpha de Cronbach do PSI é de 0,83. A interação pais-filhos foi avaliada a partir de filmagens de interação de brincadeira livre com duração de 15 minutos para cada um dos pais. As interações foram codificadas como responsividade, não-hostil e não-intrusivo com base na Emotional Availability Scales. A satisfação com as intervenções e o risco para problemas de ajustamento futuro à parentalidade também foram avaliados. O risco para problemas de ajustamento futuro à parentalidade foi avaliado através de um modelo acumulativo, contabilizando o número de fatores de risco que cada casal possuía. Os fatores foram: (a) divórcio nas famílias de origem da mãe ou do pai, (b) pais com escolaridade máxima de ensino médio, (c) renda familiar anual igual ou inferior ao equivalente, na época, a aproximadamente R\$ 85.000,00 e (d) a presença de violência pelo parceiro íntimo.

A intervenção se caracterizou enquanto um programa de educação para o relacionamento conjugal, com seis sessões, realizado nos períodos pré e pós-natal, com foco no relacionamento conjugal e na parentalidade. A primeira sessão foi um workshop, com três a cinco casais, que envolveu treinamento de habilidades. A segunda e a terceira sessões foram

domiciliares, com encontros de uma hora e meia, pré e pós-natal respectivamente. As últimas sessões foram realizadas através de contatos telefônicos de trinta a sessenta minutos. Todas as sessões foram conduzidas por parteiras treinadas, que eram supervisionadas mensalmente em grupo e, individualmente, a cada duas semanas. Ao final de cada sessão, deveriam preencher uma lista de verificação das atividades.

Em comparação ao grupo da intervenção controle, uma versão equivalente aos serviços de orientação pré-natal disponíveis na Austrália, as mulheres do CCP apresentaram redução nas categorias de comunicação conflitos e invalidação. Além disso, o risco para problemas de ajustamento futuro à parentalidade esteve associado aos valores do pré-teste de conflito, invalidação e afeto negativo para as mulheres e a uma maior redução da satisfação conjugal durante a transição para a parentalidade em ambos os sexos. Mulheres do CCP com alto risco apresentaram menor redução da satisfação conjugal quando comparadas com as do grupo controle. Quanto à interação pais-criança, as mulheres do CCP com alto risco apresentaram menos intrusividade. Apesar disso, para as mulheres, não houve diferença significativa entre os grupos relativa à responsividade parental e hostilidade. Para os homens, não houve diferença significativa para nenhum dos indicadores de parentalidade.

Em geral, o CCP foi eficaz na redução de conflitos e invalidação, mas não apresentou efeitos significativos sobre o afeto negativo de mulheres. Adicionalmente, foi eficaz na prevenção da redução da satisfação conjugal de mulheres de alto risco, com pequenas reduções na intrusividade parental dessas mulheres, sem apresentar efeitos para os demais perfis de participantes. Os autores afirmam que intervenções de educação para o relacionamento conjugal com foco no relacionamento e na parentalidade, podem ser assimétricas quanto à ênfase no treinamento em, ao menos, uma das áreas, dada a quantidade limitada de sessões. No entanto, caso sejam propostas intervenções que conduzam treinamentos simétricos e extensos em ambas as áreas, a sua duração pode inviabilizar a

implantação do programa. Com base em seus resultados, os autores destacam ainda alguns aspectos das intervenções educativas para casais que demandam maior aprofundamento, como identificar, recrutar e manter casais de alto risco, identificar quais os conteúdos mais adequados para os casais e avaliar os formatos de intervenção mais eficazes.

Em contexto brasileiro e visando à investigação de aspectos como conteúdos adequados e formato da intervenção para famílias de risco, Murta et al. (2012) tiveram como objetivo avaliar um programa longitudinal de apoio à transição para a parentalidade por meio da avaliação de necessidades e de processo. As autoras destacaram duas dimensões de riscos que, em conjunto, podem interferir no processo da formação do casal e da família: riscos para a qualidade da relação conjugal e para a interação pais-bebê. Como exemplos desses riscos, as autoras destacam a experiência de apego dos genitores, problemas de acesso a emprego e de renda e baixa escolaridade.

A intervenção foi realizada com um casal recrutado em uma maternidade da rede pública de uma capital do centro-oeste brasileiro. A mãe havia completado o ensino médio e o pai tinha ensino médio incompleto e, no início da intervenção, não possuíam renda fixa. A avaliação do programa teve foco nas necessidades e no processo. A avaliação de necessidades visava à identificação de fatores que auxiliariam na adaptação do programa para o casal recrutado. Os aspectos avaliados foram estressores e recursos do casal relativos aos domínios individual, conjugal, parental, intergeracional e social.

Os instrumentos utilizados para avaliar as necessidades foram um roteiro de entrevista para avaliação das necessidades, o Checklist de Estressores, o Mapa de Rede Social e um instrumento de avaliação de afetividade e convivência conjugal. As medidas foram utilizadas durante a gestação e após todas as sessões de intervenção, que foram concluídas no período o pós-parto. O roteiro de entrevista para avaliação das necessidades foi utilizado para investigar os dados sociodemográficos, riscos psicossociais, conhecimento sobre desenvolvimento do

bebê, experiência de apego com os genitores, experiência de práticas educativas parentais, enfrentamento e rede de apoio social e relação conjugal. O Checklist de Estressores verificou aspectos relacionados à saúde, ao trabalho, às relações familiares e perdas do respondente no último ano. O Mapa de Rede Social permite a descrição da rede de apoio social do respondente, com base no contexto de relação, quantidade de pessoas e grau de intimidade. O Instrumento de Avaliação de Afetividade e Convivência Conjugal foi elaborado pelas autoras para identificar intimidade e expressão de afeto e dos casais.

O processo foi avaliado através do protocolo para avaliação do processo. A avaliação de processo teve como foco avaliar a extensão de aspectos relativos à implementação, condução e resultados da intervenção a cada sessão. Os aspectos avaliados foram relativos: (a) às técnicas e recursos apresentados durante as sessões, (b) à satisfação dos participantes com o programa, (c) ao cumprimento das metas intermediárias previstas para o programa, (d) à fidelidade ao conteúdo e à duração planejados para o programa e (e) às variáveis do contexto que facilitaram ou dificultaram a implementação do programa. O protocolo era preenchido pelas pesquisadoras, após cada sessão, a partir dos dados de filmagens e de comportamentos verbais e não-verbais observados em cada visita. Para a avaliação, as pesquisadoras utilizaram especificamente seis critérios: (a) prática, pelos pais, dos recursos disponibilizados pela intervenção, (b) satisfação dos participantes, (c) descobertas e aprendizagens proporcionadas pela intervenção, (d) aprendizagens observadas na interação entre os cônjuges e dos cônjuges com o bebê, (e) implementação do programa como planejado e (f) variáveis contextuais que facilitaram ou dificultaram a visita ou o envolvimento do casal na sessão.

A intervenção foi composta por nove visitas domiciliares, com duração aproximada de 90 minutos, com intervalo semanal ou quinzenal, a depender da disponibilidade do casal. A primeira visita foi pré-natal e as demais foram realizadas durante o período pós-natal. A intervenção teve como base um material impresso elaborado pelas autoras que, através de

textos e ilustrações, abordava seis temas relativos à transição para a parentalidade: (1) enfrentamento a estressores do parto e puerpério, (2) relação e habilidades comunicativas do casal, (3) capacidades sensoriais do bebê, (4) vínculo afetivo pais-bebê, (5) prevenção de maus tratos contra o bebê e (6) resiliência, risco e proteção. Todas as sessões foram planejadas a partir da avaliação de necessidades, da sessão anterior e do tema previsto. As principais técnicas utilizadas foram exposição dialogada, ensaio comportamental, visualização e exposição de vídeo.

A avaliação de necessidades identificou fatores de risco e de proteção do casal que orientaram a organização de temas para a intervenção referentes ao papel conjugal e ao papel parental. Os principais fatores de risco do casal envolviam dificuldades financeiras, repertório pouco variável para resolução de problemas e para atividades de lazer, dificuldades no relacionamento sexual e crenças tradicionais sobre os papéis de gênero. Os fatores de proteção, por sua vez, englobavam disponibilidade para mudança e para solução de problemas na relação conjugal, reconhecimento da qualidade da relação, apoio social de familiares e de membros de um grupo de igreja.

A avaliação de processo permitiu a identificação de mudanças do casal referentes às estratégias e informações abordadas nas visitas, nas duas dimensões abordadas na intervenção, parentalidade e conjugalidade. Na dimensão parentalidade, o casal demonstrou aquisição de informações sobre competências sensoriais do bebê, aumento da responsividade e questionamento das práticas parentais de punição física. Quanto à conjugalidade, foi identificado aumento do repertório de habilidades sociais conjugais, para solução de problemas, e também do apoio mútuo. O casal continuava insatisfeito com o relacionamento sexual, no entanto, o desenvolvimento de habilidades de comunicação pareceu oferecer novas possibilidades de resolução de dificuldades sexuais. De modo geral, os participantes relataram ficar satisfeitos quanto à intervenção em aspectos como o vínculo, confiança e comunicação



com as pesquisadoras, a pertinência e a novidade do conteúdo das sessões, à incorporação da intervenção na rotina e a consequente mudança de postura e possibilidades de resolução das dificuldades. Além de mencionarem que todas as sessões possuíam um caráter de novidade, o casal avaliou as sessões que abordaram as habilidades sensoriais do bebê, o enfrentamento do estresse e a prevenção aos maus tratos como as que permitiram as novas descobertas de maior destaque. Apesar do caráter de novidade e da participação e interesse do casal, na segunda metade da intervenção, algumas sessões foram desmarcadas em decorrência das demandas relacionadas ao cuidado do bebê. A interação entre o casal foi modificada, notando-se maior frequência de falas assertivas, de compreensão, negociação e demonstrações de intimidade. Quanto à relação pais-bebê, a mãe apresentou maior frequência de comportamentos responsivos e não responsivos quando comparada ao pai, que não apresentou comportamentos não responsivos. Nesse sentido, a participação do pai nos cuidados do bebê também era inferior à da mãe, explicando parcialmente esse resultado.

O programa seguiu o planejado para manejo de estresse, habilidades sociais conjugais, competências sensoriais do bebê, desenvolvimento de apego seguro e prevenção de maus tratos ao bebê. Entretanto, o programa não foi fiel quanto às técnicas utilizadas e à duração da intervenção, pois algumas modificações foram realizadas para a adequação ao cotidiano e às necessidades do casal. A condução das visitas também teve aspectos contextuais dificultadores como presença de amigos do casal no horário da sessão, o cansaço dos participantes relacionados à condução das sessões à noite e aos cuidados ao bebê no início do pós-parto, além de interrupções motivadas por necessidades do bebê. As autoras sugerem que a avaliação favorável dos participantes referente ao conteúdo das sessões tem como justificativa a avaliação de necessidades prévia à intervenção. Em decorrência, indicam que o uso de avaliação de necessidades deve auxiliar a implementação de programas preventivos por facilitar a personalização das intervenções e otimizar os recursos envolvidos.

A avaliação de processo, por outro lado, tende a permitir a manutenção da qualidade da intervenção de acordo com o planejamento inicial. A possibilidade de verificar determinadas práticas parentais não facilitadoras do desenvolvimento infantil mostra-se como outra vantagem da avaliação de processo. Além disso, a condução de visitas domiciliares oferece menor custo e esforço aos participantes, assim como permitem adaptação a programas de atenção básica em saúde ou de proteção social.

Para famílias em risco, nota-se que a modalidade de visita domiciliar foi frequente nos estudos revisados e tem se mostrado eficaz. Apesar de existirem tanto programas domiciliares, quanto intervenções conduzidas em hospitais ou clínicas, os programas domiciliares facilitam o engajamento dos participantes. No entanto, tendem a ser mais dispendiosos para os pesquisadores e para sua implementação (Petch & Halford, 2008).

Em resumo, percebe-se uma tendência ao uso de delineamentos de comparação de grupos, destacando-se os ensaios clínicos randomizados e estudos quase ou pré-experimentais (Feinberg et al., 2010; Petch et al., 2012; Reichle et al., 2012; Svensson et al., 2009). Em geral, os programas têm como foco gestantes, mães ou casais, sendo mais comum a o envolvimento de casais. Além disso, as sessões tendem a ser conduzidas por profissionais de saúde devidamente treinados. A duração total dos programas recentes apresenta uma média de sete sessões, variando de quatro (Hooge et al., 2014) a nove sessões (Murta et al., 2012), com periodicidade semanal ou quinzenal. As variáveis mais frequentemente avaliadas foram relativas, respectivamente, aos domínios individual, conjugal e parental, sendo elas a autoeficácia parental (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010; Petch et al., 2012; Svensson et al., 2009), a satisfação conjugal (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010; Murta et al., 2012; Petch et al., 2012) e a interação pais-bebê (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010; Murta et al., 2012; Petch et al., 2012). Entretanto, destaca-se também a avaliação de processos relativos à comunicação do casal (Murta et al., 2012; Petch et al., 2012) e às estratégias de

divisão de tarefas relativas aos cuidados com o bebê (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010), por evidenciar o caráter relacional das intervenções envolvendo casais. Destaca-se que a maioria dos estudos de intervenção universais oferece propostas conjugadas de intervenção em grupo e em locais da comunidade (Brown et al., 2012; Hooge et al., 2014; Reichle et al., 2012; Svensson et al., 2009). No entanto, parece que, para populações em risco, a modalidade de visita domiciliar é mais frequente e eficaz (Murta et al., 2012; Petch & Halford, 2008; Petch et al., 2012).

As principais limitações dos estudos revisados foram a pouca representatividade de famílias com baixa escolaridade e de minorias étnicas (Feinberg, 2002; Petch et al., 2012; Svensson et al., 2009) e, em outros casos, foi identificada a ausência de mecanismos para o controle de variáveis intervenientes e para verificar a manutenção dos resultados (Hooge et al., 2014; Murta et al., 2012). Além disso, apesar de a experiência do casal durante a transição para a parentalidade estar associada ao desenvolvimento infantil (Florsheim et al., 2003; Teubert & Pinquart, 2010), as pesquisas tendem a não avaliar o impacto dos programas de intervenção sobre o bebê.

## **Justificativa e objetivos do estudo**

Os casais, durante a transição para a parentalidade, enfrentam demandas diretamente associadas à entrada de um filho no sistema familiar. Apesar da complexidade apontada pelo modelo dos cinco domínios utilizado na análise do período de transição (C. P. Cowan et al., 1985, 1991; P. A. Cowan & Cowan, 2012), as pesquisas têm dado destaque à investigação de variáveis isoladas ou de domínios específicos. Os estudos tendem a se concentrar na investigação sobre as dimensões individual, do relacionamento conjugal e da parentalidade (Biehle & Mickelson, 2012; Flykt et al., 2014; Heinicke, 2002). Essa tendência torna-se ainda mais evidente em pesquisas sobre a eficácia de programas de intervenção (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010; Petch et al., 2012; Reichle et al., 2012; Svensson et al., 2009).

A partir das evidências discutidas nas seções anteriores, compreende-se que a saúde mental dos pais durante a transição para a parentalidade pode possuir relação de mútua influência com a qualidade do relacionamento conjugal (Rollè et al., 2017; Sipsma et al., 2016) que, por sua vez, pode estar associada à coparentalidade (Le et al., 2016). Essas relações ganham destaque no caso das mulheres. As marcantes mudanças no cotidiano de mulheres primíparas podem produzir sobrecarga para elas. A sobrecarga nas atividades de cuidado com o bebê está associada a sintomas de depressão, principalmente, caso as mães percebam a divisão dos cuidados como injusta (Barnes, 2015; DeMaris & Mahoney, 2017). No Brasil, a sobrecarga de funções parentais e tarefas domésticas à qual as mulheres são submetidas está também associada a valores culturais tradicionais (M. L. Vieira et al., 2013, 2014). Destaca-se, portanto, a importância de se investigar as particularidades das mães brasileiras, para o oferecimento de suporte adequado às características culturais e socioeconômicas. Uma vantagem adicional de privilegiar pesquisas com mães decorre da maior acessibilidade às gestantes nos serviços de assistência pré-natal, em comparação com o

acesso aos pais.

Os estudos revisados mostraram evidências de que a saúde mental e a conjugalidade estão relacionadas de forma complexa. De maneira geral, a menor participação dos pais nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas está relacionada à ocorrência de depressão em mulheres, assim como a menor satisfação conjugal (Biehle & Mickelson, 2012; McDaniel & Teti, 2012). A literatura também indica que quanto maiores a satisfação conjugal e o apoio do parceiro, menores as chances de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Sipsma et al., 2016). Por outro lado, a ocorrência de depressão também parece prejudicar o ajustamento conjugal e os padrões de comunicação do casal (Frizzo et al., 2011; Rollè et al., 2017).

Com relação aos programas de intervenção que visam a favorecer o processo de transição para a parentalidade, a perspectiva teórica do modelo dos cinco domínios sugere que a modificação de um domínio tende a produzir alterações diretas e mediadas em variáveis de outros domínios (P. A. Cowan & Cowan, 2012; Fogel, 2011; Rose & Fischer, 2009), o que respalda intervenções focadas apenas em alguns dos fatores que os compõem. Além disso, a intervenção sobre aspectos específicos da transição para a parentalidade tem as vantagens de tornar-se mais econômica e de permitir aprofundamento, além de apresentar um potencial de modificação global do sistema familiar (Feinberg, 2002; Petch & Halford, 2008). O período também é um fator importante para a realização de intervenções preventivas, pois famílias durante a transição para a parentalidade parecem ser mais sensíveis aos efeitos das intervenções (Feinberg, 2002; Halford, Markman, Kline, & Stanley, 2003; Prati & Koller, 2011; Shulman et al., 2015).

Outro aspecto que merece destaque, diz respeito aos fatores de risco para a transição para a parentalidade. A literatura revisada revelou que aspectos como renda e escolaridade da família (Murta et al., 2012), além de problemas de saúde mental dos pais podem ser considerados como critérios de seleção para a amostra de risco (Brown et al., 2012; Feinberg

et al., 2010). Os pais e as mães com baixa renda e escolaridade constituem-se enquanto uma população vulnerável, pois a desvantagem socioeconômica tende a estar relacionada a altas taxas de estresse parental e de utilização de práticas de criação de filhos menos favoráveis ao desenvolvimento infantil (Florsheim et al., 2003). Nesse sentido, uma proposta de intervenção domiciliar para a realidade de casais pobres em coabitação é necessária para o contexto brasileiro, pois em relação às classes socioeconômicas C, D e E, as uniões formais e consensuais são responsáveis por aproximadamente 85% da taxa de fecundidade nacional (J. M. Vieira, 2014). As intervenções domiciliares direcionadas para essas famílias também são adequadas, pois essa modalidade oferece menos obstáculos para a família em termos de planejamento e deslocamento para a participação (Murta et al., 2012).

Por fim, a heterogeneidade e as particularidades das famílias brasileiras demandam aproximações e aprofundamentos que permitam a compreensão de sua complexidade para a elaboração de programas que atendam suas demandas específicas. Apesar de existirem cursos para gestantes nos hospitais brasileiros, os benefícios desse tipo de intervenção ainda permanecem pouco claros (Gagnon & Sandall, 2007) e a literatura nacional sobre a avaliação de programas de intervenção durante a transição para a parentalidade também se revela escassa. Desse modo, a elaboração de intervenções preventivas visando à promoção da saúde mental das mães e pais e do relacionamento conjugal, com conseqüente favorecimento do desenvolvimento socioemocional infantil mostra-se relevante (P. A. Cowan, Cowan, & Knox, 2010; Florsheim et al., 2003; Teubert & Pinquart, 2010), especialmente quando são consideradas famílias em risco para problemas de ajustamento durante a transição à parentalidade. A Figura 1 apresenta o modelo conceitual do estudo, sobre as relações das variáveis e dimensões de saúde mental materna e conjugalidade, assim como suas possíveis associações com renda e escolaridade.

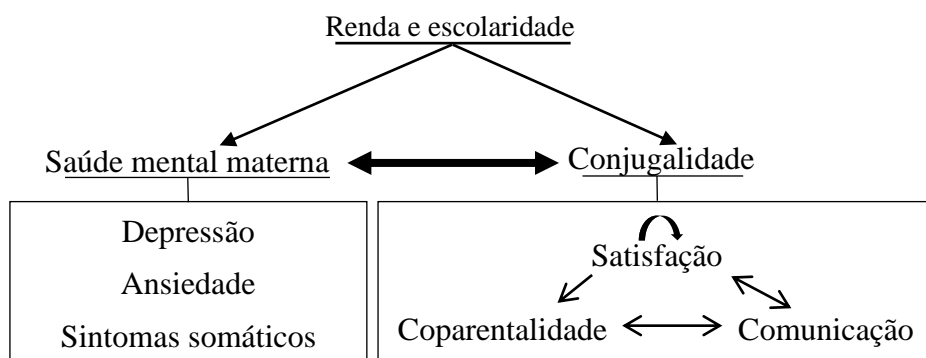


Figura 1. Modelo conceitual para as relações entre saúde mental materna e conjugalidade.

Assim, este estudo teve como objetivo geral avaliar as relações entre a saúde mental da mulher e a conjugalidade durante a transição para a parentalidade e os efeitos de um programa de intervenção domiciliar sobre esses dois fatores. A saúde mental foi avaliada, no presente estudo, pelas medidas para transtornos mentais comuns, que investigam sintomas de desconforto emocional, tais como sintomas de ansiedade, depressivos ou somatoformes. Tais sintomas, em geral, dificultam as atividades da vida cotidiana, mas sem produzir prejuízos para a percepção ou a cognição do indivíduo (Deverill & King, 2009).

Além dos sintomas de transtornos mentais, foram também considerados como indicadores de saúde mental, o número de sintomas e os níveis de depressão. A conjugalidade foi avaliada, nos estudos que compõem esta tese, a partir de dois componentes, o ajustamento diádico e a comunicação do casal. O ajustamento diádico é compreendido como o processo identificado por uma série de percepções individuais quanto à concordância, à satisfação, à proximidade e à expressão de afeto no relacionamento e no cotidiano do casal (Hernandez & Hutz, 2009; Spanier, 1976). A comunicação por sua vez, foi avaliada pela frequência de comportamentos relacionados a habilidades de expressão e de escuta, assim como de concordância ou discordância em relação às falas do interlocutor (Hahlweg, 2004; Olson,

2000).

O objetivo do estudo foi alcançado por meio da realização de dois estudos complementares. O Estudo I teve como objetivos específicos: (a) avaliar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental materna e conjugalidade em gestantes durante a transição para a parentalidade e (b) identificar um casal de risco para o ajustamento à parentalidade para conduzir o programa de intervenção. As hipóteses do primeiro estudo foram: (1) quanto menores a renda e a escolaridade, maiores as frequências de indicadores de depressão e de sintomas de transtornos mentais comuns e menores os escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, (2) mulheres com gestações planejadas ou esperadas apresentam maiores escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, assim como, menores frequências de transtornos mentais comuns e de indicadores de depressão quando comparadas às mulheres com gestações inesperadas, (3) quanto maior a frequência de indicadores de depressão ou de sintomas de transtornos mentais comuns, menores são os escores de ajustamento diádico e de suas dimensões e (4) indicadores de depressão, sintomas de transtornos mentais comuns, renda e escolaridade são preditores do ajustamento diádico.

O Estudo II teve os objetivos específicos de: (a) adaptar um programa de intervenção direcionado ao aprimoramento da conjugalidade durante a transição para a parentalidade, o *Family Foundations* e (b) avaliar os efeitos de uma intervenção domiciliar, durante a transição para a parentalidade, sobre a saúde mental materna e a conjugalidade, através de suas dimensões ajustamento diádico e comunicação. As hipóteses do segundo estudo foram: (1) A mãe apresentará melhora dos sintomas de transtornos mentais comuns, dos indicadores de depressão e do ajustamento diádico e suas respectivas dimensões da primeira medida pré-teste para o follow-up, (2) a comunicação do casal terá redução das categorias de conflito, recusa de atenção e invalidação do pré para o pós-teste e (3) a comunicação do casal terá aumento das categorias discussão positiva e validação do pré para o pós-teste.



## **Estudo I: Relações entre saúde mental materna e o ajustamento diádico durante a gestação do primeiro filho**

### **Método**

**Participantes.** Participaram do estudo 50 mulheres primíparas, que coabitavam com o genitor do bebê e que, durante o primeiro contato com o pesquisador, estavam no segundo ou terceiro trimestre de gestação do primeiro filho do companheiro atual. Durante a coleta de dados nos serviços de pré-natal, as gestantes tinham idades entre 18 e 41 anos [M = 26,58 (DP = 6,14)], com onze anos de escolaridade em média [M = 10,96 (DP = 2,16)], de 17 a 39 semanas de gestação [M = 30,34 (DP = 6,05)] e pouco mais da metade relatou ter uma gestação inesperada (56%). As demais relataram uma gravidez planejada (28%) ou esperada (12%). Duas gestantes não informaram o grau de planejamento da gestação. O tempo médio de relacionamento dos casais foi de aproximadamente 52 meses [M = 52,24 (DP = 51,99)]. Das gestantes, quase metade exercia atividade remunerada (46%). Os companheiros das gestantes tinham média de idade de 27 anos [M = 27,48 (DP = 5,48)], 10 anos de escolaridade em média [M = 10,24 (DP = 2,08)] e a maioria exercia atividade remunerada (84%). A renda familiar mensal média foi de R\$ 1.739,50 (DP = 1.240,41) e a quantidade média de moradores por residência foi de aproximadamente duas pessoas por domicílio (M = 2,52 (DP = 0,97)). Todas as participantes viviam em coabitação com os parceiros, a maioria relatou a coabitação com a situação conjugal atual (64%), as demais afirmaram ser casadas (26%), estar em união estável (8%) ou noiva (2%) (ver Tabela 1). Na distribuição de renda familiar e de tempo de relacionamento, foram identificados valores atípicos que foram corrigidos antes da realização das análises de correlação conforme orientações de Field (2009).

Tabela 1.

*Dados Sociodemográficos dos Casais*

Variáveis	N	Média (Desvio-padrão) / Mediana/ Frequência
Idade da gestante (anos)	50	M = 26,58 (DP = 6,14)
Escolaridade da gestante (anos)	50	M = 10,96 (DP = 2,16)
Semanas de gestação	50	M = 30,34 (DP = 6,05)
Planejamento da gestação		
Planejada	14	28%
Esperada	6	12%
Inesperada	28	56%
Tempo de relacionamento do casal (meses)	49	M = 52,24 (DP = 51,99) Md = 36,00
Atividade remunerada da gestante		
Possui	23	46%
Não possui	27	54%
Idade do companheiro (anos)	50	M = 27,48 (DP = 5,48)
Escolaridade do companheiro (anos)	49	M = 10,24 (DP = 2,08)
Atividade remunerada do companheiro		
Possui	42	84%
Não possui	8	16%
Renda familiar mensal (Reais)	50	M = 1.739,50 (DP = 1.240,41) Md = 1.350,00
Número de moradores na residência	50	M = 2,52 (DP = 0,97)
Situação conjugal		
Convivem juntos	32	64%
Casada	13	26%
União estável	4	8%
Noiva	1	2%

**Delineamento.** O delineamento deste estudo é correlacional e analisa as correlações e as relações explicativas entre ajustamento diádico e transtornos mentais comuns maternos.

**Procedimentos de coleta de dados.** A coleta de dados foi realizada em serviços públicos de assistência pré-natal da cidade de Salvador, especificamente em duas maternidades (uma da rede própria do SUS e outra da rede complementar) e em duas Unidades de Saúde da Família (USF). Após a aprovação pelo CEP, as gestantes foram

convidadas nas respectivas salas de espera a partir de abordagem individual para participar do Estudo I. Após a concordância, as gestantes foram conduzidas para salas das maternidades ou das USF com acesso restrito. Neste momento, a pesquisa foi explicada detalhadamente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) era lido. Após a aceitação, cada gestante assinou duas vias do TCLE. Neste momento, todos os instrumentos foram aplicados individualmente e em forma de entrevista. A avaliação teve dois blocos, a avaliação da saúde mental e a avaliação da conjugalidade. A saúde mental foi avaliada através das variáveis transtornos mentais comuns e indicadores de depressão. Os instrumentos aplicados no bloco de avaliação da saúde mental foram a ficha de dados sociodemográficos (Apêndice B), o Self-Report Questionnaire (SRQ-20) (Apêndice C), o Inventário Beck de Depressão (BDI). O primeiro bloco de instrumentos permite detectar gestantes com sintomas graves de transtornos mentais, que necessitem de intervenção adicional, com o objetivo de excluí-las do estudo II. A conjugalidade foi avaliada, no Estudo I, a partir da variável ajustamento diádico. O instrumento aplicado no bloco de avaliação da conjugalidade foi a Escala de Ajustamento Diádico (EAD) (Apêndice D).

### **Instrumentos.**

*Ficha de dados sociodemográficos.* Utilizada para identificar variáveis como idade, sexo, escolaridade, status conjugal e renda familiar, contato prévio ou acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra e uso de medicação psicotrópica. Também foi avaliado se a gravidez foi inesperada, esperada ou planejada.

### *Avaliação da saúde mental.*

*Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. É um instrumento de triagem utilizado para identificar sintomas de transtornos mentais comuns, composto por 20 itens que avaliam sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes. Os itens são respondidos através de uma escala dicotômica, variando entre um e dois, respectivamente rotulados como sim ou não. Os resultados são organizados a partir da soma das respostas positivas. Até sete, o respondente é considerado um caso não suspeito e, a partir de oito, o respondente é considerado um caso suspeito para transtornos mentais comuns. Alguns exemplos de itens são: “assusta-se com facilidade?”, “tem dores de cabeça frequentes?”, “tem dificuldade de pensar claramente?” e “tem perdido o interesse pelas coisas?”. A consistência interna geral, verificada em uma pesquisa com trabalhadores urbanos e uma cidade brasileira, foi de 0,80 (Mari & Williams, 1986; Santos, Araújo, & Oliveira, 2009; Santos, Araújo, Pinho, & Silva, 2010).

*Inventário Beck de Depressão (BDI)*. É um instrumento de autorrelato, composto por 21 itens relativos a variações de sintomas depressivos no intervalo de uma semana anterior à aplicação do inventário. A resposta do participante consiste em concordar com uma das afirmativas em um conjunto com quatro sentenças, para cada item, que variam de zero a três. São exemplos de afirmativas: (0) Não me sinto triste; (1) Eu me sinto triste; (2) Estou sempre triste e não consigo sair disto; (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. O escore total é dado pela soma dos itens que pode ser classificado em: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). A versão em português possui consistência interna de 0,84. Destaca-se que esse instrumento é uma medida dos indicadores de depressão, não podendo ser considerado um instrumento de diagnóstico clínico de depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001).

### ***Avaliação da conjugalidade.***

*Escala de Ajustamento Diádico (EAD).* A escala é formada por quatro fatores: (a) consenso diádico, (b) satisfação diádica, (c) coesão diádica e (d) expressão diádica de afeto. O escore total dessa escala é dado pela soma das respostas. O consenso diádico é a dimensão que avalia a concordância do casal sobre aspectos básicos do relacionamento com finanças, lazer e amizades. A dimensão satisfação diádica investiga as percepções sobre questões associadas ao divórcio, separação ou saída de casa, do arrependimento de estar casado, de conflitos, do bem-estar, da felicidade e do compromisso com o relacionamento. A coesão diádica investiga a percepção de compartilhamento emocional do casal. A expressão diádica de afeto identifica a percepção de concordância sobre demonstrações de afeto e relações sexuais. Os tópicos são avaliados a partir de questões como “Com que frequência você discute sobre ou considera o divórcio, separação ou terminar o seu relacionamento?”, “Você confia em seu parceiro?” e “Você beija seu parceiro?”. As respostas aos itens da EAD consistem em diferentes escalas de respostas com valores entre zero e cinco ou seis, a depender do item. O resultado é calculado a partir do somatório de todas as respostas e pode variar de 0 a 151. Os escores dos itens 18, 19 e 25 ao 28 foram revertidos para a soma das respostas. Os valores inferiores ou iguais a 101 correspondem a indivíduos considerados em sofrimento no relacionamento conjugal e os valores iguais ou superiores a 102 correspondem aos indivíduos com relacionamentos ajustados. O EAD possui alpha de Cronbach de 0,93 para a escala total e os seguintes valores para seus respectivos fatores: 0,86, 0,86, 0,76 e 0,62 (Hernandez, 2008; Hernandez & Hutz, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2011; Spanier, 1976).

**Procedimentos de análise de dados.** Os dados foram analisados a partir de

estatísticas descritivas, Teste Mann-Whitney, da correlação de Spearman e de análise de regressão linear múltipla backward entre as variáveis socioeconômicas, os indicadores de transtornos mentais comuns e de depressão e de ajustamento conjugal.

**Considerações éticas.** O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFBA (CEP/IPS-UFBA), conforme CAAE n.º 52127315.9.0000.5686 e Parecer n.º 1.445.145 e está, portanto, em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, nos termos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes das entrevistas, as participantes foram orientadas quanto às características do estudo e aos seus direitos, assim como quanto aos deveres do pesquisador e do Estado, e puderam explicitar o seu consentimento através de duas vias de TCLE que foram assinadas nos casos de anuência para a participação. Após a finalização da pesquisa, as participantes foram convidadas para a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa. Às maternidades, às USFs e ao Distrito Sanitário, a devolutiva será realizada através de relatórios com resumos dos dados da pesquisa analisados e discutidos e a oferta de uma palestra para os usuários e profissionais dos serviços. Tendo em vista que os instrumentos remetem, entre outros aspectos, à relação conjugal, a participação na pesquisa poderia potencializar conflitos conjugais. Caso as participantes manifestassem interesse ou necessidade, foi garantido o atendimento psicológico especializado em instituições com serviços gratuitos ou com baixo custo.

## Resultados

Inicialmente, foram calculadas medidas de tendência central dos escores de transtornos mentais comuns, de indicadores de depressão e de ajustamento diádico. A Tabela 2 apresenta as médias e desvios-padrão para cada variável, o intervalo de confiança e os valores mínimo e máximo para cada medida. As gestantes apresentaram aproximadamente sete sintomas de transtornos mentais comuns [M = 6,66 (DP = 4,05); IC = 5,51; 7,81], índice que fica abaixo do ponto de corte para suspeita de transtornos mentais. As participantes obtiveram cerca de 12 pontos na avaliação dos sintomas de depressão [M = 11,76 (DP = 8,83); IC = 9,25; 14,27], valor que se encontra na categoria de depressão leve. Os valores para ajustamento diádico foram calculados para o escore geral para cada dimensão. O escore geral médio obtido foi de aproximadamente 115 pontos [M = 114,98 (DP = 20,00); IC = 109,30; 120,66], valor correspondente a relacionamentos ajustados. Os valores médios dos escores das dimensões foram: (a) 50,24 (DP = 9,54; IC = 47,53; 52,95) para consenso diádico, (b) 38,48 (DP = 8,17; IC = 36,16; 40,80) para satisfação diádica, (c) 16,10 (DP = 4,29; IC = 14,88; 17,32) para coesão diádica e (d) 10,16 (DP = 2,16; IC = 9,55; 10,77) para expressão de afeto.

Tabela 2

*Média e Desvio-Padrão, Intervalo de Confiança (95%), Valores Mínimo e Máximo dos Sintomas de Transtornos Mentais Comuns, Indicadores de Depressão, Ajustamento Diádico e suas Dimensões*

Variável	Média (Desvio-padrão)	Intervalo de confiança	Mínimo	Máximo
Sintomas de transtornos mentais comuns	6,66 (4,05)	5,51; 7,81	1	19
Indicadores de depressão	11,76 (8,83)	9,25; 14,27	2	42
Ajustamento diádico	114,98 (20,00)	109,30; 120,66	42	142
Consenso diádico	50,24 (9,54)	47,53; 52,95	16	63
Satisfação diádica	38,48 (8,17)	36,16; 40,80	15	50
Coesão diádica	16,10 (4,29)	14,88; 17,32	6	24
Expressão de afeto	10,16 (2,16)	9,55; 10,77	2	12

A Tabela 3 apresenta a frequência simples e a porcentagem de participantes organizadas nas classificações para as medidas de sintomas de transtornos mentais comuns, indicadores de depressão e ajustamento diádico. A maioria das participantes apresentou um perfil sem suspeita de transtornos mentais comuns (72%), assim como não apresentou indicadores de depressão (64%). O restante das participantes apresentou suspeita para transtornos mentais comuns (28%) e indicadores de depressão (36%). As participantes que apresentaram indicadores de depressão, foram classificadas em diferentes grupos conforme a intensidade dos sintomas. A maior parte das participantes com indicadores de depressão foi classificada na categoria leve (20%), as demais foram classificadas nas categorias moderado (14%) e grave (2%). Quanto ao ajustamento conjugal, a maioria (82%) das participantes relatou estar bem ajustada em seu relacionamento, enquanto as demais participantes apresentaram escores correspondentes a sofrimento no relacionamento conjugal (18%).

Tabela 3

*Distribuição das Participantes por Grupo de Classificação do SRQ-20, BDI e EAD*

Classificação	Frequência simples (porcentagem)
Transtornos mentais comuns	
Sem suspeita	36 (72%)
Com suspeita	14 (28%)
Depressão	
Mínimo	32 (64%)
Leve	10 (20%)
Moderado	7 (14%)
Grave	1 (2%)
Ajustamento diádico	
Ajustado	41 (82%)
Em sofrimento	9 (18%)

Na segunda etapa de análise, as variáveis sociodemográficas, o total de sintomas de transtornos mentais comuns, o escore de depressão, o escore total de ajustamento diádico e de



dimensões, consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto, foram correlacionados. A Tabela 4 apresenta os resultados das correlações. Nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentou correlação significativa com as medidas de saúde mental. As variáveis sociodemográficas que tiveram correlação com as medidas de ajustamento diádico foram tempo de relacionamento e renda familiar. O tempo de relacionamento em meses teve correlação negativa fraca significativa com a dimensão coesão diádica do EAD ( $\rho = -0,29, p < 0,05$ ), de modo que quanto menor o tempo de relacionamento, maior a coesão do casal. A renda familiar mensal apresentou correlação negativa fraca significativa com a dimensão expressão de afeto do EAD ( $\rho = -0,34, p < 0,05$ ), o que representa que quanto maior a renda familiar, menor a expressão de afeto.

O escore total do SRQ-20 e o escore do BDI tiveram correlações positivas entre si ( $\rho = 0,68, p < 0,01$ ). O escore do SRQ-20 apresentou correlações negativas com o escore total do EAD ( $\rho = -0,38, p < 0,01$ ) e com as dimensões consenso diádico ( $\rho = -0,32, p < 0,05$ ) e expressão de afeto ( $\rho = -0,48, p < 0,01$ ). Assim, quanto maiores os transtornos mentais comuns, menores o ajustamento diádico, o consenso diádico e a expressão de afeto. Os indicadores de depressão do BDI, por sua vez, apresentaram correlações negativas moderadas com o escore total de ajustamento diádico ( $\rho = -0,52, p < 0,01$ ) e suas dimensões consenso diádico ( $\rho = -0,49, p < 0,01$ ), satisfação diádica ( $\rho = -0,47, p < 0,01$ ) e expressão de afeto ( $\rho = -0,45, p < 0,01$ ). De modo que quanto maiores os escores de depressão, menores o ajustamento diádico, o consenso diádico, a satisfação diádica e a expressão de afeto. A coesão diádica foi a única dimensão do EAD que não apresentou correlações significativas com os escores de saúde mental.

Tabela 4.

*Correlações (rô de Spearman) entre Variáveis Sociodemográficas e os Escores do SRQ-20, BDI e EAD (N = 50)*

	8	9	10	11	12	13	14
1. Idade da mãe	-,04	-,20	,14	-,05	,21	-,14	,09
2. Escolaridade da mãe	-,06	-,03	,06	,01	,24	-,22	,10
3. Tempo de relacionamento	-,14	-,12	,04	-,14	-,29*	,00	-,10
4. Idade do pai	-,08	-,19	,21	-,08	-,10	-,10	,03
5. Escolaridade do pai	,04	,14	-,03	-,00	,10	,01	-,03
6. Renda familiar	,06	,12	-,13	-,19	-,06	-,34*	-,16
7. Moradores na casa	,07	,25	-,11	-,16	,09	-,26	-,12
8. Escore do SRQ		,68**	-,32*	-,34*	-,19	-,48**	-,38**
9. Escore do BDI			-,49**	-,47**	-,24	-,45**	-,52**
10. Consenso diádico				,64**	,39**	,36**	,87**
11. Satisfação diádica					,42**	,61**	,86**
12. Coesão diádica						,30*	,66**
13. Expressão de afeto							,59**
14. Escore do EAD							

*Nota:* As variáveis tempo de relacionamento e escolaridade do pai têm 49 casos válidos, porque uma participante não soube informar.

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Na terceira etapa de análise, os escores de ajustamento diádico dos grupos sem suspeita e com suspeita para transtornos mentais comuns foram examinados com o teste Mann-Whitney para verificar eventuais diferenças. A Tabela 5 apresenta médias, desvios-padrão e medianas de ajustamento diádico dos grupos sem e com suspeita, assim como os valores de  $U$  e  $p$  para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores revela diferença significativa entre os grupos, com o grupo sem suspeita de transtornos mentais apresentando maiores valores para consenso diádico ( $M = 52,61$ ;  $DP = 6,73$ ;  $Md = 52,50$ ,  $p < 0,05$ ), satisfação diádica ( $M = 41,00$ ;  $DP = 4,01$ ;  $Md = 40,00$ ,  $p < 0,05$ ), expressão de afeto ( $M = 10,67$ ;  $DP = 1,41$ ;  $Md = 11,00$ ,  $p < 0,05$ ) e ajustamento diádico ( $M = 120,97$ ;  $DP = 11,20$ ;  $Md = 122,00$ ,  $p < 0,05$ ) em relação ao grupo com suspeita.

Tabela 5.

*Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Classificação de Suspeita para Transtornos Mentais Comuns (SRQ-20) para o Ajustamento Diádico*

	Sem suspeita (n = 36)		Com suspeita (n = 14)		U	p
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Consenso diádico	52,61 (6,73)	52,50	44,14 (12,85)	48,50	152,00	0,03
Satisfação diádica	41,00 (4,01)	40,00	32,00 (12,05)	34,00	152,00	0,03
Coesão diádica	16,69 (3,88)	16,00	14,57 (5,02)	14,50	187,00	0,16
Expressão de afeto	10,67 (1,41)	11,00	8,86 (3,11)	10,00	155,50	0,03
Ajustamento diádico	120,97 (11,20)	122,00	99,57 (28,54)	104,00	142,50	0,02

Os escores de ajustamento diádico dos grupos sem indicadores de depressão e com indicadores de depressão também foram examinados com o teste Mann-Whitney para verificar diferenças. A Tabela 6 apresenta médias, desvios-padrão e medianas de ajustamento diádico dos grupos sem depressão e com depressão, assim como os valores de *U* e *p* para o Teste Mann-Whitney. De maneira similar aos dados da Tabela 5, a comparação dos escores revela valores significativamente maiores, para o grupo sem depressão, quanto ao consenso diádico ( $M = 53,00$ ;  $DP = 6,61$ ;  $Md = 53,00$ ,  $p < 0,05$ ), satisfação diádica ( $M = 40,47$ ;  $DP = 5,89$ ;  $Md = 40,00$ ,  $p < 0,05$ ), coesão diádica ( $M = 17,09$ ;  $DP = 4,22$ ;  $Md = 17,00$ ,  $p < 0,01$ ), expressão de afeto ( $M = 10,84$ ;  $DP = 1,17$ ;  $Md = 11,00$ ,  $p < 0,01$ ) e ajustamento diádico ( $M = 121,41$ ;  $DP = 13,61$ ;  $Md = 124,00$ ,  $p < 0,01$ ), quando comparado ao grupo com depressão.

Tabela 6.

*Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Indivíduos Sem ou Com Indicadores de Depressão (BDI) para o ajustamento conjugal*

	Sem depressão (n = 32)		Com depressão (n = 18)		U	p
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Consenso diádico	53,00 (6,61)	53,00	45,33 (11,94)	48,00	169,50	0,02
Satisfação diádica	40,47 (5,89)	40,00	34,94 (10,41)	37,00	189,50	0,05
Coesão diádica	17,09 (4,22)	17,00	14,33 (3,91)	15,00	180,00	0,03
Expressão de afeto	10,84 (1,17)	11,00	8,94 (2,92)	10,00	162,50	0,01
Ajustamento diádico	121,41 (13,61)	124,00	103,56 (24,47)	111,50	151,00	0,01

A Tabela 7 apresenta médias, desvios-padrão e medianas de indicadores de depressão, sintomas de transtornos mentais comuns e ajustamento diádico para os grupos com gravidez planejada ou esperada e gravidez inesperada, assim como os valores de  $U$  e  $p$  para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores revela ausência de diferenças significativas entre os grupos, tanto para os sintomas de transtornos mentais comuns ( $p = 0,18$ ), quanto para os indicadores de depressão ( $p = 0,28$ ), as dimensões consenso diádico ( $p = 0,34$ ), satisfação diádica ( $p = 0,14$ ), coesão diádica ( $p = 0,37$ ) e o ajustamento diádico ( $p = 0,18$ ). A dimensão expressão de afeto apresentou escores significativamente maiores no grupo com gestações planejadas ou esperadas ( $p = 0,05$ ), quando comparado ao grupo de gestações inesperadas.

Tabela 7.

*Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Gravidez Planejada/esperada e Inesperada para Transtornos Mentais Comuns, Indicadores de Depressão e Ajustamento Diádico*

	Planejada/esperada (n = 20)		Inesperada (n = 28)		$U$	$p$
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Transtornos mentais comuns	6,00 (4,26)	5,00	7,29 (3,93)	6,00	215,50	0,18
Indicadores de depressão	10,55 (8,17)	8,50	12,93 (9,53)	8,00	228,50	0,28
Consenso diádico	51,55 (8,92)	54,00	49,36 (10,32)	50,00	234,00	0,34
Satisfação diádica	41,10 (4,76)	42,00	36,57 (9,81)	39,00	210,50	0,14
Coesão diádica	16,75 (3,81)	16,50	15,50 (4,68)	15,00	237,00	0,37
Expressão de afeto	10,65 (2,03)	11,00	9,75 (2,26)	10,00	190,00	0,05
Ajustamento diádico	120,05 (14,40)	125,50	111,18 (23,29)	115,00	216,50	0,18

*Nota:* Foram 48 casos válidos, porque duas participantes não responderam.

Na quarta e última etapa de análise, foram realizadas regressões lineares múltiplas, pelo método stepwise backward, para explorar as relações entre a saúde mental, as variáveis sociodemográficas e ajustamento diádico. Foram incluídas nas regressões as variáveis previstas pelo modelo conceitual do estudo (ver Figura 1) e que estabeleceram correlações de no mínimo -0,29 com as variáveis critério. As variáveis que possuíam valores extremos

(outliers) foram corrigidas conforme orientações de Field (2009).

A primeira regressão incluiu como variável critério o ajustamento diádico e como variáveis preditoras indicadores de depressão, renda e tempo de relacionamento. A Tabela 8 apresenta, para cada modelo testado, os coeficientes beta e  $t$ , assim como, seus respectivos níveis de significância, coeficientes de análise de variância e o  $R^2$  ajustado. Os três modelos testados apresentaram  $R^2$  igual a 0,36. No entanto, ao excluir as variáveis tempo de relacionamento e renda familiar, o modelo que incluiu apenas os escores do BDI foi o que teve melhor valor preditivo. De acordo com este modelo, quando o escore do BDI aumenta em um ponto, o escore de ajustamento diádico diminui em 1,25 ponto. Nesse modelo, os indicadores de depressão explicaram, aproximadamente, 36% da variância do ajustamento diádico [ $F(1, 48) = 28,94, p < 0,001$ ].

Tabela 8.

*Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise (Backward) dos Escores de Ajustamento Diádico sobre os Indicadores de Depressão, a Renda Familiar e o Tempo de Relacionamento*

Modelos	B	$T$	$p$
Indicadores de depressão	-1,21	-5,09	0,001
Renda familiar	-,002	-,78	0,44
Tempo de relacionamento	-,008	-,08	0,51
		$F = 10,05$	$p = 0,001$
		$R^2 = 0,36$	
Indicadores de depressão	-1,22	-5,16	0,001
Renda familiar	-,002	-1,04	0,30
		$F = 15,04$	$p = 0,001$
		$R^2 = 0,36$	
Indicadores de depressão	-1,25	-5,38	0,001
		$F = 28,94$	$p = 0,001$
		$R^2 = 0,36$	

A segunda regressão incluiu como variável critério o ajustamento diádico e como variáveis preditoras os sintomas de transtornos mentais comuns, a renda familiar e o tempo de relacionamento. A Tabela 9 apresenta, para cada modelo testado, os coeficientes beta e  $t$ , assim como, seus respectivos níveis de significância, coeficientes de análise de várias e o  $R^2$

ajustado. O modelo com as três variáveis explicou 34% da variância do ajustamento diádico. Ao excluir a variável renda familiar, o modelo final explicou 32% da variância explicada [ $F(2, 47) = 11,05, p < 0,001$ ]. De acordo com este segundo modelo, quanto o escore de transtornos mentais comuns aumenta em um ponto, o escore de ajustamento diádico diminui em 2,12 pontos e quando o tempo de relacionamento aumenta em um ponto, o ajustamento diminui em 0,02 ponto.

Tabela 9.

*Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise (Backward) dos Escores de Ajustamento Diádico sobre os Sintomas de Transtornos Mentais Comuns, a Renda Familiar e o Tempo de Relacionamento*

Modelos	B	T	p
Sintomas de transtornos mentais comuns	-2,09	-4,41	0,001
Renda familiar	-,002	-1,05	0,30
Tempo de relacionamento	-,02	-1,46	0,15
		$F = 7,75 p = ,001 R^2 = 0,34$	
Sintomas de transtornos mentais comuns	-2,12	-4,49	0,001
Tempo de relacionamento	-,02	-1,90	0,06
		$F = 11,05 p = ,001 R^2 = 0,32$	

## Discussão

O Estudo I teve como objetivos específicos: (a) avaliar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental materna e conjugalidade em gestantes durante a transição para a parentalidade e (b) identificar um casal de risco para o ajustamento à parentalidade para conduzir um programa de intervenção. As relações entre saúde mental materna e conjugalidade foram analisadas através de análises de correlação e análises de regressão linear múltipla. As hipóteses sobre a relação entre essas variáveis, de que quanto maior a frequência de indicadores de depressão ou de sintomas de transtornos mentais comuns, menores seriam os escores de ajustamento diádico e de suas dimensões, e de que a saúde mental seria preditora do ajustamento diádico foram confirmadas. Adicionalmente, o tempo de relacionamento, ajudou a explicar o ajustamento diádico, associado aos transtornos mentais comuns. Inicialmente serão abordadas as relações entre os domínios individual, do qual faz parte a saúde mental, e conjugal, que constituíram o foco principal do Estudo 1. O impacto das variáveis sociodemográficas previsto nas hipóteses será discutido na segunda parte desta seção.

Tanto os sintomas de transtornos mentais, quanto os indicadores de depressão estiveram negativamente correlacionados com o ajustamento diádico e com as dimensões consenso diádico, satisfação diádica e expressão de afeto. As análises de regressão confirmaram o valor preditivo dessas variáveis. Apesar de a coesão diádica, especificamente, não ter apresentado correlações com a saúde mental, as análises de comparação de grupos revelaram diferenças significativas em todas as dimensões do ajustamento diádico, inclusive a coesão diádica, entre participantes sem depressão e com depressão. O grupo com depressão teve menores escores do que o grupo sem depressão em todas as dimensões. Em relação aos grupos com e sem suspeita de transtorno mental, foi verificada a mesma tendência. Foram

identificadas diferenças significativas nos escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, exceto pela coesão diádica, de modo que o grupo com suspeita de transtorno mental teve menores escores que o grupo sem suspeita de transtorno mental.

A natureza correlacional do presente estudo não permite a compreensão completa dos mecanismos de associação entre os domínios da saúde mental e da conjugalidade. No entanto, as relações encontradas entre depressão e transtornos mentais comuns e as dimensões da conjugalidade permitem o levantamento de algumas hipóteses explicativas, especialmente no que se refere aos sintomas depressivos. A depressão tem como alguns de seus sintomas, irritabilidade, fadiga, redução do interesse sexual e da capacidade de sentir prazer em atividades consideradas agradáveis anteriormente (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008). Supõe-se que tais sintomas prejudiquem as dimensões do ajustamento diádico em um casal (Finkbeiner, Epstein, & Falconier, 2013). Por exemplo, a concordância do casal, avaliada pela dimensão consenso diádico, em assuntos cotidianos, e a satisfação de um casal, podem diminuir em decorrência dos conflitos que tendem a se intensificar ou tornar-se mais frequentes devido aos sintomas depressivos (Marchand & Hock, 2000). A expressão de afeto parece ser especialmente vulnerável à depressão, uma vez que a redução do interesse sexual é um dos sintomas de depressão. Assim como as demais dimensões, é possível que a coesão diádica também seja prejudicada pela depressão. O casal pode se afastar em decorrência ou para evitar conflitos motivados pela irritabilidade do indivíduo depressivo, ou ainda, porque o companheiro com depressão não sente mais prazer ou interesse nas atividades que eram compartilhadas pelo casal.

Além dos efeitos que sintomas de transtornos mentais, como depressão, podem ter sobre o ajustamento diádico, possivelmente, os sintomas ansiosos e somatoformes tenham seus efeitos potencializados quando o casal tem maior tempo de relacionamento, como indicou o segundo modelo de regressão testado. A relação negativa entre tempo de



relacionamento e coesão diádica, pode ser explicada pela maneira como a intimidade pode ser desenvolvida em um casal. Kalmijn e Bernasco (2001) afirmam que as atividades compartilhadas no início do relacionamento têm, como uma de suas funções, permitir que os indivíduos desenvolvam intimidade, consigam conhecer as características do outro e manter relacionamentos duradouros. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento da intimidade do casal, as atividades compartilhadas passariam a ocorrer com menor frequência. Assim, seriam somados aos efeitos sobre o afastamento do casal possivelmente influenciados pelos sintomas de transtornos mentais, os efeitos do tempo de relacionamento sobre a coesão diádica.

Diferentes pesquisas, em culturas distintas, encontraram relações entre depressão e ajustamento diádico ou alguma das suas dimensões (Hashmi, Khurshid, & Hassan, 2007; Heene, Buysse, & Van Oost, 2007; Herr, Hammen, & Brennan, 2007; Hughes, Gordon, & Gaertner, 2004; Pateraki & Roussi, 2013; Scott & Cordova, 2002; Treviño, Wooten, & Scott, 2007; Trillingsgaard et al., 2014). De maneira similar, tem sido constatado o valor preditivo da depressão para o ajustamento diádico (Whisman, Davila, & Goodman, 2011) ou para alguma de suas dimensões, como a satisfação (Trillingsgaard et al., 2014), a coesão diádica e a expressão de afeto (Hernandez & Hutz, 2008).

Apesar de a relação entre depressão e ajustamento diádico ser amplamente investigada, a literatura não discute em profundidade as razões ou mecanismos que poderiam explicá-la. Os presentes achados indicam que a depressão se relaciona e tem potencial para influenciar o ajustamento diádico. No entanto, existem evidências de uma relação bidirecional entre saúde mental e conjugalidade (Hollist et al., 2016; Perren et al., 2003). Por exemplo, enquanto a pesquisa de Whisman et al. (2011) revelou o poder preditivo da depressão para o ajustamento diádico, Kim (2012) identificou o ajustamento diádico como preditor de depressão. Perren et al. (2003) oferecem interpretações para a relação de influência

bidirecional entre ambas as variáveis. Os autores afirmam que sintomas psiquiátricos, como os sintomas depressivos, são associados a prejuízos no relacionamento interpessoal de maneira geral, o que poderia facilitar a ocorrência de problemas conjugais e, portanto, a redução do ajustamento diádico. Por outro lado, problemas no ajustamento do casal podem se estabelecer como estressores para indivíduos com depressão ou, ainda, diminuir suas chances de obter apoio de seus companheiros, o que favoreceria a piora dos quadros depressivos.

Finkbeiner et al. (2013) discutem uma das possíveis maneiras através das quais ocorrem a influência bidirecional entre depressão e ajustamento diádico. Os achados de sua pesquisa indicam que sintomas depressivos diminuem o prazer sentido na relação de intimidade com os parceiros que, por sua vez, reduzem a satisfação diádica. Adicionalmente, os autores afirmam que os padrões de discordância na interação de um casal, em que pelo menos um dos membros tenha depressão, podem facilitar com que ambos se sintam isolados e distantes um do outro. Nesse cenário, quanto mais se sentirem distantes e entrarem em conflitos, maiores podem ser as chances dos membros de um casal se afastarem e de se sentirem menos satisfeitos com o relacionamento. Nesse momento, a menor satisfação com o relacionamento tenderia a aumentar os sintomas de depressão, iniciando um ciclo de mútua influência que pode facilitar o afastamento do casal e, eventualmente, a separação ou o divórcio (Kurdek, 2005).

Durante a transição para a parentalidade, as dinâmicas de interação entre as dimensões individual e conjugal da nova família são influenciadas por outras variáveis. O Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho (C. P. Cowan et al., 1985, 1991) propõe que características das interações parentais, intergeracionais e sociais também sejam avaliadas durante o processo de adaptação à parentalidade. Dessa maneira, é possível que a associação entre a depressão e o ajustamento diádico em casais com o primeiro filho dependa das relações que essas variáveis estabelecem com processos relacionados a

dimensões da parentalidade e também com aspectos intergeracionais e sociais.

Ao avaliar as relações de mediação entre depressão e satisfação conjugal, Finkbeiner et al. (2013) não encontraram relações diretas entre as duas variáveis. Dessa maneira, os autores sugerem que as pesquisas avaliem a relação entre depressão e relacionamento conjugal através de variáveis mediadoras ou moderadoras, tais como, respectivamente, estilos de apego (Heene et al., 2007) e características de personalidade dos casais (Uebelacker & Whisman, 2006). O modelo dos cinco domínios é coerente com a sugestão de Finkbeiner et al. (2013), entretanto, as múltiplas relações bidirecionais entre os domínios dificultam a seleção de variáveis para a investigação e intervenção com famílias durante a transição para a parentalidade. Uma alternativa promissora para a investigação sobre as relações entre saúde mental e conjugalidade de famílias durante a transição para a parentalidade é o Modelo Vulnerabilidade-Estresse-Adaptação (VSA). O Modelo VSA propõe, a partir de princípios de diferentes perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento humano, principalmente de teorias comportamentais, que a qualidade do relacionamento conjugal é determinada pela natureza de eventos estressores que o casal enfrenta, as vulnerabilidades que cada membro tem e a qualidade dos recursos adaptativos do casal (Karney & Bradbury, 1995). A vulnerabilidade pode ser compreendida como recursos pessoais, como escolaridade, depressão e características de personalidade. O estresse estaria relacionado aos contextos em que o casal interage como as transições desenvolvimentais típicas de cada etapa da vida ou as características de um bebê que podem facilitar ou dificultar a parentalidade. A adaptação, por sua vez, seria a capacidade dos casais para manejar problemas, como comunicação e estratégias de resolução de problemas (Karney & Bradbury, 1995; Mosmann et al., 2006; Trillingsgaard et al., 2014). Karney e Bradbury (1995), de maneira consistente ao que foi discutido até este ponto, afirmam que a relação entre duas dessas três dimensões é compreendida de maneira incompleta sem informações das três dimensões. Desse modo, para

compreender as relações entre depressão e a relação conjugal de casais durante a transição para a parentalidade, é importante caracterizar e avaliar os estressores para cada casal como, por exemplo, as demandas decorrentes de se criar um bebê.

Ambos os modelos, o Modelo do Cinco Domínios e o Modelo VSA, portanto, permitem que sejam identificadas características para a elaboração de intervenções para casais durante a transição para a parentalidade, assim como, identificar casais com risco de adaptação à parentalidade. A exposição aos estressores decorrentes dos cuidados com um bebê pode ser mais prejudicial ao casal, nas situações em que haja maiores vulnerabilidades, como a depressão de um dos pais, e capacidades restritas de adaptação, como poucas habilidades de resolução de problemas. Nas situações de maior risco à adaptação, parece ser importante, não só compreender as relações e intervir sobre as associações entre depressão e ajustamento diádico, mas considerar quais variáveis poderiam mediar ou moderar sua relação para fortalecer a intervenção. Em um cenário como esse, por exemplo, poderiam ser desenvolvidas habilidades de resolução de problemas e de estratégias de manejo dos comportamentos do bebê, além de incentivar o fortalecimento da rede de apoio.

A hipótese sobre o impacto de variáveis sociodemográficas de que, quanto menores a renda e a escolaridade, maiores seriam as frequências de indicadores de depressão e de sintomas de transtornos mentais comuns e menores os escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, recebeu pouco apoio dos dados. A renda familiar correlacionou-se negativamente apenas com uma dimensão do ajustamento diádico, a expressão de afeto. Cardoso (2017) sugere que casais com dupla carreira, que são os casais em que ambos os parceiros possuem trabalho fora de casa, teriam menor tempo para investir em intimidade e para a expressão de afeto. Dessa maneira, uma das possibilidades explicativas pode ser a de que casais com maior renda sejam, mais frequentemente, casais com dupla carreira, maior jornada de trabalho ou acúmulo de empregos, e que por esse tipo de característica, teriam

menos tempo disponível para a interação (Voorpostel, van der Lippe, & Gershuny, 2010), o que favoreceria a redução da expressão de afeto. Por outro lado, casais com menor renda teriam, menos comumente, os dois membros do casal trabalhando fora de casa, o que ofereceria mais oportunidades para a expressão de afeto. Cabe destacar que a dificuldade para casais com dupla carreira, maior jornada de trabalho ou acúmulo de empregos compartilharem tempo em conjunto com a família vem aumentando ao longo dos anos, pelo menos, desde a década de 1980 (Lesnard, 2008).

Tal achado se opõe aos resultados de Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2012) que, em sentido inverso, identificaram expressão de afeto positivamente correlacionada com renda per capita. No entanto, além de não terem encontrado respaldo na literatura para discutir seus achados, os autores tiveram como participantes casais, em sua maioria, de alta escolaridade e renda.

Ao contrário do esperado, os resultados não revelaram correlações de saúde mental com renda e escolaridade. A renda familiar e a escolaridade dos responsáveis são variáveis que tendem a ser consideradas em conjunto ao se avaliar o status socioeconômico das famílias e sua vulnerabilidade social (Alvarenga, Oliveira, & Lins, 2017). Ainda assim, é importante avaliar suas relações com variáveis psicológicas de maneira separada, pois podem existir diferentes mecanismos de associação entre renda e escolaridade e as demais variáveis (Braveman et al., 2005).

A ausência de correlações entre variáveis relacionadas à saúde mental materna e renda contradizem as evidências de pesquisas nacionais e internacionais (Alvarenga & Frizzo, 2017; Bennett et al., 2004; Paschetta et al., 2014; Silva et al., 2010) e a ausência das correlações com escolaridade do casal se inscreve em um cenário de evidências contraditórias. Enquanto parte das pesquisas constatou que a baixa escolaridade estava associada à depressão materna, durante a gestação ou durante o pós-parto (Hartmann, Mendoza-Sassi, & Cesar, 2017; Pereira

& Lovisi, 2008; Silva et al., 2010), outros estudos não verificaram a mesma relação (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005; Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins, & Teixeira, 1998; Rollè et al., 2017; Thiengo, Santos, Fonseca, Abelha, & Lovisi, 2012). É possível que variáveis moderadoras ou mediadoras da relação entre renda e escolaridade com saúde mental, como por exemplo, as redes de apoio social, expliquem esses resultados. A pesquisa de Gjesfjeld et al. (2010) revelou dois mecanismos de influência do estresse econômico sobre os sintomas depressivos maternos, sendo um deles caracterizado por uma relação direta e positiva e o outro por uma relação indireta. A relação indireta foi caracterizada pela mediação do apoio social, de modo que, quanto maior o estresse econômico, menor o apoio social e maior a frequência de sintomas depressivos. Como as participantes do estudo eram mães de filhos com problemas de saúde, os mecanismos de relação entre estresse econômico e sintomas depressivos podem ser distintos. Como, no presente estudo, não foram investigadas variáveis mediadoras ou moderadoras, tais como apoio social, talvez existam relações intervenientes entre renda e saúde mental na amostra investigada.

Além disso, os critérios de inclusão dos participantes foram restritivos quanto à idade, quantidade de filhos da participante e do companheiro, o estado de coabitação, assim como pelo perfil socioeconômico similar das pessoas atendidas em serviços públicos de atenção à saúde. Tal conjunto de restrições pode ter limitado a diversidade da amostra que foi formada por 86% de pessoas com escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo, com uma amplitude de seis anos completos de estudo entre a participante com menor escolaridade e as participantes com Ensino Médio completo. Desse modo, a limitação da diversidade da amostra pode ter limitado também o poder explicativo de variáveis sociodemográficas que são comumente relacionadas com saúde mental e conjugalidade.

Também não foi verificada correlação significativa entre escolaridade do casal e ajustamento diádico. Apesar de a literatura sobre a relação entre ambas as variáveis ser

escassa, Rollè et al. (2017) tiveram um resultado similar ao do presente estudo. Os autores, em sua pesquisa com casais primíparos, não obtiveram correlações significativas entre escolaridade do casal e ajustamento diádico, nem com suas respectivas dimensões. Esperava-se que a baixa escolaridade fosse uma das vulnerabilidades para as mulheres durante a transição para a parentalidade que dificultariam o ajustamento diádico. Por exemplo, é esperado que mulheres com menor escolaridade tivessem maior sobrecarga de trabalho doméstico e eventuais conflitos frente a distribuições desiguais de atividades domésticas entre o casal. No entanto, novas investigações com amostras com perfil que inclua maior amplitude dos dados de escolaridade poderão revelar e explicar potenciais relações entre escolaridade e ajustamento diádico. Dentre as demais variáveis sociodemográficas, como idade da participante, idade do pai, quantidade de moradores na residência, nenhuma apresentou correlação com a saúde mental das participantes ou com o ajustamento diádico.

A hipótese referente ao planejamento das gestações, que afirmava que mulheres com gestações planejadas ou esperadas apresentariam maiores escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, assim como, menores frequências de transtornos mentais comuns e de indicadores de depressão quando comparadas às mulheres com gestações inesperadas, recebeu pouco apoio dos dados. Apenas a dimensão expressão de afeto teve diferença significativa entre os grupos, com maiores valores no grupo de gestações planejadas ou esperadas em comparação com o grupo de gestações inesperadas. A ausência de diferença de saúde mental materna entre os grupos quanto ao planejamento da gestação pode ter ocorrido devido ao status conjugal das participantes. A maioria das participantes vivia em coabitação, sem estarem casadas. Lachance-Grzela e Bouchard (2009) verificaram que o planejamento da gravidez contribuiu para o bem-estar do casal, avaliado através do conjunto de ocorrência de ansiedade, depressão, satisfação com a vida e ajustamento diádico, apenas para os indivíduos casados e que os casais apenas em coabitação não tiveram o mesmo resultado. As autoras

sugerem que as expectativas convencionais de indivíduos casados, compatíveis com as expectativas sociais, podem favorecer maiores benefícios de uma gravidez planejada aos casados. Entretanto, as autoras ainda destacam que as diferenças no bem-estar entre casados e casais em coabitação é modesta e que outras relações devem ser analisadas, como a escolaridade do casal. Com isso, não ficam claros os motivos relacionados à ausência de diferença entre os grupos com gestações planejadas e inesperadas. Nesse sentido, quanto aos efeitos do planejamento da gravidez, faz-se necessário, ao avaliar a relação do planejamento com saúde mental e ajustamento diádico, considerar sua relação com outras variáveis, tais como as sociodemográficas.

Os achados deste estudo fortalecem a perspectiva que o motivo de parte das mulheres, durante a transição para a parentalidade, sofrerem prejuízos na saúde mental e na qualidade da conjugalidade consiste em um conjunto de fatores relacionados a características individuais, conjugais e contextuais, como proposto pelo Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho. A identificação de fatores de risco em mais de um domínio parece permitir a identificação de mulheres e famílias em risco para adaptação à parentalidade. Uma vez que os presentes achados sobre as associações entre depressão e ajustamento diádico concordam com um amplo conjunto de evidência, a identificação de riscos quanto à saúde mental ou ao ajustamento diádico permite aos profissionais de saúde iniciar intervenções de prevenção para proteger a saúde da mulher, do casal e do bebê. Além disso, o Modelo dos Cinco Domínios e o Modelo de Vulnerabilidade, Estresse e Adaptação, sugerem que as intervenções têm maior potencial de eficácia se possuírem componentes direcionados ao fortalecimento ou ao aprimoramento de mais de um domínio.

Entre as limitações do Estudo I, encontra-se o reduzido tamanho da amostra. A amostra pequena e não randomizada dificulta a generalização dos resultados para a população de mulheres primíparas de baixa renda. Apesar disso, os esforços para o convite das



participantes em múltiplos centros de saúde e os critérios de seleção restritivos permitiram a composição de uma amostra homogênea, o que potencializa as interpretações dos dados para a população de interesse. Ainda assim, a limitação das características da amostra revelou-se um obstáculo para a investigação das relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis de saúde mental materna e ajustamento diádico. Em pesquisas futuras, é interessante que se amplie o tamanho e a variabilidade das características sociodemográficas da amostra e que seja avaliada a quantidade de gestações e de partos que as mulheres tiveram antes do nascimento do primeiro filho vivo. A literatura é escassa e inconclusiva quanto ao efeito de gestações interrompidas ou que gestações com natimortos têm sobre a experiência da transição para a parentalidade. Destaca-se, ainda, que a presente pesquisa utilizou instrumentos respondidos exclusivamente pelas gestantes. É importante avaliar a saúde mental do parceiro e suas percepções sobre a conjugalidade, pois pesquisas recentes sugerem que a saúde mental dos pais está direta e positivamente associada à saúde mental de mulheres primíparas durante a transição para a parentalidade (Figueiredo et al., 2008; Paulson et al., 2016; Vismara et al., 2016).

## **Estudo II: Adaptação cultural de um programa de intervenção domiciliar sobre a saúde mental materna e a conjugalidade**

### **Método**

**Participantes.** Participou do Estudo II um casal que tinha um filho biológico com um mês de vida completo no momento do início da coleta de dados deste estudo. O casal foi selecionado por conveniência entre os participantes do Estudo I. Os critérios de seleção do casal basearam-se nos seguintes fatores de risco para a transição para a parentalidade: (a) apresentar escores superiores a sete no SRQ-20 ou superiores a 11 no BDI, (b) apresentar escores inferiores a 102 na escala de ajustamento diádico, (c) apresentar renda familiar mensal inferior a quatro salários mínimos e (d) apresentar escolaridade de, no máximo, Ensino Médio completo. Esses fatores de risco foram avaliados com base nos dados coletados no Estudo I.

A Tabela 10 apresenta um resumo das características sociodemográficas do casal participante. O casal se relacionava há 15 anos e, no momento da coleta dos dados, vivia em união estável. A mãe tinha 35 anos e Ensino Médio completo, enquanto o pai tinha 39 anos e Ensino Médio incompleto. Ambos os participantes possuíam emprego formal assalariado. Durante a gestação, a participante relatou que a gravidez foi inesperada, mas desejada. O parto ocorreu às 38 semanas de gestação. O casal coabitava em um bairro popular de Salvador e, durante o Estudo II, residiam apenas o casal e o bebê. A renda mensal aproximada era de R\$ 2.900,00 (dois mil e novecentos reais). A Tabela 11 apresenta os resultados da avaliação da saúde mental materna e da conjugalidade. Quanto aos indicadores de saúde mental da mãe, ela apresentou escore de oito pontos no SRQ-20 e onze pontos no BDI, valores correspondentes, respectivamente, à classificação de suspeita para transtornos mentais comuns e de depressão mínima. Quanto à percepção da mãe sobre a conjugalidade, ela

apresentou escore de 78 para ajustamento diádico, classificada como em sofrimento no relacionamento conjugal. Nas dimensões do ajustamento diádico, os escores foram 42 para consenso diádico, 16 para satisfação diádica, 10 para coesão diádica e 10 para expressão de afeto.

Tabela 10.

*Dados Sociodemográficos do Casal Participante da Intervenção*

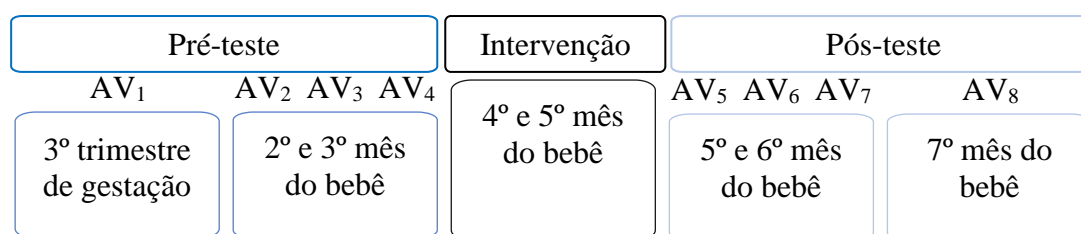
Variáveis	
Idade da mãe (anos)	35
Escolaridade da mãe	Ensino Médio completo
Idade do pai	39
Escolaridade do pai	Ensino Médio incompleto
Tempo de relacionamento (anos)	15
Situação conjugal	União estável
Idade gestacional ao nascer (semanas)	38
Renda familiar mensal (Reais)	2.900,00
Número de moradores na residência	3

Tabela 11.

*Resultados da avaliação da saúde materna mental e da percepção materna sobre a conjugalidade*

Avaliação	Escore
Saúde mental materna	
Transtornos mentais comuns	8
Indicadores de depressão	11
Percepção materna sobre a conjugalidade	
Ajustamento diádico	78
Consenso diádico	42
Satisfação diádica	16
Coesão diádica	10
Expressão de afeto	10

**Delineamento.** O delineamento desta pesquisa foi experimental de caso único do tipo AB, com medidas repetidas (AAABBB) (Kantowitz, Roediger III, & Elmes, 2006; Onghena, 2005; Sampaio et al., 2008). A avaliação pré-teste incluiu as medidas de saúde mental e conjugalidade do Estudo I, durante a gestação e outras três medidas com intervalos aproximados de duas semanas da comunicação do casal com início no segundo mês e fim no terceiro mês do bebê. Após a intervenção, teve início a fase de pós-teste, no quinto mês do bebê, que envolveu outras três medidas da comunicação do casal com intervalos aproximados de duas semanas até o sexto mês do bebê, seguidas de um follow-up com nova avaliação da saúde mental e da conjugalidade com os mesmos instrumentos do Estudo I.



*Figura 2.* Esquema representativo dos momentos das avaliações pré e pós-teste e da intervenção<sup>2</sup>.

**Procedimentos de coleta de dados.** Os procedimentos do Estudo II foram divididos em três fases: (a) pré-teste, (b) intervenção e (c) pós-teste. A primeira avaliação do pré-teste, correspondeu à coleta de dados do Estudo I, realizada no terceiro trimestre de gestação, em uma maternidade pública de Salvador. Conforme o que foi relatado na descrição do método do Estudo I, nesta primeira etapa de avaliação, foram aplicados a ficha de dados sociodemográficos, o SRQ-20, o Inventário Beck de Depressão e a Escala de Ajustamento Diádico. Após a escolha do casal participante, o convite e a assinatura do TCLE para participar do Estudo II (Apêndice F), a equipe de pesquisa realizou visitas domiciliares de

<sup>2</sup> A notação Av<sub>x</sub> corresponde às etapas de avaliação dos instrumentos e a sua respectiva ordem.

avaliação pré-teste, com intervalos aproximados de duas semanas entre cada visita. As três primeiras visitas domiciliares compõem, junto com a avaliação do Estudo I, a avaliação pré-teste. Em cada uma das três visitas de avaliação pré-teste, entre o segundo e o terceiro mês de vida do bebê, foi realizada a Observação da Interação do Casal (Apêndice G), que foram filmadas com duração aproximada de 10 minutos cada. A partir do quarto mês de vida do bebê, foram conduzidas, pelo autor da presente tese, seis visitas domiciliares com periodicidade semanal ou quinzenal, a depender da disponibilidade do casal, com duração aproximada de duas horas cada, para a realização das sessões do programa Bases da Família. Para a realização das sessões, somente os genitores e o bebê estiveram presentes. Após a finalização do programa de intervenção, no quinto mês do bebê, teve início a avaliação pós-teste, com intervalos aproximados de duas semanas entre cada visita. Nas três primeiras visitas do pós-teste, foi realizada novamente a Observação da Interação do Casal, com duração aproximada de 10 minutos. As observações do pós-teste também foram filmadas. Na última visita do pós-teste, aos sete meses do bebê, foi realizado o follow-up. Nesta etapa final, a mãe respondeu novamente ao SRQ-20, ao BDI, ao EAD, além de a uma atualização dos dados sociodemográficos, com informações sobre o bebê, e ao Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção (Apêndice H). Este questionário de satisfação foi respondido separadamente pelos dois participantes. As etapas de coleta do pré e do pós-teste foram realizadas exclusivamente por estudantes de iniciação científica. O autor da presente tese participou, no Estudo II, exclusivamente da fase de intervenção.

### **Instrumentos.**

#### ***Avaliação da saúde mental.***

*Ficha de dados sociodemográficos.* Descrição no Estudo I.

*Self-Report Questionnaire (SRQ-20).* Descrição no Estudo I.

*Inventário Beck de Depressão (BDI) na versão em português.* Descrição no Estudo I.

### ***Avaliação da conjugalidade.***

*Escala de Ajustamento Diádico (EAD).* Descrição no Estudo I.

*Observação da Interação do Casal.* O casal foi solicitado a discutir temas relacionados a conflitos típicos de casais em transição para a parentalidade por 10 minutos. Em cada uma das três visitas domiciliares realizadas no pré-teste, um tema diferente foi discutido. Os três temas discutidos foram: mudanças na rotina do casal após o nascimento do bebê (visita 1), divisão dos cuidados direcionados ao bebê (visita 2) e desafios na criação de um bebê (visita 3). Nas três visitas domiciliares realizadas no pós-teste, os três temas foram rediscutidos, na mesma ordem do pré-teste. As observações foram analisadas pela técnica de registro de eventos a partir da transcrição integral das falas dos dois participantes nas seis observações realizadas no pré e no pós-teste. As unidades de análise foram delimitadas com base no início e no término de cada frase dita por cada um dos participantes, isto é, cada frase foi considerada uma unidade de análise.

A estrutura das categorias utilizada resultou de uma adaptação da versão breve do Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion (KPI) (Hahlweg, 2004; Halford, Petch, & Creedy, 2010; Halford, Sanders, & Behrens, 2001; Sanders, Halford, & Behrens, 1999). O Apêndice I apresenta a Estrutura de Categorias de Análise da Observação do Casal, com definições e exemplos. Foram analisadas cinco categorias de comunicação: (a) discussão

positiva, formada pelos comportamentos de perguntar e descrever situações, autorrevelar e propor solução positiva, (b) validação, formada pelos comportamentos de aceitar o outro e concordar, (c) recusa de atenção, composta pelos comportamentos afastar-se da interação e interromper turno do interlocutor, (d) invalidação, formada pelos comportamentos de discordar e justificar e (e) conflito, formada pelos comportamentos criticar e propor solução negativa. As mesmas cinco categorias foram utilizadas para analisar separadamente os comportamentos do pai e da mãe. Todas as ocorrências de cada categoria durante cada sessão de observação foram registradas, o que permitiu a análise das frequências com que cada uma delas se repetiram. Os resultados foram computados como frequências totais de cada uma das cinco categorias para o pai e para a mãe no pré e no pós-teste. A partir das frequências totais, foram calculadas as porcentagens de cada uma das cinco categorias analisadas em cada uma das três visitas do pré-teste e das três visitas do pós-teste, inicialmente separadamente para o pai e para a mãe e depois considerando as frequências do casal (frequências do pai somadas às frequências da mãe).

A análise das observações foi realizada por duas observadoras independentes que receberam treinamento extensivo (40 horas). O treinamento consistiu no estudo e discussão sobre a Estrutura de Categorias de Análise da Observação do Casal, verificação por escrito do conhecimento sobre as categorias e comportamentos, ensaio de codificação com trechos de filmes com discussões entre casais e revisão da estrutura de categorias sempre que fosse identificada a necessidade. As cenas utilizadas foram retiradas dos filmes: A história de nós dois, Amor a toda prova, Antes do amanhecer, Antes da meia-noite, Closer, Foi apenas um sonho e Se eu fosse você. As cenas selecionadas apresentavam discussões de casais sobre temas como criação de filhos, dificuldades ou término do relacionamento, relações extraconjugais e frequentemente envolviam interações conflitivas. Após o treinamento, procedeu-se à análise das transcrições dos seis vídeos das observações do casal participante

no pré e no pós-teste pelas duas observadoras.

O registro das categorias feito pelas duas observadoras nas transcrições das sessões de observação foi utilizado para o cálculo do número de concordâncias e discordâncias. O cálculo para a categoria recusa de atenção foi realizado separadamente. Sua ocorrência, diferentemente das demais, não se refere ao conteúdo das falas, mas à codificação dicotômica de presença ou ausência de recusa de atenção. As categorias discussão positiva, validação, invalidação e conflito, por sua vez, foram opções de codificação para cada frase dita pelos participantes conforme a relação com seu conteúdo. Com base nos dados das categorias discussão positiva, validação, invalidação e conflito, foi calculado o coeficiente Kappa de Cohen, que atingiu 0,63 para o total de categorias independentemente do participante analisado, 0,52 para as categorias aplicadas à mãe e 0,67 para as categorias aplicadas ao pai. O cálculo do Kappa de Cohen, com base nos dados de presença ou ausência da categoria recusa de atenção, atingiu 0,57 para o total de independentemente do participante, 0,49 para as respostas da mãe e 0,65 para as respostas do pai. Esses índices são considerados moderados a substanciais pelos critérios de Landis e Koch (1977). Após o cálculo do coeficiente Kappa de Cohen, as discordâncias foram discutidas pelas duas codificadoras, que chegaram a um consenso a respeito de cada uma das ocorrências com base na Estrutura de Categorias de Análise da Observação do Casal, ou na consulta ao autor da tese.

### ***Avaliação da Satisfação com a Intervenção***

*Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção.* A aplicação do questionário teve como objetivo avaliar a satisfação dos participantes quanto às visitas e suas respectivas orientações, a percepção geral sobre o programa, com destaque para os aspectos de maior e menor agrado, assim como sugestões para o aprimoramento da intervenção. As



respostas ao questionário envolviam itens abertos ou fechados. Os itens fechados deveriam ser respondidos em escalas de quatro pontos com alternativas como, por exemplo ruim, médio, bom e muito bom. O questionário foi elaborado a partir da união das Sentenças Incompletas para Avaliação de Satisfação Global com o Programa (Murta & Sandoval, 2014) e do Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção (Alvarenga, 2017).

### ***Programa de Intervenção***

*Bases da Família.* O programa de intervenção consiste em uma adaptação do Programa Family Foundations<sup>3</sup> (Brown et al., 2012; Feinberg et al., 2010, 2009; Feinberg & Kan, 2008; Jones, Feinberg, & Hostetler, 2014; Solmeyer, Feinberg, Coffman, & Jones, 2014). O programa original focaliza os domínios conjugal e parental e é composto por onze sessões, com aproximadamente duas horas de duração cada. As sessões da proposta original se dividem, em seis pré-natais e cinco pós-natais. O público-alvo é composto por casais em relacionamentos estáveis, tanto uniões consensuais, quanto formais, durante a gestação do primeiro filho. O foco do programa é auxiliar os participantes a se tornarem conscientes das áreas de desacordo que o casal apresentava previamente ao nascimento do bebê e a manejar conflitos a partir do aprimoramento das habilidades de comunicação e de resolução de problemas. Outros tópicos desenvolvidos na intervenção envolvem a preparação para a parentalidade, a divisão de trabalho entre o casal, estratégias de apoio mútuo que promovam a parentalidade conjunta de maneira positiva para o bebê, o planejamento de lazer e afeto e a segurança emocional dos pais. Também são abordados tópicos sobre cuidados de um bebê, promoção do vínculo pais-criança, estratégias de ensino e disciplina e estimulação. A intervenção foi oferecida em modalidade de visita domiciliar, conduzida pelo pesquisador.

---

<sup>3</sup> Os autores obtiveram autorização para adaptar o programa Family Foundations conforme acordo de propriedade realizado com o autor do programa original, Dr. Mark Ethan Feinberg (Apêndice E).

A intervenção adaptada, que foi avaliada no presente estudo, focaliza os domínios conjugal e parental, e é composta por seis sessões, com aproximadamente duas horas de duração cada. Inicialmente houve a necessidade de reduzir o número total de sessões do programa original com o intuito de facilitar a adesão e a permanência dos casais no programa de intervenção. A decisão também teve como base pesquisas que indicaram a eficácia de intervenções com até oito sessões, tanto sobre a saúde mental das mães e pais, quanto sobre a conjugalidade (Oliveira et al., 2016). O período de realização das sessões também foi alterado, sendo que na versão adaptada do programa, todas as sessões foram realizadas no período pós-natal. Essa decisão foi tomada para favorecer a comparabilidade das medidas pré e pós-teste. Como o nascimento de um bebê está associado à reorganização do casal, as medidas poderiam sofrer influência da fase de coleta de dados e enviar os resultados. Adicionalmente, existem evidências de que intervenções realizadas no período pós-parto têm efeitos benéficos sobre a saúde dos pais e a parentalidade (Oliveira et al., 2016). As demais alterações procedidas direcionaram-se ao formato das atividades, assim como à reorganização dos conteúdos e da sequência das sessões.

A reorganização das sessões foi necessária para que os temas abordados nas 11 sessões do programa original pudessem ser trabalhados ao longo de apenas seis sessões. A Figura 3 apresenta as sequências de encontros na versão original e na adaptada, além dos temas originais que foram mantidos para cada encontro. Na versão adaptada, o primeiro encontro destina-se à elaboração de objetivos para a criação do bebê, à discussão sobre o casal enquanto uma dupla que deve atuar em conjunto, a despeito da situação conjugal dos pais, e a ensinar técnicas de respiração para relaxamento utilizadas em todos os encontros. O segundo encontro consiste na junção de temas discutidos nas segunda e terceira sessões da versão original. Dessa maneira, o segundo encontro visa à introdução da estratégia Falar e Ouvir com Atenção, utilizada como modelo para os diálogos do casal e também tem como intuito discutir

maneiras de reconhecer e lidar com sentimentos. Após a introdução de relaxamento, de comunicação e de reconhecimento de sentimentos, o terceiro encontro objetiva o aprofundamento da discussão sobre os efeitos de conflitos para os bebês, maneiras de prevenir ou lidar com os conflitos e de retomar o contato após o conflito. A quarta sessão permite o avanço da temática da sessão anterior, através do agrupamento de temas abordados pelas sessões cinco e 11 da versão original. A proposta consiste em discutir e exercitar, além de maneiras de lidar com os conflitos, estratégias para a resolução de problemas. O quinto prioriza as experiências recentes sobre a adaptação à parentalidade, assim como os sentimentos dos bebês e maneiras de oferecer segurança ao bebê. O sexto e último encontro consiste na reunião de temas dos encontros nove e 10 da versão original. Os temas reunidos funcionam como revisão e novas oportunidades de praticar a interação com o bebê, de conversar sobre as diferenças entre os pais e sobre maneiras de se comunicar e de resolver problemas.

Dois encontros da versão original não foram contemplados na versão adaptada. O sexto encontro do programa original foi retirado porque possui uma estrutura de resumo e repetição das atividades, por ser a última sessão do período pré-natal. A oitava sessão é dedicada, de maneira geral, à discussão sobre sentimentos, uma temática que já estava contemplada pelo terceiro encontro do programa original.

A necessidade de adaptações nos tipos de atividades e na linguagem utilizada foi determinada com base em outras experiências com programas de intervenção do grupo de pesquisa no qual o presente estudo foi realizado e também a partir das reações dos participantes às primeiras atividades que foram propostas. Essas reações iniciais indicavam maior dificuldade de engajamento em atividades escritas e dificuldades de compreensão diante de certos enunciados e tarefas.

Portanto, as alterações no formato de atividades visaram a tornar a linguagem mais

simples, empregando estruturas gramaticais e palavras compatíveis com o nível de escolaridade dos participantes e também a reduzir o número e a complexidade dos materiais escritos que eram fornecidos ou requeridos dos participantes. Os materiais escritos foram convertidos em cartões coloridos ilustrados, com texto reduzido. As orientações para que os casais realizassem registros escritos, por sua vez, foram substituídas por relatos espontâneos dos participantes durante as sessões. Nos momentos em que eram necessárias anotações, elas foram realizadas, pelo facilitador, no Caderno da Família. Havia ainda algumas atividades que faziam menção ao futuro mais distante da criança. Essas atividades foram adaptadas de modo a focalizar as mesmas habilidades sugeridas pelo programa original, porém, abordando experiências que o casal estava vivendo durante o período da intervenção com seu filho.

Parte das atividades também empregava dinâmicas de cunho metafórico sobre o relacionamento do casal ou sobre os cuidados com o bebê. Uma das atividades, por exemplo, tinha como objetivo discutir os efeitos da disputa e da colaboração conjunta do casal nos cuidados com o bebê através do uso de materiais como cordas. A metáfora, nesse caso, era de que a corda representaria eventos estressores. A ação conjunta do casal permitiria que ambos sustentassem firmemente a corda diante de pressões externas. A sustentação da corda seria equivalente aos efeitos da colaboração do casal para o enfrentamento de situações estressoras do cotidiano. Tais dinâmicas foram retiradas em toda a extensão do manual e substituídas por estratégias menos complexas que envolviam situações do cotidiano do casal. A atividade com as cordas, por exemplo, foi substituída pela tarefa em que cada participante, com os olhos fechados, deveria vestir uma boneca bebê, primeiro sozinho e depois com orientações verbais do outro participante.

Ainda quanto ao formato, o material original recorre ao uso de acrônimos ou siglas, visando à compreensão e à recordação, pelos casais, de estratégias discutidas durante a intervenção. Os acrônimos, como FTC (utilizado tanto para as expressões First The Child,

quanto *Fellings, Thoughts and Communication*) e *SOLUTION* (*Speak Out- Listen Up, Time, Ideas, Own it, open up, opinions and Negotiation*) foram traduzidos para *O Bebê em Primeiro Lugar e Resolver Problemas*. Esses acrônimos foram adaptados em lembretes ilustrados para serem entregues, ao casal, impressos em material adesivo, que poderiam ser afixados em locais de fácil visualização e no Caderno da Família (ver Apêndice K).

A proposta original também se utiliza de vídeos com relatos de casais em situações equivalentes às vividas pelos casais primários e com modelos de interações entre os casais e com os bebês. Como substitutos para os vídeos originais, foi proposta a realização de vídeo feedback com os casais. Uma das atividades, por exemplo, envolveu a noção de reciprocidade na relação entre pais e bebê, com o objetivo de os pais perceberem os efeitos de suas ações sobre os bebês. Durante a atividade, os casais foram filmados durante uma brincadeira livre com o bebê. Após as filmagens, os pais foram orientados a identificar uma sequência de comportamento do bebê, comportamento de um dos pais e efeito do comportamento dos pais sobre o comportamento do bebê.

Título e sequência original	Temas dos encontros	Título e sequência adaptado
1 <i>Building a strong team</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Criar objetivos</li> <li>❷ Trabalhar em equipe</li> <li>❸ Aprender a respirar para relaxar</li> </ul>	1 <i>Um time forte</i>
2 <i>First The Child</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Falar e Ouvir com Atenção</li> </ul>	2 <i>Sentimentos do casal</i>
3 <i>Feelings</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❷ Reconhecer sentimentos</li> <li>❸ Lidar com sentimentos</li> </ul>	
4 <i>Conflict</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ O que os conflitos fazem com o bebê</li> <li>❷ Evitar/lidar com o conflito</li> <li>❸ Retornar ao contato após o conflito</li> </ul>	3 <i>Conflitos</i>
5 <i>Communication</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Comunicar-se de maneira positiva</li> <li>❷ Falar sobre problemas</li> </ul>	4 <i>Comunicação e resolução de problemas</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❸ Resolver problemas (sessão 11)</li> </ul>	
6 <i>Here we go!</i>	-----	-----
7 <i>Adjusting to Parenthood</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Adaptar-se à parentalidade</li> <li>❷ Oferecer segurança ao bebê</li> </ul>	5 <i>Sentimentos do bebê</i>

8 <i>Security and Stress</i>	-----	-----
9 <i>Parenting</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❶ Brincar com o bebê</li> <li>❷ Diferenças entre os pais</li> <li>❸ Estratégias de manejo e resolução de problemas</li> </ul>	6 <i>Criando um bebê juntos</i>
10 <i>Support</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❹ Momento para a comunicação</li> </ul>	
11 <i>Parenting Team</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❺ Resolver problemas (englobado pela sessão 4 da versão adaptada)</li> </ul>	

Figura 3. Quadro dos títulos, seqüência e temas de cada encontro da versão original e da versão adaptada.

**Procedimentos de análise de dados.** Os dados dos instrumentos padronizados SRQ-20, BDI e EAD e das observações foram representados em gráficos que foram submetidos à análise visual. Esta análise consiste na comparação entre o desempenho pré-teste e o desempenho pós-teste, para avaliar a significância dos efeitos de uma intervenção. Tal análise é realizada a partir dos seguintes critérios: mudança de nível, imediatez da mudança, mudança da tendência e variabilidade dos resultados (Gresham, 2005; Suen, Lei, & Li, 2011). A satisfação com o programa foi analisada a partir das categorias previamente estabelecidas para as respostas ao Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção. As categorias foram: (a) satisfação dos participantes quanto às visitas, (b) clareza das orientações, (c) utilidade das informações, (d) aprimoramento da intervenção, (e) aspectos da intervenção de maior agrado e (f) aspectos da intervenção de menor agrado.

**Considerações éticas.** O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFBA (CEP/IPS-UFBA), conforme CAAE n.º 52127315.9.0000.5686 e Parecer n.º 1.445.145 e está em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, nos termos da Resolução n.º 466/12 do CNS. Antes do início do pré-teste, os participantes foram orientados quanto às características do estudo e aos seus direitos, assim como aos deveres do pesquisador e do

Estado, e puderam explicitar, cada, o seu consentimento através de duas vias de TCLE que foram assinadas após a anuência para a participação. Após a finalização da pesquisa, o casal foi convidado a avaliação do programa de intervenção e para a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.

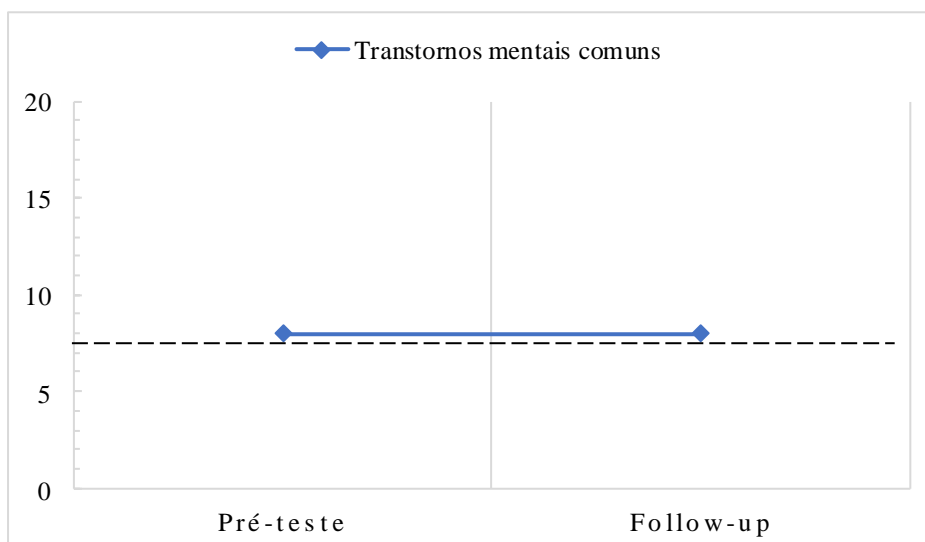
Tendo em vista que as visitas remetiam, entre outros aspectos, à relação conjugal e a possíveis conflitos e assimetrias na divisão de responsabilidades, a participação na pesquisa poderia potencializar conflitos conjugais. Caso os participantes manifestassem interesse ou necessidade, seria garantido o atendimento psicológico especializado em instituições com serviços gratuitos ou com baixo custo. Além disso, como as intervenções foram realizadas em modalidade de visita domiciliar, o pesquisador avaliou constantemente se a sua presença teve potencial para produzir qualquer espécie de constrangimento ou prejuízo às famílias, para providenciar as devidas reformulações.

## Resultados

Ambos os participantes estiverem presentes e realizaram as atividades das seis visitas domiciliares previstas para a intervenção. Tanto a mãe, quanto o pai, pareceram se engajar de maneira equivalente nas atividades propostas. No momento das sessões, estiveram presentes na residência apenas o casal e o bebê. Durante as visitas, poucas interrupções aconteceram, com a chegada de vizinhos ou familiares, mas que não entravam na residência. Frequentemente, ao chegar para as sessões, o facilitador identificava que o material de apoio disponibilizado estava afixado em locais visíveis da casa, como na porta do quarto do bebê ou dentro da Bíblia aberta sobre um dos móveis da sala. Algumas temáticas transversais, como o receio da participante de ser demitida de seu emprego após a licença maternidade ou dificuldades para manejar a relação com outros familiares, foram discutidas pontualmente e, quando adequado, englobadas nas atividades previstas para a sessão.

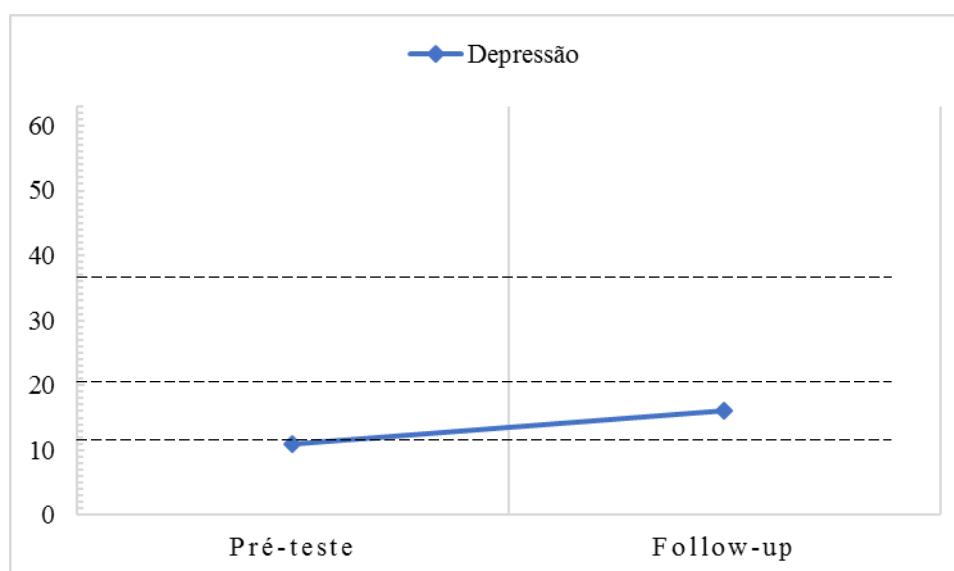
Na primeira etapa de análise, foram comparadas as avaliações de saúde mental e de conjugalidade da mãe entre o pré-teste e o follow-up. No que se refere à saúde mental, o escore de transtornos mentais se manteve do pré-teste para o follow-up (oito pontos), ficando na faixa de classificação para suspeita de transtornos mentais nas duas avaliações (ver Figura 4).





*Figura 4.* Sintomas de transtornos mentais comuns no pré-teste e no follow-up

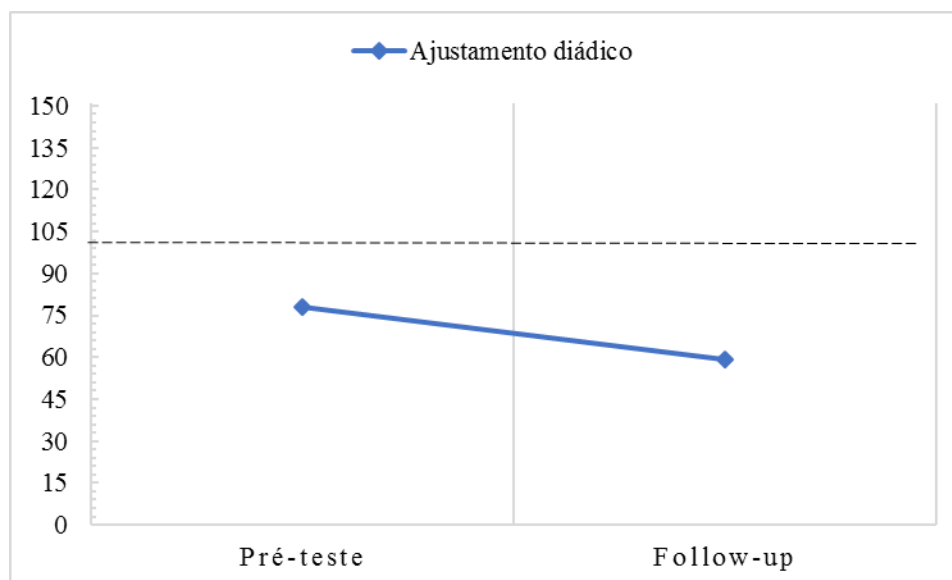
Os indicadores de depressão aumentaram do pré-teste para o follow-up. O escore no BDI, que foi de 11 na primeira avaliação, passou para 16 na segunda medida. Dessa forma, a classificação da intensidade de depressão passou de mínima para leve, conforme a representação da Figura 5.



*Figura 5.* Indicadores de depressão no pré-teste e no follow-up.

Quanto ao ajustamento diádico, houve uma redução no escore total de 78 no pré-teste

para 59 no follow-up. Contudo, o score se manteve na faixa de classificação correspondente a sofrimento no relacionamento conjugal nas duas medidas (ver Figura 6).



*Figura 6.* Escores de ajustamento diádico no pré-teste e no follow-up.

A Figura 7 apresenta os escores das dimensões de ajustamento diádico no pré-teste e no follow-up. As dimensões consenso diádico, coesão diádica e expressão de afeto, tiveram redução de escores, alterando-se de 42 para 25, de 10 para oito e de 10 para zero do pré-teste para o follow-up, respectivamente. A dimensão satisfação diádica foi a única que obteve aumento do escores do pré-teste para o follow-up que passaram de 16 para 26.

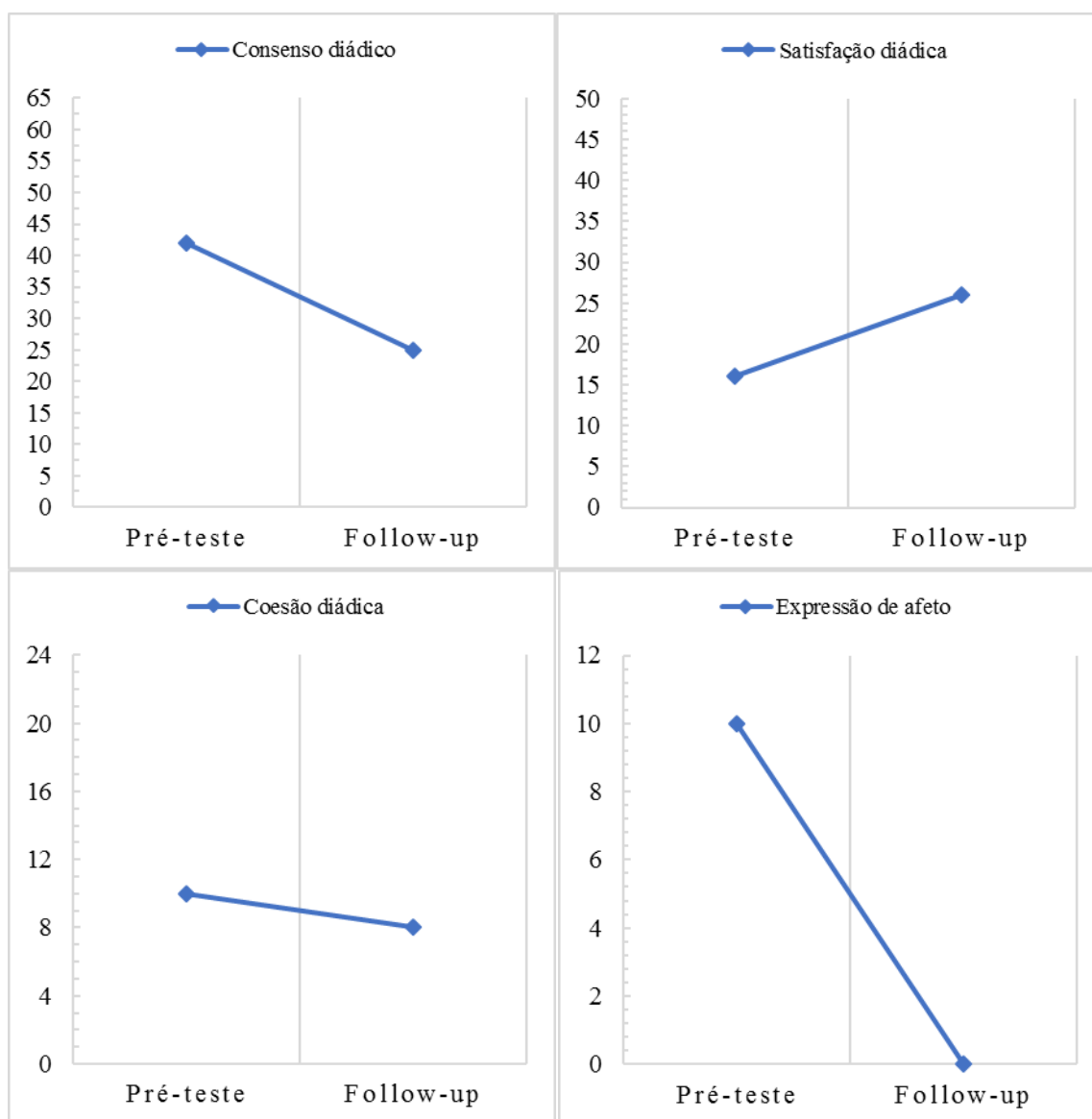


Figura 7. Escores nas dimensões de ajustamento diádico no pré-teste e no follow-up.

A segunda etapa de análise considerou os dados da conjugalidade referentes à dimensão da comunicação do casal. Nesta fase, foi realizada a análise visual da frequência das categorias avaliadas na Observação da Interação do Casal. As porcentagens apresentadas nos gráficos foram calculadas para as cinco categorias analisadas em cada uma das três visitas do pré-teste e das três visitas do pós-teste. Além de facilitar a comparação entre as filmagens, as proporções foram necessárias porque houve redução da quantidade de unidades de análise no pós-teste, comparadas às frequências do pré-teste.

A Figura 8 apresenta o gráfico com a frequência conjunta do casal para as categorias

de interação. De maneira geral, as categorias discussão positiva e recusa de atenção foram mais frequentes do que as categorias validação, invalidação e conflito tanto no pré como no pós-teste. Na fase pré-teste, o casal apresentou uma média de 42% (amplitude = 37,50% - 47,22%) de comportamentos de discussão positiva e 41,35% (amplitude = 37,70% - 46,43%) de recusa de atenção. A categoria validação ocorreu em média em 6,16% (amplitude = 5,15% - 7,54%) dos comportamentos, enquanto invalidação ocorreu em 8,93% (amplitude = 6,75% - 12,02%) e conflito em 1,15% (amplitude = 0,43% - 2,23%). É possível identificar estabilidade dos valores do pré-teste em todas as categorias.

Na primeira medida pós-teste, nota-se um aumento da frequência de discussão positiva e redução de recusa de atenção e de invalidação. Na primeira medida do pós-teste, revelou-se uma frequência de 72,73% para a categoria discussão positiva, 21,21% de recusa de atenção e 0,00% de invalidação. No entanto, nas medidas seguintes, foram verificados valores próximos aos registrados na linha de base. Com isso, os valores médios para as três categorias, respectivamente, foram 55,52% (amplitude = 44,80% - 72,73%), 30,72% (amplitude = 21,21% - 36,54%) e 6,99% (amplitude = 0,00% - 10,58%). As demais categorias mantiveram-se, no pós-teste, com valores similares aos do pré-teste. A categoria validação ocorreu em 4,74% (amplitude = 0,96% - 7,20%) dos comportamentos e conflito em 2,03% (amplitude = 0,00% - 3,20%).

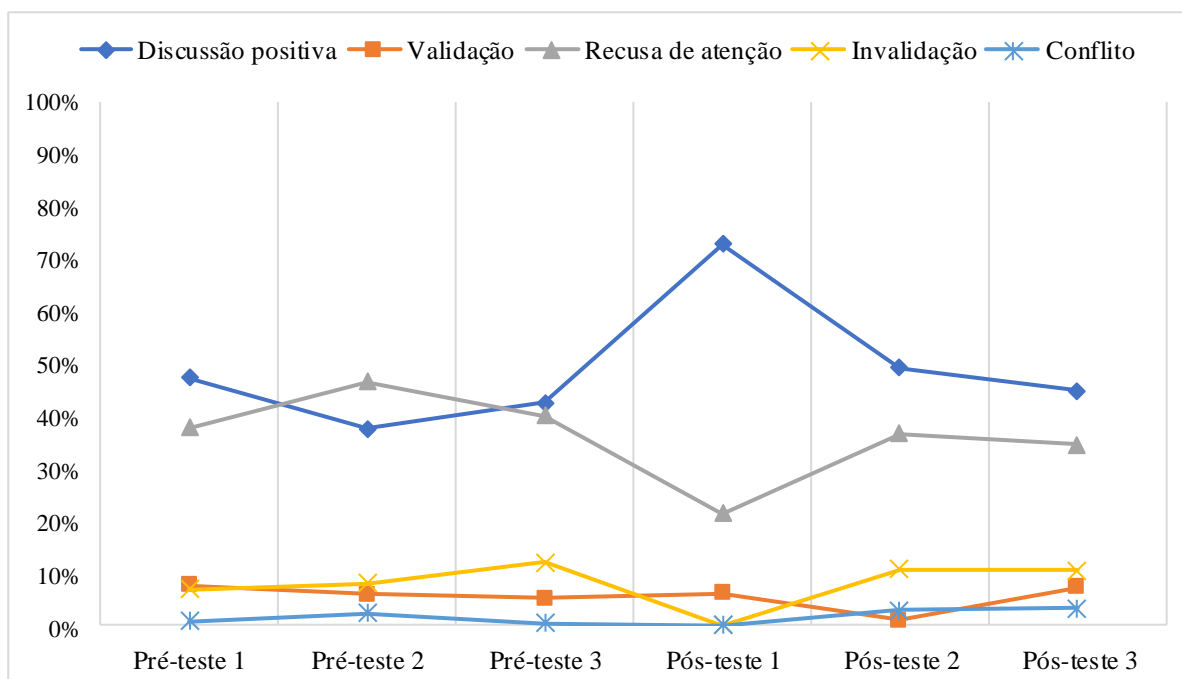


Figura 8. Frequência geral das categorias de interação durante as fases pré e pós-teste.

Além de analisar a frequência conjunta do casal, foram realizadas análises separadas para cada participante. A Figura 9 apresenta a frequência das categorias de interação da mãe durante as fases pré e pós-teste. Assim como na frequência geral do casal, para a mãe, verificam-se valores mais frequentes das categorias discussão positiva e recusa de atenção em relação às demais categorias. Na fase pré-teste, a mãe teve uma média de 46,64% (amplitude = 40,91% - 57,72%) de discussão positiva e 42,07% (amplitude = 35,77% - 46,79%) de recusa de atenção. A categoria validação ocorreu com uma média de 2,06% (amplitude = 1,63% - 2,73%), invalidação teve média de 8,93% (amplitude = 4,88% - 11,82%) e conflito em 0,30% (amplitude = 0,00% - 0,91%).

Na primeira medida pós-teste, também foi revelada uma tendência ao aumento de discussão positiva e de redução de recusa de atenção e de invalidação. Nessa primeira avaliação do pós-teste, a frequência de discussão positiva foi 73,53%, de recusa de atenção foi 23,53% e de invalidação foi 0,00%. Contudo, nas duas medidas posteriores, foi verificada a redução para valores próximos aos registrados na linha de base. Com isso, os valores médios

para as três categorias, respectivamente, foram 50,73% (amplitude = 38,18% - 73,53%), 39,66% (amplitude = 23,53% - 50,00%) e 6,20% (amplitude = 0,00% - 9,52%). As demais categorias mantiveram-se com valores similares aos do pré-teste. A categoria validação ocorreu com frequência média de 3,40% (amplitude = 0,00% - 7,27%) e conflito de 0,00% (amplitude = 0,00% - 0,00%).

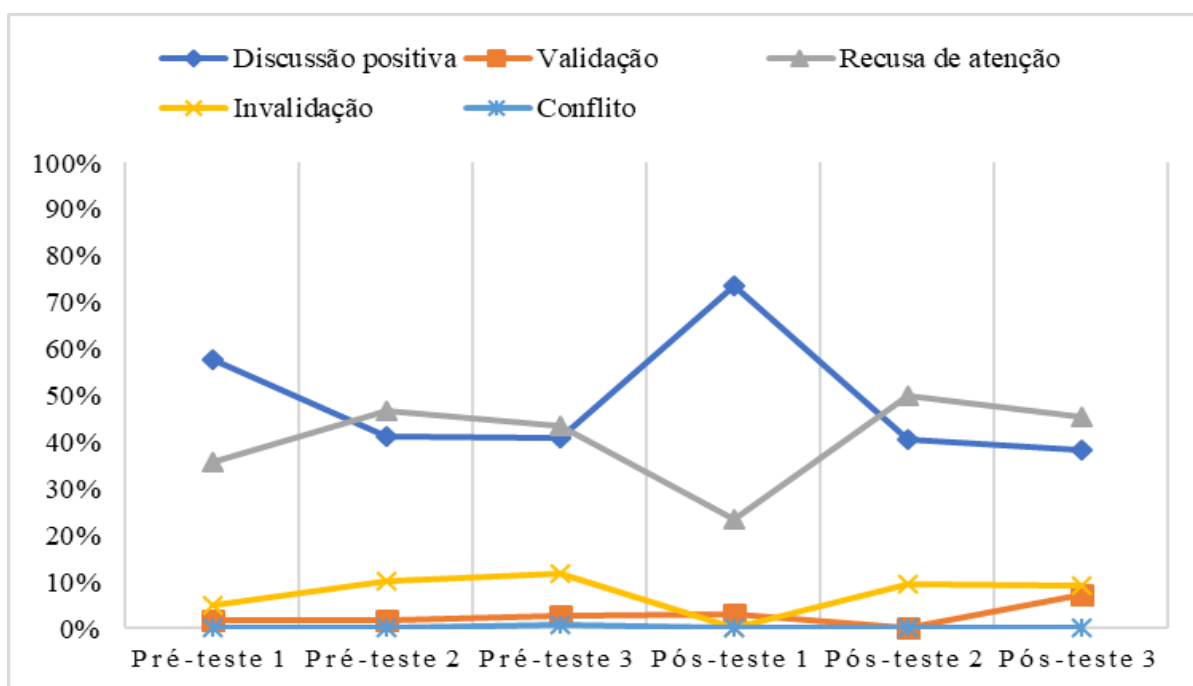


Figura 9. Frequência das categorias de interação da mãe durante as fases pré e pós-teste.

A Figura 10 apresenta a frequência das categorias de interação do pai durante as fases pré e pós-teste. O registro das categorias de interação do pai diverge da tendência identificada anteriormente nas frequências de discussão positiva e recusa de atenção durante as filmagens do pós-teste. Assim como a mãe, os resultados do pai revelaram maior frequência de discussão positiva e de recusa de atenção em relação às demais categorias. Os valores de discussão positiva e de recusa de atenção mantiveram-se estáveis durante o pré-teste. Para discussão positiva, foi revelada a frequência média de 38,34% (amplitude = 33,91% - 43,90%), enquanto que recusa de atenção teve frequência de 40,74% (amplitude = 36,59% -

46,09%). No entanto, na primeira medida pós-teste, revelou-se o aumento da frequência da categoria discussão positiva, de modo que todos os valores identificados no pós-teste foram superiores aos valores do pré-teste com frequência média de 58,90% (amplitude = 50,00% - 71,88%). De maneira oposta, verificou-se a redução da categoria recusa de atenção durante o pós-teste, com todas as medidas mostrando resultados inferiores aos valores do pré-teste, sendo a frequência média no pós-teste de 23,96% (amplitude = 18,75% - 27,42%). Apesar de a frequência de invalidação ter sofrido redução na primeira medida do pós-teste (0,00%), seus valores voltaram a equivaler às medidas do pré-teste nas duas últimas medidas do pós-teste, com frequência média de 7,57% (amplitude = 0,00% - 11,43%). As categorias validação e conflito apresentaram frequências estáveis durante todas as etapas de coleta, respectivamente, 10,02% (amplitude = 7,32% - 13,18%) e 1,97% (amplitude = 0,00% - 4,35%) no pré-teste, e 6,04% (amplitude = 1,61% - 9,38%) e 3,52% (amplitude = 0,00% - 5,71%) no pós-teste.

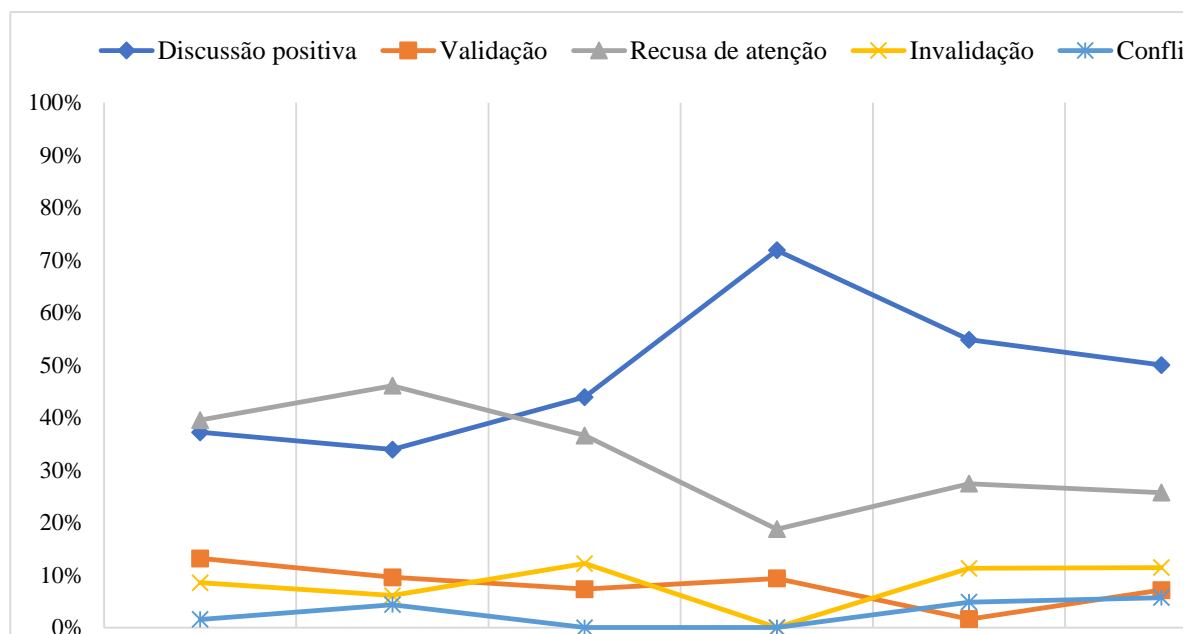


Figura 10. Frequência das categorias de interação do pai durante as fases pré e pós-teste.

A terceira e última etapa de análise foi sobre a satisfação com o programa a partir da categorização das respostas ao Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção.

Em geral, as respostas do casal foram similares. A impressão geral dos participantes quanto às visitas foi classificada como muito boa para ambos. No entanto, as respostas às questões abertas sobre a impressão geral diferiram quanto ao detalhamento. Enquanto a mãe listou aprendizagens, tais como saber lidar com a família e ser tolerante, o pai ofereceu respostas vagas, como afirmar que aprendeu muito, mas sem especificar o que foi aprendido. As respostas dos participantes também diferiram quanto à clareza das orientações e à utilidade das informações oferecidas durante a intervenção. A mãe as classificou como muito claras e muito úteis. O pai, por sua vez, classificou-as como claras e úteis. A divergência também ocorreu quanto ao aprimoramento da intervenção. O pai não apresentou sugestões para o aprimoramento da intervenção, enquanto a mãe sugeriu a ampliação da quantidade de sessões.

Quanto à pergunta que indagava sobre os cinco aspectos da intervenção que mais haviam agradado aos participantes, a mãe novamente respondeu com mais detalhes, enquanto o pai respondeu de forma geral. A mãe mencionou habilidades discutidas durante as visitas, como falar e ouvir com atenção, negociar e se comprometer com a escolha da solução para resolução de problemas, reconhecer características do parceiro e pensar no bebê. Por sua vez, o pai, dos cinco aspectos solicitados, informou apenas três, que foram referidos como aprendizado, orientações e experiências novas. Ambos os participantes afirmaram não haver aspectos da intervenção que os desagradassem.



## Discussão

O Estudo II teve como objetivos específicos: (a) adaptar um programa de intervenção direcionado ao aprimoramento da conjugalidade durante a transição para a parentalidade, o Family Foundations e (b) avaliar os efeitos de uma intervenção domiciliar, durante a transição para a parentalidade, sobre a saúde mental materna e sobre a conjugalidade, que foi avaliada em duas dimensões, o ajustamento diádico e a comunicação do casal. O ajustamento diádico, por sua vez, também é formado pelas dimensões consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto, que foram utilizadas nas análises.

A primeira hipótese, de que a mãe apresentaria melhora dos sintomas de transtornos mentais comuns, dos indicadores de depressão e do ajustamento diádico e suas respectivas dimensões da primeira medida pré-teste para o follow-up, não foi confirmada. Os sintomas de transtornos mentais comuns mantiveram-se com valores iguais do pré-teste para o follow-up, enquanto os indicadores de depressão aumentaram em frequência e em intensidade entre as duas fases. Quanto ao ajustamento diádico, os resultados revelaram aumento dos escores em apenas uma das quatro dimensões avaliadas, a satisfação diádica.

Como a literatura é consistente ao demonstrar a tendência de redução dos sintomas depressivos entre o período pré-natal e o pós-parto (O'Hara & Wisner, 2014; Paulson et al., 2016; Sipsma et al., 2016; Wu & Hung, 2016), o aumento dos sintomas depressivos é um achado que contradiz o que seria esperado de maneira geral, especialmente com a implementação de um programa de intervenção para favorecer a transição para a parentalidade. Por outro lado, o delineamento do Estudo II analisou a trajetória dos sintomas de transtornos mentais de uma única mulher, o que requer cautela na interpretação dos resultados obtidos e atenção ao fato de se tratar de uma participante que já apresentava suspeita de transtornos mentais durante o período pré-natal.

Em primeiro lugar, a classificação da participante como um caso de suspeita de transtorno mental durante a gestação pode ser um dos fatores relacionados ao desenvolvimento de depressão pós-parto. A ocorrência de sintomatologia de transtornos mentais comuns durante a gravidez tem sido relatada como um dos fatores mais robustos para a explicação da depressão pós-parto (Alvarenga & Frizzo, 2017; O'Hara & Wisner, 2014; Paschetta et al., 2014). O fato de as primíparas tenderem a ser menos vulneráveis ao desenvolvimento de depressão que as mulheres múltiparas (Bassi et al., 2017; Canário & Figueiredo, 2017; Silva et al., 2010) permite a suposição de que a participante tivesse história pregressa de depressão. Caso a participante possuísse história de depressão, ela teria mais chances de desenvolver depressão pós-parto (Paschetta et al., 2014). O período de transição para a parentalidade é caracterizado por exigir uma reorganização dos indivíduos aos novos contextos, demandas e funções parentais (Frech, 2014), fazendo com que as mães vivenciem amplas mudanças em sua rotina. Em geral, as mães tornam-se vulneráveis à redução da qualidade de vida, com redução do tempo para si, para o casal e para atividades de lazer, bem como uma possível redução da renda disponível (Krob et al., 2009; Petch & Halford, 2008). Nesse sentido, é provável que a participante estivesse mais vulnerável e menos preparada do ponto de vista de seus recursos emocionais e comportamentais para lidar com as mudanças decorrentes da maternidade. Os resultados mostram também que a intervenção não foi eficaz para atenuar a vulnerabilidade emocional apresentada pela mãe, não tendo produzido efeitos sobre a saúde mental.

Outra hipótese explicativa para o aumento dos sintomas depressivos pode estar relacionada à qualidade do ajustamento diádico durante a gravidez. O ajustamento conjugal durante a gestação também tem sido relatado como um preditor para a depressão pós-parto (Diaz, Le, Cooper, & Muñoz, 2007; Paschetta et al., 2014). A participante obteve escores equivalentes a relacionamento desajustado, durante a gestação, e apresentou um dos menores

valores de ajustamento diádico verificados entre as 50 participantes do Estudo I. Nesse ponto, a associação entre saúde mental e conjugalidade oferece desafios interpretativos. Como a discussão do Estudo I sugere, não é possível discriminar de qual maneira se estabeleceu a relação entre depressão na gestação e qualidade do ajustamento conjugal para a participante. O tempo de relacionamento da participante com seu companheiro foi um dos maiores dos registrados no Estudo I, de 15 anos. Com isso, a dinâmica de interação do casal remonta a eventos distantes e recorrentes durante um longo intervalo de tempo, o que torna os mecanismos de influência ainda mais complexos. Ainda assim, há evidências de que indivíduos em casamentos longos e infelizes têm maiores chances de experienciar prejuízos à saúde mental, incluindo depressão (Pateraki & Roussi, 2013). Por um lado, como discutido no Estudo I, a baixa qualidade do relacionamento pode ter feito com que ambos os participantes se sentissem gradualmente distantes um do outro. Um possível afastamento do casal pode ter diminuído o apoio do parceiro durante a gestação. Como o menor apoio do parceiro está associado à sintomatologia depressiva (Sipsma et al., 2016), o pouco apoio durante a gestação do primeiro filho pode ter oferecido risco adicional à participante, dado o período de mudanças e incertezas que a transição para a parentalidade estabelece. Por outro lado, os sintomas depressivos diminuem o prazer nas relações de intimidade com o parceiro, o que reduziria a satisfação conjugal e a percepção da qualidade do relacionamento (Finkbeiner et al., 2013). Caso o pai apresentasse sintomas de depressão ou também baixa satisfação conjugal, seria possível que as interações entre os participantes se tornassem mutuamente aversivas, aumentando as chances de deterioração da saúde mental materna e de seu ajustamento diádico (Vismara et al., 2016).

Como a conjugalidade afeta a saúde mental e vice-versa, um programa de intervenção breve, ainda que contemple esses aspectos, talvez não tenha a potência necessária para ajudar um casal de risco como este. Isto é, os resultados do presente estudo conduzem à hipótese de

que o programa Bases da Família seja indicado para casais sem perfil de risco, enquanto casais mais vulneráveis talvez precisem de intervenções prolongadas e que focalizem separadamente sintomas de transtornos mentais de cada um dos cônjuges.

Outra possível explicação é a de que a ocorrência de depressão para a participante tenha sido influenciada por fatores estressores externos à relação e que não foram focalizados pela intervenção (Alvarenga, Palma, Silva, & Dazzani, 2013; Diaz et al., 2007). O estudo de Diaz et al. (2007), por exemplo, revelou que o apoio social direcionado a mães latinas foi um fator de proteção que favoreceu a redução mais acentuada dos sintomas de depressão da gestação para o pós-parto. Infelizmente esses aspectos não foram avaliados no presente estudo, e poderiam elucidar os resultados referentes à saúde mental da participante. Uma quarta possibilidade explicativa envolve fatores biológicos, tais como genéticos e hormonais (Paschetta et al., 2014), que também não foram avaliados na presente pesquisa. Caso a participante tenha marcadores biológicos associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos, as modificações psicossociais presentes durante a transição para a parentalidade podem ter potencializado o risco de desenvolvimento de depressão. As explicações apresentadas para a saúde mental materna, não são excludentes, e sua ocorrência simultânea talvez torne a participante ainda mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas depressivos ao mesmo tempo em que podem explicar a ausência de efeitos da intervenção.

De qualquer modo, é preciso considerar o fato de que a realização de somente duas avaliações para a saúde mental materna, uma na gestação e outra no pós-parto, é uma das limitações do presente estudo. A tendência de redução dos sintomas depressivos poderia ser confundida com um efeito do programa de maneira equivocada. Por isso, é necessário que se realizem pesquisas longitudinais que permitam a verificação das trajetórias de sintomas depressivos em mulheres primíparas brasileiras de baixa renda.

Quanto ao ajustamento diádico, houve melhora apenas da satisfação diádica, a única

dimensão que apresentou tendência oposta ao que ocorreu nas outras dimensões desta variável. O aumento da satisfação diádica pode estar relacionado ao fato de o conteúdo da intervenção ter sido direcionado primariamente para habilidades de comunicação e resolução de problemas do casal. A satisfação diádica avalia aspectos relacionados a conflitos do casal e arrependimento com o relacionamento. Exemplos de itens da escala utilizada que avaliam essa dimensão são: (a) “Quantas vezes você e seu parceiro brigam?” e (b) “Quantas vezes você e seu parceiro irritam um ao outro?”. Mesmo que o casal tenha dificuldades para concordar com aspectos do cotidiano (consenso diádico), para compartilhar atividades (coesão diádica) e para expressar afeto (expressão de afeto), todas essas vivências podem ter ocorrido de modo menos conflituoso e gerando menos sofrimento devido ao programa de intervenção.

Por outro lado, o programa de intervenção mostrou-se insuficiente para alterar o consenso diádico, a coesão diádica e a expressão de afeto. Isso pode ter acontecido porque a intervenção não possuía componentes dedicados ao fortalecimento das relações conjugais para além das relações de coparentalidade. Visto desse modo, o programa de intervenção não necessariamente produziria melhoras das dimensões de coesão e expressão de afeto. A queda dos escores nessas três dimensões do pré-teste para o follow-up mostra ainda que, o programa de intervenção não permitiu a prevenção do desgaste desses aspectos do ajustamento diádico. É possível que os sintomas de transtornos mentais e a percepção de um relacionamento em desajuste antes da chegada do bebê caracterizassem um contexto bastante adverso para a participante. Com o nascimento e as demandas decorrentes do cuidado com o bebê, novos estressores foram acrescentados à rotina, o que pode ter facilitado a deterioração do relacionamento.

A segunda hipótese que afirmava que a comunicação do casal teria redução das categorias de conflito, recusa de atenção e invalidação do pré para o pós-teste, foi parcialmente confirmada. Inicialmente é preciso notar que, apesar de os resultados para o

casal apresentarem aprimoramento em algumas categorias de comunicação do pré para o pós-teste, foram as frequências apresentadas pelo pai que parecem ter elevado a média das frequências do casal. Dessa maneira, o aparente aprimoramento das interações do casal pode ser visto com maior clareza a partir dos comportamentos apresentados por cada participante, em cada fase.

A análise separada por participante revelou que a comunicação do pai teve modificações mais acentuadas e estáveis do pré para o pós-teste do que a comunicação da mãe. A comunicação da mãe, por outro lado, manteve taxas similares desde o pré até o pós-teste, revelando ausência de modificação, com exceção da primeira medida do pós-teste. Contudo, a primeira medida pós-teste foi a que teve menor duração e menor variabilidade dos comportamentos do casal, o que indica a necessidade de considerar com cautela esse frágil indicador de melhora na comunicação da mãe. Além desse resultado, constatou-se que a mãe apresentou mais discussão negativa do que o pai no pós-teste. No caso do pai houve redução da recusa de atenção ao longo de todo o pós-teste. Assim, considera-se a categoria de recusa de atenção para o pai foi a única relacionada à segunda hipótese a apresentar melhora de seus indicadores no pós-teste.

O fato de a mãe ter apresentado maior frequência de comunicação negativa que o pai durante o pós-teste, se aproxima do que Oka et al. (2015) sugerem em seu estudo. Eles afirmam que as mulheres com baixa qualidade do relacionamento tendem a se engajar mais em comunicação negativa quando comparadas a homens, particularmente em contexto terapêutico. No entanto, os autores não explicaram os motivos pelos quais as mulheres se engajariam mais comunicação negativa no contexto terapêutico. Já a diminuição da recusa de atenção do pai, caracterizada por interrupção da fala do interlocutor ou falta de respostas a perguntas dirigidas, parece ser consistente com as habilidades desenvolvidas durante a intervenção de falar e ouvir com atenção ao interlocutor. Como a ferramenta consistia no

respeito e na alternância de turnos do casal, uma vez utilizada, menor seria a frequência de interrupções da fala do interlocutor.

A ausência de mudança das categorias conflito e invalidação, assim como a estabilidade do desempenho da mãe, talvez possam ser atribuídos, em parte, ao contexto de depressão pós-parto. O estudo de Frizzo et al. (2011), por exemplo, verificou que, apesar de os casais conseguirem comunicar suas dificuldades e sentimentos, também ocorriam respostas inadequadas à expressão de sentimentos do interlocutor ou às propostas de solução de problemas do outro. Esses dados também podem auxiliar a compreender a terceira hipótese.

A terceira e última hipótese de que, a comunicação do casal teria aumento das categorias discussão positiva e validação do pré para o pós-teste, também foi parcialmente confirmada. Novamente, foi identificado o aumento da frequência de comportamentos do pai em somente uma das categorias, a discussão positiva. A discussão positiva é caracterizada pela identificação, o reconhecimento e a proposição de soluções para situações do cotidiano do casal ou de um deles. A maior tendência de apresentar comportamentos de discussão positiva pelo pai pode ter tornado a exposição de problemas mais frequentes durante a interação do casal. Esse padrão pode ter influenciado a comunicação materna, pois a maior frequência de discussão sobre problemas do casal pode não ter sido acompanhada por propostas adequadas para sua resolução, assim como esses problemas podem não ter sido completamente solucionados (Hawkins, Blanchard, Baldwin, & Fawcett, 2008). Nesse sentido, diante dessa mudança no padrão de comunicação do pai, a mãe pode ter mantido a frequência de recusa de atenção e invalidação, frente à exposição de problemas do casal, em vez de acompanhar o aumento da frequência de discussão positiva apresentado pelo pai. De maneira complementar, Shapiro, Gottman e Fink (2015) sugerem que os efeitos de intervenções sobre a comunicação são graduais e complexas, o que fortalece o argumento de que as habilidades de resolução de problemas podem não ter sido adequadamente

desenvolvidas até o momento das avaliações pós-teste. Além disso, Beach et al. (1993) afirmam que pessoas com depressão, como a participante deste estudo, têm reduzidas suas habilidades de resolução de problemas.

Dois estudos verificaram resultados similares aos achados da presente pesquisa. Daley-McCoy et al. (2015) realizaram uma intervenção com o objetivo de aprimorar o relacionamento conjugal de casais durante a transição para a parentalidade e seus resultados revelaram menor deterioração da satisfação conjugal para as mulheres e menor deterioração da comunicação conjugal para os homens. A pesquisa de Shapiro et al. (2015) também identificou melhora da comunicação dos homens, com redução de comentários depreciativos e aumento do afeto positivo direcionados às mulheres. A explicação de Shapiro et al. (2015) para seus resultados concorda com evidências apresentadas na revisão da presente tese, quanto às atribuições culturais para as divisões dos cuidados entre mães e pais. Os autores afirmam que os homens podem ter sido mais receptivos à implementação das mudanças em resposta à intervenção porque as mães geralmente experienciam, em comparação aos homens, maior sobrecarga e privação de sono, durante a transição para a parentalidade, em decorrência dos cuidados com o bebê.

Outras características associadas à gestação podem ter interferido na saúde mental da participante e em sua receptividade para implementar as mudanças da comunicação com seu companheiro. Alterações fisiológicas acompanham à gravidez e estão associadas a ganho de peso. Em alguns casos, as mulheres que se sentem desconfortáveis com sua imagem corporal após a gestação e podem ter redução da autoestima, por exemplo (van Scheppingen et al., 2017).

Ainda que associado a resultados limitados, a satisfação com o programa de intervenção foi alta e similar entre os participantes. Ambos os participantes, tiveram boa impressão geral do programa, avaliaram as orientações como claras ou muito claras e as



informações como úteis ou muito úteis. A satisfação com o programa pode ter favorecido a manutenção dos participantes em uma iniciativa com visitas domiciliares, semanais ou quinzenais, durante aproximadamente cinco meses (Marin, Alvarenga, Pozzobon, Lins, & Oliveira, 2017).

Em resumo, apesar de a satisfação relatada pelos participantes em relação ao programa de intervenção, foram verificadas mudanças apenas na comunicação do pai, para as categorias discussão positiva e recusa de atenção. A ausência de efeitos sobre a saúde mental materna, sobre algumas dimensões do ajustamento diádico e sobre a comunicação materna revela que o formato atual da intervenção não foi adequado para promover esses fatores. Isso se deveu, em parte, à pouca atenção dedicada ao potencial de influência que sintomas de depressão e transtornos mentais comuns poderiam ter sobre os demais domínios da transição para a parentalidade. As respostas da mãe ao questionário de satisfação sugerem que ela reconhece quais as habilidades foram discutidas e treinadas durante as sessões. No entanto, ela também sugeriu que a intervenção fosse composta por um maior número de encontros. Nesse sentido, é importante reconhecer que participantes com indicadores de depressão podem precisar de intervenções mais prolongadas e/ou associada a outras terapêuticas, a fim de alcançar melhora da saúde mental e do relacionamento conjugal.

Por se tratar de uma avaliação piloto e pelas dificuldades relacionadas à participação no programa de intervenção, tais como duração prolongada, interrupção da rotina familiar, dificuldades para disponibilidade de horário com presença de ambos os pais em casa, a amostra do Estudo II foi reduzida a um casal, o que não permitiu a nenhuma replicação que confirmasse os reduzidos efeitos do programa de intervenção. Apesar das vantagens que delineamentos de medidas repetidas oferecem para a avaliação dos desempenhos de casais participantes de intervenções, o intervalo de tempo demandado para sua realização é um obstáculo que deve ser reavaliado. As mães e pais durante a transição passam por alterações

em seu cotidiano, como privação de sono e reorganização das atividades cotidianas, que podem inviabilizar a realização de visitas domiciliares além das dedicadas à intervenção.

Os indícios iniciais verificados nesta avaliação permitem o planejamento de novas pesquisas com amostras maiores, a fim de avaliar a eficácia do formato adaptado da intervenção Bases da Família. De qualquer modo, recomenda-se que as próximas pesquisas que investiguem a eficácia desta ou de outras intervenções breves, envolvam casais com perfis de risco menos acentuados, sobretudo sem suspeita de transtornos mentais.

### Considerações finais

Os resultados desta tese revelaram que prejuízos na saúde mental, mais especificamente sintomas de depressão e de transtornos mentais comuns, estão relacionados a problemas na conjugalidade em mulheres, durante a transição para a parentalidade. Também se destacou o poder preditivo do tempo de relacionamento do casal, junto aos transtornos mentais comuns, na explicação do ajustamento diádico. Adicionalmente, a análise de um caso submetido a um programa de intervenção para facilitar a transição para a parentalidade tornou evidente a ineficácia desse tipo de estratégia breve para atenuar os problemas de saúde mental da mulher e melhorar aspectos da conjugalidade.

O Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho (C. P. Cowan et al., 1985, 1991) obteve suporte de parte dos resultados. Os achados indicaram ser necessário investigar, variáveis mediadoras ou moderadoras, como aquelas relacionadas a aspectos parentais, intergeracionais ou sociais. Essas variáveis estão previstas pelo modelo teórico, porém, até o presente momento, não há evidências que elucidem relações de moderação ou mediação desses fatores no que se refere à saúde mental e a conjugalidade. No que se refere à intervenção, o aprimoramento da comunicação paterna em comparação à falta de efeitos da intervenção para a comunicação da mãe sugere possíveis obstáculos que a depressão pode oferecer para a interação conjugal e para a própria implementação exitosa de ações voltadas para favorecer a transição para a parentalidade (Alvarenga & Frizzo, 2017; Diaz et al., 2007; Paschetta et al., 2014). Assim, os resultados da implementação do programa Bases da Família sugerem que intervenções breves focadas na conjugalidade podem não ser eficazes, durante a transição para a parentalidade, quando aplicadas a mulheres expostas a um conjunto de variáveis relacionadas à maior vulnerabilidade e estressores, assim como a casais com menor capacidade de adaptação no que diz respeito a habilidades de resolução de

problemas e comunicação por exemplo.

Assim, este estudo mostrou que a implementação de intervenções com casais durante a transição para a parentalidade envolve a identificação e manejo de diferentes e complexas condições associadas ao risco de dificuldades de adaptação à parentalidade. Novas investigações são necessárias para a compreensão mais aprofundada sobre quais fatores podem prevenir a deterioração da saúde mental dos pais e do relacionamento conjugal, principalmente, para famílias brasileiras sociovulneráveis. Essas investigações devem incluir, por exemplo, a criação e avaliação de atividades para casais que sejam inovadoras e adaptadas à cultura do nosso país e estratégias para garantir a participação de famílias em risco para a adaptação à parentalidade em programas mais prolongados do que a aquele avaliado na presente pesquisa.

Dentre as limitações desta pesquisa, podem ser citados o tamanho reduzido da amostra e a limitação das características das participantes. Os critérios restritivos de seleção das participantes podem ter favorecido a formação de uma amostra com pouca variação de seus dados e potencial limitado para a verificação das relações entre as variáveis sociodemográficas com saúde mental materna e ajustamento diádico. Desse modo, é importante que novas pesquisas sobre a transição para a parentalidade sejam realizadas com famílias brasileiras e que sejam ampliados o tamanho e a variabilidade das características sociodemográficas da amostra. Futuras investigações devem incluir outras características relevantes dos pais, como, por exemplo, os processos de transição para a parentalidade em famílias adotivas ou reconstituídas. Outro aspecto a ser considerado é a ocorrência de partos interrompidos e de gestações com bebês natimortos, que talvez tenha potencial para alterar a experiência de tornar-se mãe ou pai e que não tem sido propriamente investigada na literatura brasileira.

Em resumo, a transição para a parentalidade é uma etapa do desenvolvimento

normativa que tem potencial para mobilizar diferentes dimensões da vida de um casal. O conjunto de estressores aos quais os indivíduos são expostos, juntamente com seus recursos individuais e do casal, podem influenciar a adaptação à parentalidade. Os programas de intervenção têm potencial para favorecer a transição para a parentalidade, mas ainda existem desafios para a compreensão aprofundada desse fenômeno na população brasileira, assim como para a elaboração e implementação de iniciativas exitosas para mães e pais.

## Referências

- Almeida, M. S., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., & Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 385–394. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200017
- Alvarenga, P. (2017). Questionário de Satisfação com o Programa de Intervenção. Manuscrito não publicado.
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 51–59. doi: 10.1590/1982-43272766201707
- Alvarenga, P., Oliveira, J. M., & Lins, T. C. S. (2017). Reflexões sobre a parentalidade no contexto de vulnerabilidade social no Brasil. Manuscrito não publicado.
- Alvarenga, P., Palma, E. S., Silva, L. M. A., & Dazzani, M. V. (2013). Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas. *Interação em Psicologia*, 17(1), 47–57. doi: 10.5380/psi.v17i1.20159
- Augustin, D., & Frizzo, G. B. (2015). A coparentalidade ao longo do desenvolvimento dos filhos: Estabilidade e mudança no 1º e 6º ano de vida. *Interação Psicologia*, 19(1), 13–24. doi: 10.5380/psi.v19i1.29239
- Barnes, M. W. (2015). Gender differentiation in paid and unpaid work during the transition to parenthood. *Sociology Compass*, 9(5), 348–364. doi: 10.1111/soc4.12263
- Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183–195. doi: 10.1080/02646838.2017.1290222
- Beach, S. R. H., Martin, J. K., Blum, T. C., & Roman, P. M. (1993). Subclinical depression and role fulfillment in domestic settings: Spurious relationships, imagined problems, or real effects? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(2), 113–128. doi: 10.1007/BF00960612
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, *103*(4), 698–709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Berthoud, C. M. E., & Bergami, N. B. B. (1997). Família em fase de aquisição. In C. M. O. Cerveny & C. M. E. Berthoud (Orgs.), *Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa* (p. 47–73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 62–77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). First-time parents' expectations about the division of childcare and play. *Journal of Family Psychology*, *26*(1), 36–45. doi: 10.1037/a0026608
- Bjorklund, D. F., Younger, J. L., & Pellegrini, A. D. (2002). The Evolution of Parenting and Evolutionary Approaches to Childrearing. In M. H. Bornstein (Org.), *Handbook of parenting: Volume 2: Biology and Ecology of Parenting* (2<sup>o</sup> ed, p. 3–30). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bornstein, M. H. (2002). Parenting Infants. In M. H. Bornstein (Org.), *Handbook of parenting: Volume 1: Children and parenting* (2<sup>o</sup> ed, p. 3–43). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: One size does not fit all. *JAMA*, *294*(22), 2879. doi: 10.1001/jama.294.22.2879
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Orgs.), *International Encyclopedia of Education* (2<sup>o</sup> ed, p. 1643–1647). Oxford: Elsevier.
- Brown, L. D., Goslin, M. C., & Feinberg, M. E. (2012). Relating engagement to outcomes in prevention: The case of a parenting program for couples. *American Journal of Community Psychology*, *50*(1–2), 17–25. doi: 10.1007/s10464-011-9467-5
- Canário, C., & Figueiredo, B. (2017). Anxiety and depressive symptoms in women and men

- from early pregnancy to 30 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 1–19. doi: 10.1080/02646838.2017.1368464
- Cardoso, L. B. S. A. (2017). *O casal e a distribuição dos recursos financeiros em diferentes fases do ciclo de vida familiar* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Brasília. Recuperado de <https://btdt.ucb.br:8443/jspui/bitstream/tede/2250/2/LucianadeBarrosSilvaAlvesCardosoDissertacao2017.pdf>
- Cherif, R., Feki, I., Gassara, H., Baati, I., Sellami, R., Feki, H., ... Masmoudi, J. (2017). Symptomatology depressive du post-partum: Prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 45(10), 528–534. doi: 10.1016/j.gofs.2017.06.011
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology*, 237–257. Recuperado de <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Christopher, C., Umemura, T., Mann, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital quality over the transition to parenthood as a predictor of coparenting. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3636–3651. doi: 10.1007/s10826-015-0172-0
- Claridge, A. M., Lettenberger-Klein, C. G., & VanDonge, C. M. (2017). Pregnancy intention and positive parenting behaviors among first-time mothers: The importance of mothers' contexts. *Journal of Family Issues*, 38(7), 883–903. doi: 10.1177/0192513X15583068
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garret, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451–481. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12340558>
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., & Miller, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan & M. Hetherington (Orgs.), *Family Transitions*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development. In F. Walsh (Org.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4<sup>o</sup> ed, p. 428–451). New York: Guilford Press.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2016). Transições familiares normativas, qualidade da relação do casal e desenvolvimento sadio dos filhos. In F. Walsh (Org.), *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (4<sup>o</sup> ed). Porto Alegre: Artmed.



- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Knox, V. (2010). Marriage and fatherhood programs. *Future of Children*, 20(2), 205–230. doi: 10.1353/foc.2010.0000
- Cruz, E. B. D. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181–188. doi: 10.1590/S0100-72032005000400004
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P., & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31(6), 799–804. doi: s0100-879x1998000600012
- Daley-McCoy, C., Rogers, M., & Slade, P. (2015). Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: A cluster-randomised controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 681–692. doi: 10.1007/s00737-015-0510-7
- Dallas, C. (2002). Family matters: How mothers of adolescent parents experience adolescent pregnancy and parenting. *Public Health Nursing*, 21(4), 347–353. doi: 10.1111/j.0737-1209.2004.21408.x
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *ANS. Advances in Nursing Science*, 35(3), E11-22. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- DeMaris, A., & Mahoney, A. (2017). The perception of fairness in infant care and mothers' postpartum depression. *Social Science & Medicine*, 190, 199–206. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.08.030
- Demick, J. (2002). Stages of parental development. In M. H. Bornstein (Org.), *Handbook of parenting: Volume 3: Becoming and Being a Parent* (2<sup>o</sup> ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221–231. doi: 10.1590/s0102-37722000000300005
- Deverill, C., & King, M. (2009). Common mental disorders. In S. McManus, H. Meltzer, T. Brugha, P. Bebbington, & R. Jenkins (Orgs.), *Adult psychiatric morbidity in England*,

- 2007: *Results of a household survey* (p. 1–274). Leeds: The NHS Information Centre for health and social care. doi: 10.13140/2.1.1563.5205
- Di Florio, A., Jones, L., Forty, L., Gordon-Smith, K., Blackmore, E. R., Heron, J., ... Jones, I. (2014). Mood disorders and parity – A clue to the aetiology of the postpartum trigger. *Journal of Affective Disorders, 152–154*(1), 334–339. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.034
- Diaz, M. A., Le, H. N., Cooper, B. A., & Muñoz, R. F. (2007). Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income latina sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(4), 328–336. doi: 10.1037/1099-9809.13.4.328
- Doherty, W. J., Erickson, M. F., & LaRossa, R. (2006). An intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 438–47. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.438
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology, 13*, 25–28. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.04.003
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(3), 601–19. doi: 10.1037/a0013969
- Dudas, R. B., Csatordai, S., Devosa, I., Tőreki, A., Andó, B., Barabás, K., ... Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 323–328. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.017
- Faisal-Cury, A., Menezes, P., Araya, R., & Zugaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: Prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Archives of Women's Mental Health, 12*(5), 335–343. doi: 10.1007/s00737-009-0081-6
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 173–195. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12240706>
- Feinberg, M. E., Jones, D. E., Kan, M. L., & Goslin, M. C. (2010). Effects of Family Foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology, 24*(5), 532–542. doi: 10.1037/a0020837

- Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology, 22*(2), 253–263. doi: 10.1037/0893-3200.22.2.253
- Feinberg, M. E., Kan, M. L., & Goslin, M. C. (2009). Enhancing coparenting, parenting, and child self-regulation: Effects of family foundations 1 year after birth. *Prevention Science, 10*(3), 276–285. doi: 10.1007/s11121-009-0130-4
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(2), 379–394. doi: 10.1590/S0102-79721998000200014
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (2<sup>o</sup> ed). Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(2), 99–107. doi: 10.1080/02646830701873057
- Finkbeiner, N. M., Epstein, N. B., & Falconier, M. K. (2013). Low intimacy as a mediator between depression and clinic couple relationship satisfaction. *Personal Relationships, 20*(3), 406–421. doi: 10.1111/j.1475-6811.2012.01415.x
- Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization, 90*(2), 139–149. doi: 10.2471/BLT.11.091850
- Florsheim, P., Sumida, E., Mccann, C., Winstanley, M., Fukui, R., Seefeldt, T., & Moore, D. (2003). The transition to parenthood among young african american and latino couples: Relational predictors of risk for parental dysfunction. *Journal of Family Psychology, 17*(1), 65–79. doi: 10.1037/0893-3200.17.1.65
- Flykt, M., Palosaari, E., Lindblom, J., Vänskä, M., Poikkeus, P., Repokari, L., ... Punamäki, R.-L. (2014). What explains violated expectations of parent-child relationship in transition to parenthood? *Journal of Family Psychology, 28*(2), 148–59. doi: 10.1037/a0036050
- Fogel, A. (2011). Theoretical and applied dynamic systems research in developmental science. *Child Development Perspectives, 5*(4), 267–272. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00174.x

- Frech, A. (2014). Pathways to adulthood and changes in health-promoting behaviors. *Advances in Life Course Research, 19*, 40–9. doi: 10.1016/j.alcr.2013.12.002
- Frizzo, G. B., Kreutz, C. M., Schmidt, C., Piccinini, C. A., & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 15*(3), 84–94. doi: 10.7322/jhgd.19774
- Frizzo, G. B., Silva, I. M., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2011). Comunicação conjugal durante a transição para parentalidade no contexto de depressão pós-parto. *Psicologia, 25*(2), 39. doi: 10.17575/rpsicol.v25i2.287
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*. doi: 10.1002/14651858.CD002869.pub2
- Gjesfjeld, C. D., Greeno, C. G., Kim, K. H., & Anderson, C. M. (2010). Economic stress, social support, and maternal depression: Is social support deterioration occurring? *Social Work Research, 34*(3), 135–143. doi: 10.1093/swr/34.3.135
- Gnazzo, A., Guerriero, V., Di Folco, S., Zavattini, G. C., & de Campora, G. (2015). Skin to skin interactions. Does the infant massage improve the couple functioning? *Frontiers in Psychology, 6*, 1–9. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01468
- Goldberg, W. A. (1988). Perspectives on the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Orgs.), *The Transition to Parenthood: Current Theory and Research* (p. 1–21). New York: Cambridge University Press.
- Gresham, F. M. (2005). Response to intervention: An alternative means of identifying students as emotionally disturbed. *Education and Treatment of Children, 28*(4), 328–344. Recuperado de [http://www.pent.ca.gov/pos/rti/rtialternativemeans\\_gresham.pdf](http://www.pent.ca.gov/pos/rti/rtialternativemeans_gresham.pdf)
- Hahlweg, K. (2004). Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion (KPI): Interactional Coding System (ICS). In P. K. Kerig & D. H. Baucom (Orgs.), *Couple Observational Coding Systems*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kline, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of marital and family therapy, 29*(3), 385–406. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01214.x
- Halford, W. K., Petch, J. F., & Creedy, D. K. (2010). Promoting a positive transition to parenthood: A randomized clinical trial of couple relationship education. *Prevention*

*Science*, 11(1), 89–100. doi: 10.1007/s11121-009-0152-y

- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 750–768. doi: 10.1037//0893-3200.15.4.750
- Hameister, B. R., Barbosa, P. V., & Wagner, A. (2015). Conjugalidade e parentalidade: Uma revisão sistemática do efeito spillover. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 140–155. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672015000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000200011)
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: Prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1–10. doi: 10.1590/0102-311x00094016
- Hartnett, C. S., Furstenberg, F., Birditt, K., & Fingerman, K. (2013). Parental support during young adulthood: Why does assistance decline with age? *Journal of Family Issues*, 34(7), 975–1007. doi: 10.1177/0192513X12454657
- Hashmi, H. A., Khurshid, M., & Hassan, I. (2007). Marital adjustment, stress and depression among working and non-working married women, 2(1), 19–26. doi: 10.4314/ijmu.v2i1.39843
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental transitions. In A. I. Meleis (Org.), *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Hawkins, A. J., Blanchard, V. L., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2008). Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 723–734. doi: 10.1037/a0012584
- Hayes, B. A., & Muller, R. (2004). Prenatal depression: A randomized controlled trial in the emotional health of primiparous women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2), 165–183. doi: 10.1891/088971804780957072
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: The role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process*, 46(4), 499–514. doi: 10.1111/j.1545-5300.2007.00228.x

- Heinicke, C. M. (2002). The transition to parenthood. In M. H. Bornstein (Org.), *Handbook of parenting: Volume 3: Becoming and Being a Parent* (2<sup>o</sup> ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hernandez, J. A. E. (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593–601. doi: 10.1590/S1413-73722008000300021
- Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 133–141. doi: 10.1590/S0102-37722008000200002
- Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: Ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414–421. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490/4926>
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2007). Current and past depression as predictors of family functioning: A comparison of men and women in a community sample. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 694–702. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.694
- Hollist, C. S., Falceto, O. G., Seibel, B. L., Springer, P. R., Nunes, N. A., Fernandes, C. L. C., & Miller, R. B. (2016). Depressão pós-parto e satisfação conjugal: Impacto longitudinal em uma amostra brasileira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1. doi: 10.5712/rbmfc11(38)1044
- Hooge, S. L., Benzies, K. M., & Mannion, C. A. (2014). Effects of a brief, prevention-focused parenting education program for new mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 36(8), 957–974. doi: 10.1177/0193945913519871
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Fleck, M. O. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(1), 31–43. doi: 10.1080/014608601300035580
- Hughes, F. M., Gordon, K. C., & Gaertner, L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 506–514. doi: 10.1111/j.1741-3737.2004.00034.x
- Jain, A., Belsky, J., & Crnic, K. (1996). Beyond fathering behaviors: Types of dads. *Journal of Family Psychology*, 10(4), 431–442. doi: 10.1037//0893-3200.10.4.431
- Jones, D. E., Feinberg, M. E., & Hostetler, M. L. (2014). Costs to implement an effective transition-to-parenthood program for couples: Analysis of the Family Foundations

- program. *Evaluation and Program Planning*, 44, 59–67. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2014.02.001
- Kalmijn, M., & Bernasco, W. (2001). Joint and separated in couple relationships lifestyles. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 639–654. doi: j.1741-3737.2001.00639.x
- Kantowitz, B. H., Roediger III, H. L., & Elmes, D. G. (2006). *Psicologia experimental: Psicologia para compreender a pesquisa em psicologia* (8<sup>o</sup> ed). São Paulo: Thomson Learning Edições. doi: 10.1590/S1516-18462008000300012
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3–34. doi: 10.1037/0033-2909.118.1.3
- Kim, E. (2012). Marital adjustment and depressive symptoms in Korean Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(6), 370–376. doi: 10.3109/01612840.2012.656822
- Kleven, H., Landais, C., & Sjøgaard, J. E. (2018). *Children and gender inequality: Evidence from Denmark*. Cambridge, MA. doi: 10.3386/w24219
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2(2), 105–125. doi: 10.1111/j.1756-2589.2010.00045.x
- Knoester, C., & Eggebeen, D. J. (2006). The effects of the transition to parenthood and subsequent children on men's well-being and social participation. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1532–1560. doi: 10.1177/0192513X06290802
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A Transição para a paternidade: Da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269–291. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642009000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642009000200008)
- Kurdek, L. A. (2005). Gender and marital satisfaction early in marriage: A growth curve approach. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 68–84. doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00006.x
- Lachance-Grzela, M., & Bouchard, G. (2009). The well-being of cohabiting and married couples during pregnancy: Does pregnancy planning matter? *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2–3), 141–159. doi: 10.1177/0265407509106705
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010).

- Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5–14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159. doi: 10.2307/2529310
- Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41–50. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.41
- Le, Y., McDaniel, B. T., Leavitt, C. E., & Feinberg, M. E. (2016). Longitudinal associations between relationship quality and coparenting across the transition to parenthood: A dyadic perspective. *Journal of Family Psychology*, 30(8), 918–926. doi: 10.1037/fam0000217
- LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as Crisis. *Marriage and Family Living*, 19(4), 352. doi: 10.2307/347802
- Lesnard, L. (2008). Off-scheduling within dual-earner couples: An unequal and negative externality for family time. *American Journal of Sociology*, 114(2), 447–490. doi: 10.1086/590648
- Levandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2006). Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 17–28. doi: 10.1590/s0102-37722006000100003
- Marchand, J. F., & Hock, E. (2000). Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations*, 49(2), 201–206. doi: 10.2307/585817
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148(JAN.), 23–26. doi: 10.1192/bjp.148.1.23
- Marin, A. H., Alvarenga, P., Pozzobon, M., Lins, T. C. S., & Oliveira, J. M. (2017). *Evasão em intervenções com pais de crianças e adolescentes: Relato de experiência*. Manuscrito não publicado.
- Marin, A. H., Martins, G. D. F., Freitas, A. P. C. O., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2013). Transmissão intergeracional de práticas educativas parentais: Evidências empíricas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 123–132. doi: 10.1590/s0102-



37722013000200001

- Martins, G. D. F., Macarini, S. M., Vieira, M. L., Seidl-de-Moura, M. L., Bussab, V. S. R., & Cruz, R. M. (2010). Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF*, *15*(1), 23–34. doi: 10.1590/s1413-82712010000100004
- McDaniel, B. T., & Teti, D. M. (2012). Coparenting quality during the first three months after birth: The role of infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, *26*(6), 886–95. doi: 10.1037/a0030707
- McKay, K., & Ross, L. E. (2010). The transition to adoptive parenthood: A pilot study of parents adopting in Ontario, Canada. *Children and Youth Services Review*, *32*(4), 604–610. doi: 10.1016/j.chilyouth.2009.12.007
- Mckenzie, S. K., & Carter, K. (2013). Does transition into parenthood lead to changes in mental health? Findings from three waves of a population based panel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *67*(4), 339–45. doi: 10.1136/jech-2012-201765
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, *12*(1), 83–93. doi: s1413-82712007000100010
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *16*(35), 315–325. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300003
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. de O., & Paulo, S. G. (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia*, *22*(53), 403–412. doi: 10.1590/1982-43272253201312
- Murta, S. G., & Sandoval, L. A. N. (2014). *Relatório de avaliação do processo de implementação e de adaptação cultural do programa Fortalecendo Famílias (SFP 10-14): Fase pré-piloto*. Brasília.
- Nascimento, G. C. M., Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos amorosos e homossexualidade: Revisão integrativa da literatura. *Temas em Psicologia*, *23*(3), 547–563. doi: 10.9788/TP2015.3-03
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *32*(4), 465–477. doi: 10.1177/0884217503255199

- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- Ohashi, Y., & Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: A longitudinal study. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 140–7. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00669.x
- Oka, M., Whiting, J. B., & Reifman, A. (2015). Observational research of negative communication and self-reported relationship satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 43(4), 378–391. doi: 10.1080/01926187.2015.1052311
- Oliveira, J. M., Alvarenga, P., & Paixão, C. (2016). *Revisão sistemática de intervenções com pais primíparos na transição para a parentalidade*. Manuscrito não publicado.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Systems*, 22, 144–167. doi: 10.1111/1467-6427.00144
- Onghena, P. (2005). Single-Case Designs. In B. S. Everitt & D. C. Howell (Orgs.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (Vol. 4, p. 1850–1854). Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Classificação e transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Recuperado de <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2016). OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Recuperado de [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839)
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to Parenthood and Mental Health in First-time Parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263–273. doi: 10.1002/imhj.21443
- Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S., & Ismail, K. M. K. (2014). Perinatal psychiatric disorders: An overview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(6), 501–509.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.10.009
- Pateraki, E., & Roussi, P. (2013). Marital quality and well-being: The role of gender, marital duration, social support and cultural context. In A. Efklides & D. Moraitou (Orgs.), A

- positive psychology perspective on quality of life* (Vol. 51). Dordrecht. doi: 10.1007/978-94-007-4963-4
- Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H., & Leiferman, J. A. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 19*(4), 655–663. doi: 10.1007/s00737-016-0598-4
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 35*(4), 144–153. doi: 10.1590/S0101-60832008000400004
- Perren, S., Von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Bürgin, D., & Von Klitzing, K. (2003). Parental psychopathology, marital quality, and the transition to parenthood. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(1), 55–64. doi: 10.1037/0002-9432.73.1.55
- Perren, S., Wyl, A., Burgin, D., Simoni, H., & Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process, 44*(4), 441–459. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00071.x
- Petch, J. F., & Halford, W. K. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1125–1137. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.005
- Petch, J. F., Halford, W. K., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2012). A randomized controlled trial of a couple relationship and coparenting program (Couple CARE for Parents) for high- and low-risk new parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 662–673. doi: 10.1037/a0028781
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(3), 223–232. doi: 10.1590/s0102-37722004000300003
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2010). Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 24*(3), 316–327. doi: 10.1037/a0019691
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: Perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica, 23*(1), 103–118. doi: 10.1590/S0103-56652011000100007
- Reichle, B., Backes, S., & Dette-Hagenmeyer, D. E. (2012). Positive parenting the preventive

- way: Transforming research into practice with an intervention for new parents. *European Journal of Developmental Psychology*. doi: 10.1080/17405629.2011.629037
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., ... Brustia, P. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00839
- Rosado, J. S., & Wagner, A. (2015). Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: Revisão sistemática da literatura. *Pensando Famílias*, 19(2), 21–33. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2015000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200003&lng=pt&nrm=iso)
- Rose, L. T., & Fischer, K. W. (2009). Dynamic systems theory. In R. A. Shweder (Org.), *The Child: An encyclopedic companion* (p. 1–6). Chicago: University of Chicago Press.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 171–186. doi: 10.1037//0893-3200.14.2.171
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R., & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1), 151–164. doi: 10.5380/psi.v12i1.9537
- Sanders, M. R., Halford, W. K., & Behrens, B. C. (1999). Parental Divorce and Premarital Couple Communication. *Journal of Family Psychology*, 13(1), 60–74. doi: 10.1037/0893-3200.13.1.60
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214–222. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100023
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544–560. doi: 10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central concept in nursing. *Image:*

- the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2009). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Psico*, 40(4), 430–437. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4512/4928>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2011). Ajustamento Diádico e Satisfação Conjugal: Correlações entre os Domínios de Duas Escalas de Avaliação da Conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 439–447. doi: 10.1590/S0102-79722011000300007
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, R. M. (2012). Expressão de afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 321–328. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/17.pdf>
- Scott, R. L., & Cordova, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 16(2), 199–208. doi: 10.1037/0893-3200.16.2.199
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Fink, B. C. (2015). Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), 239–251. doi: 10.1037/cfp0000051
- Shulman, S., Barr, T., Livneh, Y., Nurmi, J.-E., Vasalampi, K., & Pratt, M. (2015). Career pursuit pathways among emerging adult men and women: Psychosocial correlates and precursors. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 9–19. doi: 10.1177/0165025414533222
- Silva, R. A. da, Jansen, K., Souza, L. D. de M., Moraes, I. G. da S., Tomasi, E., Silva, G. D. G. da, ... Pinheiro, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139–144. doi: 10.1590/S1516-44462010000200008
- Sipsma, H. L., Callands, T., Desrosiers, A., Magriples, U., Jones, K., Albritton, T., & Kershaw, T. (2016). Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2372–2381. doi: 10.1007/s10995-016-2064-3
- Solmeyer, A. R., Feinberg, M. E., Coffman, D. L., & Jones, D. E. (2014). The effects of the

- Family Foundations prevention program on coparenting and child adjustment: A mediation analysis. *Prevention Science*, *15*(2), 213–223. doi: 10.1007/s11121-013-0366-x
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*(1), 15–28. doi: 10.2307/350547
- Suen, H. K., Lei, P.-W., & Li, H. (2011). Data Analysis for Effective Decision Making. In M. A. Bray & T. J. Kehle (Orgs.), *The Oxford Handbook of School Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, *25*(2), 114–125. doi: 10.1016/j.midw.2006.12.012
- Swartz, T. T. (2009). Intergenerational Family Relations in Adulthood: Patterns, Variations, and Implications in the Contemporary United States. *Annual Review of Sociology*, *35*(1), 191–212. doi: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134615
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, *10*(4), 286–307. doi: 10.1080/15295192.2010.492040
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: Um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. saúde Colet.*, *20*(4), 416–26. doi: 10.1590/s1414-462x2012000400003
- Treviño, Y. A., Wooten, H. R., & Scott, R. E. (2007). A correlational study between depression and marital adjustment in hispanic couples. *The Family Journal*, *15*(1), 46–52. doi: 10.1177/1066480706294033
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. W., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*, *63*(5), 667–679. doi: 10.1111/fare.12089
- Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2006). Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology*, *20*(1), 40–46. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.40
- Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-

- Being: A life course perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 72(3), 612–629.  
doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x
- Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 453–477. doi: 10.1002/imhj.20019
- Vanalli, A. C. G., & Barham, E. J. (2000). Após a licença maternidade: a percepção de professoras sobre a divisão das demandas familiares. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 130–138. doi: 10.1590/s0102-71822012000100015
- van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J. A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2017). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*. doi: 10.1037/pspp0000156
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. doi: 10.1186/s12888-017-1427-7
- Vieira, J. M. (2014). Diferenciais na fecundidade brasileira segundo a natureza da união: algumas especulações sobre decisões reprodutivas e a prática de morar junto. In *VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población* (p. 1–27). Lima, Peru: Asociación Latinoamericana de Población. Recuperado de [http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2014\\_FINAL238.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL238.pdf)
- Vieira, M. L., Bossardi, C. N., Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Crepaldi, M. A., & Piccinini, C. A. (2014). Paternidade no Brasil: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(2), 36–52. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672014000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200004)
- Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., Bossardi, C. N., Gomes, L. B., Dill, S., Bolze, A., & Piccinini, C. A. (2013). Paternity in the Brazilian Context. In M. L. Seidl-de-Moura (Org.), *Parenting in South American and African Contexts* (p. 35–64). Rijeka, Croatia: InTech. doi: 10.5772/57027
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., ... Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7(June), 1–10. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00938
- Voorpostel, M., van der Lippe, T., & Gershuny, J. (2010). Spending time together—Changes

- over four decades in leisure time spent with a spouse. *Journal of Leisure Research*, 42(2), 243–265. doi: 10.1080/00222216.2010.11950204
- Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 407–414. doi: s0103-863x2006000300011
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375–383. doi: 10.1037/a0023790
- Widarsson, M. (2012). *Transition to Parenthood: Perceived Needs of Support during Pregnancy and Parental Stress 18 Months after Childbirth*. Uppsala Universitet.
- Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 185–90. doi: 10.3109/0167482X.2012.720314
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(1), 53–80. doi: 10.1037/a0028601
- Wu, W.-R., & Hung, C.-H. (2016). First-Time mothers psychiatric health status during the transition to motherhood. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 937–943. doi: 10.1007/s10597-015-9892-2
- Yavorsky, J. E., Kamp Dush, C. M., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2015). The production of inequality: The gender division of labor across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 77(3), 662–679. doi: 10.1111/jomf.12189



## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo I



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
 Instituto de Psicologia – IPS  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI  
 Mestrado e Doutorado



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada *Adaptação e avaliação de um programa de intervenção direcionado à transição para a parentalidade de casais brasileiros*. Proposta por mim, João Marcos de Oliveira, sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga. Tal estudo tem como objetivo adaptar e avaliar os efeitos do programa de intervenção *Family Foundations*, direcionado à transição de casais para a parentalidade, de acordo com as necessidades verificadas em uma amostra de gestantes brasileiras. Os resultados obtidos poderão contribuir para a implementação de programas de prevenção para pais e mães, adaptados à realidade de famílias brasileiras em risco para ajustamento à parentalidade, visando à melhor adaptação dos casais e ao desenvolvimento socioemocional infantil pleno. O estudo será conduzido em duas fases, a primeira, para a qual você está sendo convidada, trata-se de um estudo quantitativo de delineamento correlacional que tem como objetivos específicos, (a) avaliar as necessidades de mães primíparas relativas à conjugalidade e à parentalidade durante a transição para a maternidade e (b) identificar um conjunto de casais para conduzir o programa de intervenção na segunda fase do estudo. Para a execução da primeira fase da pesquisa, você responderá, individualmente, a questionários e entrevistas, com o auxílio do pesquisador, que serão gravados em áudio.

Você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para você ou para terceiros. Seu anonimato será assegurado, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Os possíveis riscos desta pesquisa envolvem o receio de suas falas se tornarem públicas e inibição por expor informações pessoais e conjugais. Tendo em vista que os instrumentos remetem, entre outros aspectos, à relação conjugal e a possíveis conflitos e assimetrias na divisão de responsabilidades, a participação na pesquisa pode potencializar conflitos conjugais. Tais riscos serão minimizados mediante esclarecimentos adicionais sobre a natureza da pesquisa e sobre o sigilo, sempre que for solicitado ou que o pesquisador identifique que seja necessário. Além disso, caso os participantes manifestem interesse ou necessidade, será garantido o atendimento psicológico especializado em instituições com serviços gratuitos ou com baixo custo. O sigilo será resguardado e a entrevista será em local reservado. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, você será indenizado se comprovado o prejuízo mediante avaliação judicial.

O benefício relacionado à sua participação será uma melhor compreensão de como o processo de tornar-se mãe ocorre, além disso, você poderá se candidatar para ser acompanhada, junto com seu companheiro, por um programa de visita domiciliar destinado à melhor adaptação do relacionamento conjugal e das relações mães-bebê e pai-bebê, com a chegada do primeiro filho. Os resultados da pesquisa serão apresentados às participantes em uma palestra na maternidade. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a construção de relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação para fins científicos.

No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 3283-6480, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa responsável. Desta forma, se concordar, por sua livre vontade, em participar desta pesquisa, por favor, assine este termo de consentimento livre e esclarecido ficando com uma cópia para si.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_

RG e Assinatura do(a) Participante/Impressão datiloscópica): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**Apêndice B – Ficha de dados sociodemográficos**Caso: 

Universidade Federal da Bahia – UFBA  
 Instituto de Psicologia – IPS  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI  
 Mestrado e Doutorado

**Ficha de Dados Sociodemográficos**

Nome: \_\_\_\_\_

Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_

Até que série você completou na escola? \_\_\_\_\_

Você trabalha? ( ) Sim ( ) Não Se sim, o que faz \_\_\_\_\_

Algum problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Já foi atendido(a) alguma vez por um psicólogo ou psiquiatra? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação psicotrópica? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Você tem algum familiar diagnosticado com problemas psicológicos? ( ) Sim ( ) Não Qual o seu parentesco? \_\_\_\_\_

Situação conjugal: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Idade do cônjuge \_\_\_\_\_ Até que série ele completou na escola? \_\_\_\_\_

Ele trabalha? ( ) Sim ( ) Não Se sim, o que faz? \_\_\_\_\_

Qual é a renda familiar mensal (em Reais)? \_\_\_\_\_

Quem mora na sua casa?

Grau de parentesco com o respondente	Idade	Sexo

**Dados do bebê (para utilizar no follow-up)**

Nome: \_\_\_\_\_

Gravidez foi: ( ) inesperada ( ) esperada ( ) planejada

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Semanas de gestação ao nascer: \_\_\_\_\_

Problemas de saúde: \_\_\_\_\_

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Alternativa de contato (nome/parentesco): \_\_\_\_\_

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

## Apêndice C – Self-Report Questionnaire (SRQ-20)

### SRQ

O(a) sr(a). poderia, por favor, responder às seguintes perguntas a respeito da sua saúde:

<b>01-</b> Tem dores de cabeça frequentes?	1- Sim 2- Não	
<b>02-</b> Tem falta de apetite?	1- Sim 2- Não	
<b>03-</b> Dorme mal?	1- Sim 2- Não	
<b>04-</b> Assusta-se com facilidade?	1- Sim 2- Não	
<b>05-</b> Tem tremores de mão?	1- Sim 2- Não	
<b>06-</b> Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim 2- Não	
<b>07-</b> Tem má digestão?	1- Sim 2- Não	
<b>08-</b> Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim 2- Não	
<b>09-</b> Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim 2- Não	
<b>10-</b> Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim 2- Não	
<b>11-</b> Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim 2- Não	
<b>12-</b> Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim 2- Não	
<b>13-</b> Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim 2- Não	
<b>14-</b> É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim 2- Não	
<b>15-</b> Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim 2- Não	
<b>16-</b> Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim 2- Não	
<b>17-</b> Tem tido ideias de acabar com a vida?	1- Sim 2- Não	
<b>18-</b> Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim 2- Não	
<b>19-</b> Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim 2- Não	
<b>20-</b> Você se cansa com facilidade?	1- Sim 2- Não	

**A - Total de sim** |\_\_\_||\_\_\_

## Apêndice D – Escala de Ajustamento Diádico (EAD)

### EAD

**Tem relação amorosa no momento?** ( ) sim ( ) não      Obs.: se não, pense no último relacionamento que teve.

Muitas pessoas têm desacordos em seus relacionamentos. Por favor, indique o grau aproximado de acordo ou desacordo entre você e seu parceiro para cada questão da seguinte lista, colocando um X em apenas uma opção para cada questão. Por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta.

	Concordamos Sempre	Concordamos na maioria do tempo	Discordamos Ocasionalmente	Discordamos Frequentemente	Discordamos na maioria do tempo	Discordamos Sempre
01. Administração das Finanças da Família.	5	4	3	2	1	0
02. Assuntos de Lazer.	5	4	3	2	1	0
03. Assuntos Religiosos.	5	4	3	2	1	0
04. Demonstrações de Afeto.	5	4	3	2	1	0
05. Amigos.	5	4	3	2	1	0
06. Relações Sexuais.	5	4	3	2	1	0
07. Comportamento correto ou apropriado.	5	4	3	2	1	0
08. Filosofia de Vida.	5	4	3	2	1	0
09. Em relação a negócios com parentes.	5	4	3	2	1	0
10. Propósitos, metas e coisas importantes.	5	4	3	2	1	0
11. O quanto de tempo que passamos juntos	5	4	3	2	1	0
12. Tomada de decisões importantes.	5	4	3	2	1	0
13. Divisão de tarefas domésticas.	5	4	3	2	1	0
14. Atividades e tempo de lazer	5	4	3	2	1	0
15. Decisões profissionais	5	4	3	2	1	0

	Todo o Tempo	Na maioria do tempo	Mais frequente do que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Quantas vezes vocês têm discutido ou considerado o divórcio, separação ou término do relacionamento?	0	1	2	3	4	5
17. Quantas vezes você e seu parceiro saem de casa após uma briga?	0	1	2	3	4	5
18. Com que frequência você pensa que as coisas entre você e seu parceiro estão indo bem?	0	1	2	3	4	5
19. Você conta segredos ao seu parceiro?	0	1	2	3	4	5
20. Você se arrepende de ter casado (ou ir viver junto)?	0	1	2	3	4	5
21. Quantas vezes você e seu parceiro brigam?	0	1	2	3	4	5
22. Quantas vezes você e seu parceiro irritam um ao outro?	0	1	2	3	4	5

	Todos os dias	Na maioria dos dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
23. Você beija seu parceiro?	4	3	2	1	0

	Todas elas	Na maioria delas	Algumas delas	Poucas delas	Nenhuma delas
24. Você e seu parceiro participam juntos de atividades fora do relacionamento?	4	3	2	1	0

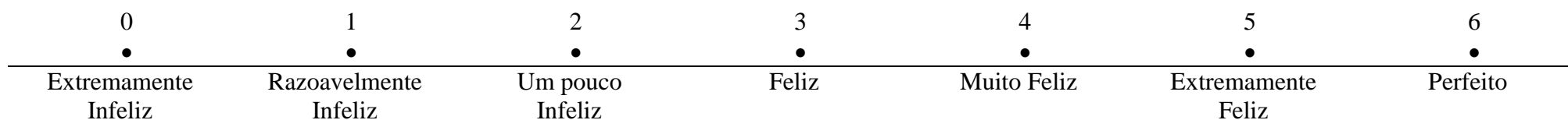
Quantas vezes você diria que os seguintes eventos ocorrem entre você e seu parceiro?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Uma vez ao dia	Mais frequente
25. Temos uma estimulante troca de idéias.	5	4	3	2	1	0
26. Rimos juntos.	5	4	3	2	1	0
27. Calmamente discutimos alguma coisa.	5	4	3	2	1	0
28. Trabalhamos juntos em um projeto.	5	4	3	2	1	0

Existem algumas coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique se os itens abaixo causaram diferenças de opinião ou foram problemas em seu relacionamento durante as semanas passadas recentes. (Responda sim ou não).

	Sim	Nã	
	<u>0</u>	<u>1</u>	
29.			Estar cansado demais para relações sexuais.
30.			Não demonstrar amor.

31. Os pontos na linha abaixo representam diferentes graus de felicidade em seu relacionamento. O ponto médio, “feliz”, representa o grau de felicidade da maioria dos relacionamentos. Por favor, circule o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas de seu relacionamento.



32. Qual das afirmações seguintes melhor descreve como você se sente sobre o futuro do seu relacionamento?

<u>5</u>	Eu quero desesperadamente que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria qualquer coisa para isso acontecer.
<u>4</u>	Eu quero muito que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria tudo o que puder para ver isso acontecer.
<u>3</u>	Eu quero muito que meu relacionamento tenha sucesso e eu faria a minha parte para ver isso acontecer.
<u>2</u>	Seria bom se meu relacionamento tivesse sucesso, mas eu não posso fazer mais do que já estou fazendo agora para ajudá-lo a ter sucesso.
<u>1</u>	Seria bom se meu relacionamento tivesse sucesso, mas eu me recuso a fazer mais do que já estou fazendo agora para manter o relacionamento.
<u>0</u>	Meu relacionamento nunca terá sucesso e não há mais nada que eu possa fazer para manter o relacionamento.

## Apêndice E – Acordo de propriedade para adaptação do programa Family Foundations

### Ownership Agreement

This Agreement is made between Family Gold, a small business, herein represented by Mark Ethan Feinberg, hereinafter denominated Licensor, and Patrícia Alvarenga, Brazilian, single, psychologist, resident at Salvador, Bahia, Brazil, CPF under No. 666.962.590-15, and João Marcos de Oliveira Cavalcanti, Brazilian, married, psychologist, resident at Salvador, Bahia, Brazil, CPF under No. 024.745.765-50, both vinculated to the Universidade Federal da Bahia, hereinafter denominated Licensees.

The both parties resolve, by mutual agreement, concluding this Ownership Agreement, according to the following terms and conditions:

1. The Licensees will use the curriculum of Family Foundations, specifically, the home visitation program version targeting at-risk families, in an adaptation for Brazilian families at high risk.
2. The Licensees will maintain confidentiality of the materials within the research team.
3. The Licensor and Licensees will share the ownership of the Brazilian version of the Family Foundations program.
  - 3.1. The Licensees and the Licensor will list as authors of publications of the Brazilian version, in any format, in the following order: the Licensees in first and after the Licensor.
  - 3.2. If the publication of works related to the Brazilian version produce profits, the earnings shall be shared in a rate of 50% (fifty percent) to each party.
4. The Licensor commits to provide the manual and materials necessary to adequate adaptation.

This agreement must be signed in two copies, each of which is made in English and Portuguese languages, all the texts having equal power. If disagreements arise in its interpretation, the English text shall prevail.

### Acordo de propriedade

O presente acordo é firmado entre a Pennsylvania State University, uma universidade pública e estadual, localizada à 201, Old Main, University Park, Pennsylvania, 16802, Estados Unidos, fundada pelo ato P.L. 46, nº. 50 do General Assembly of the Commonwealth of Pennsylvania, representada por Mark Ethan Feinberg, doravante denominada Acordante, e Patrícia Alvarenga, brasileira, solteira, psicóloga, residente e domiciliada em Salvador, Bahia, Brasil, registrada no CPF sob nº 666.962.590-15 e João Marcos de Oliveira Cavalcanti, brasileiro, casado, psicólogo, residente e domiciliado em Salvador, Bahia, Brasil, registrado no CPF sob nº 024.745.765-50, ambos vinculados à Universidade Federal da Bahia, doravante denominados Acordados.

As partes resolvem, em comum acordo, celebrar este acordo de propriedade, mediante os seguintes termos e condições:

1. Os Acordados utilização o programa do Family Foundations, especificamente, a versão com foco em famílias em risco socioeconômico, para uma adaptação para famílias brasileiras em risco socioeconômico.
2. Os Acordados manterão a confidencialidade dos materiais restrita à equipe de pesquisa.
3. Ambas as partes compartilharão a propriedade da adaptação brasileira do programa Family Foundations.
  - 3.1. A acordante e os acordados serão listados como autores de publicações da versão brasileira, em qualquer formato, na seguinte ordem: primeiros os Acordados, depois o Acordante.
  - 3.2. Caso as publicações de obras relacionadas à versão brasileira gerem lucros, os ganhos serão compartilhados em uma taxa de 50% (cinquenta por cento) para cada parte.
4. A Acordante se compromete a oferecer o manual e os materiais necessários para uma adequada adaptação.

Esse acordo deve ser assinado em duas cópias, cada uma redigida em inglês e português, tendo todos os textos valor equivalente. Caso haja desacordo na interpretação, a versão em inglês deve prevalecer.

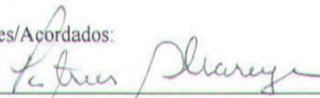
State College, PA, \_\_5\_\_\_\_ / \_\_31\_\_\_\_ / 2015

Licensor/Acordante:

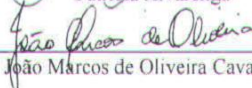


Family Gold – Mark Ethan Feinberg

Licensees/Acordados:



Patrícia Alvarenga



João Marcos de Oliveira Cavalcanti



## Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo II



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
 Instituto de Psicologia – IPS  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI  
 Mestrado e Doutorado



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *Adaptação e avaliação de um programa de intervenção direcionado à transição para a parentalidade de casais brasileiros*. Proposta por mim, João Marcos de Oliveira, sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga. Tal estudo tem como objetivo adaptar e avaliar os efeitos do programa de intervenção *Family Foundations*, direcionado à transição de casais para a parentalidade, de acordo com as necessidades verificadas em uma amostra de gestantes brasileiras. Os resultados obtidos poderão contribuir para a implementação de programas de prevenção para pais e mães, adaptados à realidade de famílias brasileiras em risco para ajustamento à parentalidade, visando à melhor adaptação dos casais e ao desenvolvimento socioemocional infantil pleno. O estudo será conduzido em duas fases, a segunda, para a qual você está sendo convidado(a), trata-se de um estudo quantitativo de séries temporais interrompidas que tem como objetivo (a) avaliar os efeitos da adaptação para famílias brasileiras de um programa direcionado ao aprimoramento das habilidades de pais e mães durante a transição para a parentalidade. Para a segunda fase da pesquisa, você responderá, individualmente, a questionários e entrevistas, com o auxílio do pesquisador, que serão gravados em áudio, assim como terá interações com sua(seu) parceira(o) e com o bebê gravadas em vídeo.

Você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para você ou terceiros. Seu anonimato será assegurado, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Os possíveis riscos desta pesquisa envolvem o receio de suas falas e/ou interações se tornarem públicas, inibição por expor informações pessoais e conjugais e constrangimento com a presença do pesquisador em sua residência. Tendo em vista que as entrevistas e interações remetem, entre outros aspectos, à relação conjugal e a possíveis conflitos, a participação na pesquisa pode também ter como risco a aumento de conflitos conjugais. Tais riscos serão minimizados mediante esclarecimentos adicionais sobre a natureza da pesquisa e sobre o sigilo, sempre que for solicitado ou que o pesquisador identifique que seja necessário. Além disso, as entrevistas serão conduzidas individualmente. Nos casos em que a família estiver vulnerável ao constrangimento ou ao prejuízo, a intervenção será reformulada ou interrompida.

Caso os participantes manifestem interesse ou necessidade, será garantido o atendimento psicológico especializado em instituições com serviços gratuitos ou com baixo custo. O sigilo será resguardado e a entrevista será em local reservado. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, você será indenizado se comprovado mediante avaliação judicial.

O benefício relacionado à sua participação será ter acesso a competências e habilidades direcionadas à melhoria do relacionamento conjugal e do relacionamento com o bebê. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes em uma palestra na maternidade. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a construção de relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação para fins científicos.

No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (71) 3283-6480, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa responsável. Desta forma, se concordar, por sua livre vontade, em participar desta pesquisa, por favor, assine este termo de consentimento livre e esclarecido ficando com uma cópia para si.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

RG e Assinatura do(a) Participante/Impressão datiloscópica): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## Apêndice G – Manual de procedimentos para a observação domiciliar da pesquisa

### Manual de procedimentos para a OBSERVAÇÃO DOMICILIAR da pesquisa:

#### Saúde mental e conjugalidade de mulheres primíparas: adaptação e avaliação dos efeitos de um programa piloto de intervenção direcionado à transição para a parentalidade

Patrícia Alvarenga

João Marcos de Oliveira

Este manual foi elaborado para padronizar todos os procedimentos durante a seleção das participantes e da entrevista inicial. É fundamental que todos os pesquisadores realizem os contatos, as observações e as entrevistas **da mesma forma**. Assim, o manual e os instrumentos foram construídos com o objetivo de reduzir, ao mínimo, a influência de diferenças no comportamento do pesquisador e assegurar o cumprimento das normas referentes à ética na pesquisa com seres humanos. Ao longo de toda a coleta, você deverá manter uma atitude gentil, disponível e interessada, porém, deverá evitar qualquer tipo de comentário sobre as respostas das participantes, bem como atitudes que sinalizem algum tipo de julgamento, reprovação ou aprovação. Esta é a atitude que o pesquisador deve manter durante todo o processo da pesquisa.

#### DATAS DAS VISITAS E DO TELEFONEMA PARA O AGENDAMENTO

1. O pré-teste deve ocorrer logo após o bebê completar um mês.
2. O telefonema para a marcação da visita deve ocorrer por volta de 15 dias antes do bebê completar um mês.

#### TELEFONEMA PARA O AGENDAMENTO DAS VISITAS

Antes de telefonar, tenha em mãos os dados preenchidos na entrevista inicial na maternidade.

“Quem está falando é [*informar seu nome*] do grupo de pesquisa da UFBA. Como você está [*dizer o nome da mãe*]? [*Esperar as respostas e registrar*] E como está o bebê de saúde? Qual é o nome dele(a)? Então, estou ligando para marcar uma visita para fazermos a filmagem e a entrevista que eu lhe falei, que devem demorar cerca de uma hora e meia. Eu e meu(minha) colega de pesquisa podemos ir a sua casa nos dias [*informar disponibilidade, incluindo finais de semana*]. Quando fica melhor pra você? [*Pergunte à mãe quando o bebê costuma cochilar e evite marcar nos horários de sono do bebê*]”.

[*Em caso de dificuldade para a marcação*]: “Eu sei que você deve estar bastante ocupada com o bebê, mas podemos marcar quando ficar melhor pra vocês, o importante é que a gente consiga fazer essa visita”.

*Após agendar a data e o horário:*

“Gostaria de confirmar seu endereço [*dizer o endereço registrado no protocolo de entrevista inicial*].

Vou lhe dar meus telefones caso você precise falar comigo [*informar seu contato*]. Na primeira visita, o psicólogo responsável pela pesquisa vai também para se apresentar para vocês. Então está marcado para o dia [*falar a data combinada*] às [*falar o horário combinado*] horas. Até lá!”.

#### ANTES DA VISITA

1. Localize-se: Confira o endereço, procure no mapa, peça orientações. **Não deixe isso para a hora de sair.**
2. Confira o material para a coleta utilizando o checklist: ( ) endereço e telefones da mãe, ( ) cartão de marcação das visitas (com contatos dos estudantes anotados), ( ) crachá, ( ) caneta, ( )

Manual para a observação domiciliar, ( ) filmadora carregada, ( ) cartão de memória, ( ) gravador de áudio e ( ) quatro cópias do TCLE do Estudo II.

3. Saia com bastante antecedência. Não se atrase! Lembre-se de que queremos acompanhar essa família por mais sete meses, então não vamos aborrecê-los com atrasos.

### SAUDAÇÃO E RAPPORT INICIAL

Mantenha uma atitude gentil e natural, porém, sem muita intimidade. Procure não manifestar surpresa em relação às condições da residência ou quaisquer outros aspectos que chamem sua atenção. Depois de saudar a mãe, demonstre interesse em conhecer o bebê, e ao vê-lo elogie o bebê e parabeneze a mãe. Quem tiver vontade e quiser pegar o bebê no colo pode pegar, **desde que um dos pais pergunte se você quer pegar**. Mesmo nessas ocasiões, evite pegar nas mãos do bebê.

### RAPPORT

“Você lembra que quando eu expliquei pra você que, entre depois do primeiro e até o oitavo mês de vida do bebê, algumas poucas mães, seus companheiros e bebês receberiam visitas? E que dependia da quantidade que nosso grupo poderia acompanhar. Vocês ficaram entre as mães que vão receber as visitas. Vou explicar como vai acontecer a visita de hoje e as próximas e você pode tirar suas dúvidas a qualquer momento, certo?”

*[Se perguntarem sobre os critérios de seleção, dizer:]* Vocês, comparados às outras famílias, têm uma renda menor e, por ser um acompanhamento gratuito, oferecemos para quem precisa mais.

“A fase que vocês vão participar agora tem como objetivo avaliar os efeitos de visitas domiciliares para o desenvolvimento de habilidades de pais e mães após o nascimento do primeiro filho. Hoje vocês serão filmados conversando entre si. Logo depois, o psicólogo responsável por esta pesquisa fará seis visitas aqui com intervalo semanal para discutir com vocês assuntos sobre criar filhos e sobre o relacionamento de casais. Como é um acompanhamento psicológico, é importante que vocês mantenham o compromisso com as datas e os horários e que informem com antecedência caso haja algum imprevisto. Faremos filmagens parecidas com as de hoje após os encontros com o psicólogo também. Quero lembrar a vocês que todas as visitas são **gratuitas**. Vocês **não** precisam se preocupar! Mas também, vocês podem parar de participar da pesquisa, se quiserem ou precisarem, sem prejuízos para vocês ou para *[falar o nome do bebê]*. Vocês querem me perguntar alguma coisa ou querem que eu repita alguma parte do que lhe falei?” *[Responda todas as dúvidas da gestante. Esse momento é muito importante]*.

“Aqui neste documento estão essas informações que eu lhe passei. Após a leitura, se vocês concordarem em participar da pesquisa, peço que assinem as duas folhas e fique com uma delas, para confirmar que vocês concordam em participar. Aqui embaixo está o contato com o pesquisador responsável do estudo, que é psicólogo e professor de psicologia, caso você queira esclarecer alguma dúvida ou entrar em contato”.

### \*ASPECTOS QUE DEVEM SER GARANTIDOS DURANTE A FILMAGEM\*

1. Certifique-se, com antecedência e durante a visita, de que a filmadora está funcionando.
2. Mãe/pai e bebê devem aparecer o tempo todo. Não utilize o zoom. Estamos preocupados com a interação, então ambos os membros do casal precisam aparecer ao mesmo tempo.

**FILMAGEM DA INTERAÇÃO DO CASAL**

“A filmagem acontecerá assim: nós vamos dizer para vocês um assunto para que conversem sobre ele.

Quando um bebê nasce fica tudo corrido e, às vezes, a gente fica sem tempo para conversar. Aproveitem os próximos minutos para conversar um pouco. Na visita de hoje, vou pedir para vocês conversarem sobre [*dar sequência conforme o número da visita*]:

**Visita n.º 1**

o que mudou na vida de vocês desde que o bebê nasceu. Peço que cada um de vocês procure dar sua opinião. Podem começar.

**Visita n.º 2**

como vocês normalmente se dividem para cuidar do bebê. Peço que cada um de vocês procure dar sua opinião. Podem começar.

**Visita n.º 3**

os problemas e as dificuldades que vocês estão sentindo para cuidar do bebê. Peço que cada um de vocês procure dar sua opinião. Podem começar”.

[*Após as orientações, inicie a filmagem e se afaste do local. A filmagem deve durar 10 minutos. Ao final dos 10 minutos, desligue a filmadora e diga:*] “Pronto. Já está bem assim”.

**ENCERRAMENTO**

“Muito obrigado por sua participação [*falar o nome da mãe e do pai*]!

Vamos marcar a próxima visita para daqui a duas semanas. Podemos marcar nesse mesmo horário e dia da semana? [*Combinar o horário com o casal, registrar no cartão de marcação de visitar e falar:*] Este é o cartão em que marcaremos todos os encontros. No dia anterior, ligaremos para confirmar.

Mais uma vez obrigado pela sua participação e até o dia [*informar a próxima data e o horário agendados*]!”.

**Apêndice H – Questionário de satisfação com o programa de intervenção**Caso: **QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre as seis visitas semanais que você recebeu do psicólogo para conversar sobre a relação de vocês e seu(sua) parceiro(a) e sobre seu bebê. Quero que você me responda com toda sinceridade, porque ainda estamos em uma fase de avaliação e melhoramento dessas visitas. Sua opinião é muito importante para nós.

1) O que você achou de receber visitas do psicólogo em sua casa?

Então, para você, receber visitas do psicólogo em sua casa foi:

- Ruim  
 Médio  
 Bom  
 Muito bom

2) O psicólogo foi claro ao lhe dar as orientações durante as visitas?

Então, para você, o psicólogo, ao lhe dar as orientações durante as visitas, foi:

- Confusa  
 Mais ou menos clara  
 Clara  
 Muito clara

3) Você acha que as informações que você recebeu nas visitas foram úteis?

Então, para você, as informações que você recebeu nas visitas foram:

- Pouco úteis  
 Mais ou menos úteis  
 Úteis  
 Muito úteis

4) Que sugestões você teria a dar para melhorar as visitas?

Para você, no geral, ter passado por essa experiência de receber as visitas foi:

- Ruim  
 Médio  
 Bom  
 Muito bom

Agora, para finalizar, por favor, me diga as cinco coisas de que você mais gostou nas visitas do psicólogo.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

E agora me diga as cinco coisas que você menos gostou nas visitas do psicólogo.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## Apêndice I – Manual de análise da interação do casal

### Estrutura de Categorias de Análise da Observação do Casal – adaptação da versão breve do KPI

#### *Protocolo de Análise dos Comportamentos de Interação do Casal*

Este protocolo apresenta as categorias e os comportamentos que devem ser registrados na interação do casal, para ambos os participantes. As categorias e os comportamentos são uma adaptação da versão breve do Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion (KPI) (Hahlweg, 2004; Halford, Petch, & Creedy, 2010; Halford, Sanders, & Behrens, 2001; Sanders, Halford, & Behrens, 1999). Os comportamentos serão analisados a partir de cinco categorias de interação com seus respectivos comportamentos: (a) discussão positiva, formada pelos comportamentos de perguntar e descrever situações, autorrevelar e propor solução positiva, (b) validação, formada pelos comportamentos de aceitar o outro e concordar, (c) recusa de atenção, composta pelos comportamentos afastar-se da interação e interromper turno do interlocutor, (d) invalidação, formada pelos comportamentos de discordar, justificar e (e) conflito, formada pelos comportamentos criticar e propor solução negativa.

#### *Orientações gerais*

1. Todos os comportamentos de cada participante devem ser registrados. É importante sempre conferir para ter certeza de que você não se esqueceu de codificar algum comportamento.
2. Para a codificação de um comportamento, ele deve ter ocorrido de maneira completa. Os comportamentos iniciados, mas que não cumprem as características necessárias para sua classificação, não devem ser codificados. Por exemplo, caso uma sentença comece com “eu queria...” e seja interrompida, apesar de se referir a um desejo, a fala não cumpre os critérios para o comportamento *autorrevelar*, porque não informa o objeto do desejo.
3. Caso seja escolhido o registro de eventos, a categoria *recusa de atenção* deve ser registrada no início da sentença do participante que tenha interrompido a fala do interlocutor, ou acima da palavra correspondente ao momento em que tenha se afastado da interação.
4. Caso seja escolhida a análise intervalar, os comportamentos que ocorrerem na passagem entre os intervalos devem ser registrados em apenas um dos intervalos. Geralmente, no intervalo em que a sentença é encerrada.
5. A cada acréscimo de informação, decidir se é um comportamento com função equivalente à anterior, independente da anterior e com nova função ou se modifica o sentido da informação anterior.
  - 5.1. Nos casos de informações equivalentes, manter a codificação anterior.
  - 5.2. Nos casos de informações novas e independentes, manter a codificação anterior e acrescentar a nova.
  - 5.3. Nos casos de informações que modificam o sentido da informação anterior, codificar apenas a classificação adequada para o conjunto das sentenças.

## CATEGORIAS E COMPORTAMENTOS DA INTERAÇÃO DO CASAL

<b>Discussão positiva (DPO)</b>			
Esta categoria é composta por comportamentos que permitem a identificação, o reconhecimento e a proposição de soluções para situações do cotidiano do casal ou de um deles.			
<b>Comportamento</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo</b>	<b>Exceção</b>
Perguntar e descrever situações	Este comportamento, sobre o casal ou um de seus membros, é caracterizado pela <b>descrição de situações</b> ou pela formulação de <b>perguntas para o esclarecimento de situações</b> . Tanto a descrição, quanto as perguntas devem ser livres de acusações.	<p>“Acho que a gente demora a sair de casa”.</p> <p>“Quando eu falo, você não responde”.</p> <p>“O que ele fez na hora?”.</p> <p>“Você se atrasou para o trabalho ontem?”.</p>	<p>As sentenças complementadas ou caracterizadas por desvalorização do interlocutor devem ser registradas como o comportamento <i>criticar</i>. Exemplo de frases desta exceção: “o bebê se assusta porque você é infantil”.</p> <p>Caso a menção à situação esteja associada à negação do falante pela responsabilidade de comportamento de alguém ou problema do casal, o comportamento deve ser registrado como <i>justificar</i>. Por exemplo: “isso nunca acontece comigo, é sua culpa o bebê estar assim”.</p> <p>Caso a sentença faça menção a sentimentos ou desejos do falante, o comportamento deve ser registrado como <i>autorrevelar</i>. Por exemplo: “o problema é que sou muito raivosa”.</p>
Autorrevelar	Este comportamento consiste na <b>expressão direta e clara sobre os próprios sentimentos, desejos ou necessidades emocionais e reflexão sobre atitudes e comportamentos</b> do falante.	<p>“Fiquei preocupada com o que aconteceu”.</p> <p>“Estou inseguro quanto ao que podemos fazer”.</p> <p>“Eu preciso de um tempo para pensar”.</p> <p>“Quando conheço uma pessoa nova, prefiro ficar mais calada”.</p>	<p>Quando a expressão de sentimentos ou necessidades se referir a mudanças de sentimentos, necessidades ou atitudes tanto do falante, quanto do interlocutor, deve ser registrado <i>propor solução positiva</i>.</p> <p>Caso seja uma sentença relativa ao reconhecimento dos <b>sentimentos</b> ou <b>das ações</b> do interlocutor ocorridos durante a interação observada, o comportamento deve ser registrado como <i>aceitar o outro</i>.</p> <p>Se o sentimento tiver efeito de humilhação ou desvalorização do interlocutor, em frases como “você me dá nojo”, registrar como <i>criticar</i>.</p> <p>Se a expressão dos próprios sentimentos, desejos ou atitudes estiver associada à negação do</p>



			<p>falante pela responsabilidade de comportamento de alguém ou problema do casal, o comportamento deve ser registrado como <i>justificar</i>.</p> <p>Se a revelação estiver associada a um sentimento ou à vontade de que o interlocutor <b>não faça</b> algo, o comportamento deve ser codificado como <i>propor solução negativa</i>.</p> <p>Se a revelação envolver a vontade de evitar ou interromper o diálogo sobre uma determinada temática, registrar <i>discordar</i>.</p> <p><b>*Atenção:</b> as necessidades emocionais envolvem menção a sentimentos ou emoções do falante. As necessidades materiais são identificadas quando o contexto ou a sentença forem relacionados a objetos ou a sentenças sem reflexões sobre as atitudes do falante. As necessidades materiais devem ser registradas como <i>perguntar e descrever situações</i> ou <i>propor solução positiva</i>, a depender da situação.</p>
Propor solução positiva	Os comportamentos registrados sob este rótulo devem ser caracterizados como <b>propostas gerais, iniciais ou específicas para a resolução de um problema do casal</b> ou, ainda, da <b>negociação de uma proposta para a solução de um problema apresentado pelo interlocutor</b> .	<p>“Podemos acordar uma hora mais cedo para dar conta da arrumação das coisas do bebê para levar para casa de sua mãe”.</p> <p>“Podemos ver com minha irmã se ela pode ficar com o bebê”.</p> <p>“Você pode ficar aqui com o bebê, enquanto eu vou ao mercado”.</p> <p>“Que tal eu já levar o bebê para o médico e, depois do mercado, você encontra a gente lá?”.</p> <p>“Eu posso ficar aqui se você comprar as frutas que preciso levar para o trabalho”.</p>	<p>Se a proposta envolver algo que o falante quer que o ouvinte <b>não faça</b> para solucionar um problema, o comportamento deve ser registrado como <i>propor solução negativa</i>.</p> <p>As propostas de solução complementadas ou compostas por acusação ou atribuição de culpa ao interlocutor devem ser registradas <b>em associação</b> com o comportamento <i>criticar</i>. Exemplos de frases desta exceção são: “a gente pode resolver esse problema que você criou assim...”, “o que podemos fazer para acalmar o bebê depois de você ter assustado ele dessa maneira é fazer...”.</p> <p><b>*Atenção:</b> enquanto as sentenças forem de alternância de negociação, continuar a marcação de <i>propor solução positiva</i>.</p>

<b>Validação (VAL)</b>			
Esta categoria é composta por comportamentos que reconhecem ou valorizam a fala, as ações ou os sentimentos do interlocutor que ocorrem durante a interação observada.			
Aceitar o outro	Este comportamento consiste em demonstrar aceitação do falante <u>em relação</u> às ações ou à fala do interlocutor. A aceitação é o respeito ou o reconhecimento de ações ou sentimentos do interlocutor. A demonstração pode ser por <u>paráfrase, perguntas abertas sobre o conteúdo da fala do interlocutor, reconhecimento de fala ou atitude do interlocutor, tentativa de compreensão empática</u> ou <u>demonstrações de carinho vocais ou não-vocais</u> .	<p>“Então você achou que nosso bebê estava irritado com ela”.</p> <p>“Você está dizendo que nossa filha parece comigo”.</p> <p>“Você ainda está triste?”.</p> <p>“Você acha a mesma coisa hoje em dia?”.</p> <p>“Eu gostei do que você falou no começo”.</p> <p>“Essa ideia é boa”.</p> <p>“Você deve estar incomodado agora”.</p> <p>“Acho que você se chateou”.</p> <p><u>Abraços, beijos ou toques com movimentos laterais ou circulares sobre a pele do interlocutor.</u></p>	<p>Se houver uma pergunta ou sentença relacionada a uma situação ocorrida anteriormente à interação observada, registrar o comportamento como <i>perguntar e descrever situações</i>.</p> <p>Caso a sentença seja sobre necessidades materiais do interlocutor (descritas nas exceções de autorrevelar), registrar <i>perguntar e descrever situações</i> ou <i>concordar</i>, conforme as demais características da sentença.</p> <p>Se a demonstração de carinho for correspondida pelo interlocutor, como em um abraço, o comportamento <i>aceitar o outro</i> deve ser codificado para ambos os participantes.</p> <p><b>*Atenção:</b> elogios não correspondem necessariamente à concordância com o que o interlocutor apresentou. O elogio pode se caracterizar pelo reconhecimento da qualidade ou da validade do que foi apresentado.</p>
Concordar	Este comportamento deve ser registrado quando ocorrer a <u>expressão direta e clara de concordância, aceitação de responsabilidade</u> ou <u>assentimento em relação</u> às ações ou à fala do interlocutor.	<p>“Isso mesmo, você está certa”.</p> <p>“Também acho que foi assim”.</p> <p>“Eu que comecei a briga mesmo”.</p> <p>“Sim”.</p> <p>“Certo”.</p> <p>“Ok”.</p>	<p>Em sentenças compostas por mais de uma frase, restringir a codificação ao trecho em que a concordância é identificada e classificar o complemento de maneira independente.</p> <p>Se a frase for iniciada com uma expressão de concordância, mas seguida de uma sentença que se oponha, ou negue o que o interlocutor falou, o comportamento deve ser registrado como <i>discordar</i>. Se a negação posterior à expressão de concordância negar a responsabilidade do falante, registrar o comportamento como <i>justificar</i>.</p>
<b>Recusa de atenção (RDA)</b>			
Esta categoria é caracterizada por comportamento caracterizados por ausência de atenção ou de oportunidade para as expressões do interlocutor.			
Afastar-se da interação	Comportamento caracterizado pela falta ou desistência de engajamento		Se o comportamento for acompanhado de fala, codificar apenas o conteúdo da fala.

	na interação, identificadas através de <b>ausência de resposta</b> após uma pergunta do interlocutor, durante a ausência de contato visual com o interlocutor por cinco segundos ou mais ou durante o afastamento físico em relação ao interlocutor.		<b>*Atenção:</b> o afastamento físico deve ser registrado no início de sua ocorrência.
Interromper turno do interlocutor	Este comportamento deve ser registrado quando o início da sentença do falante interromper a sequência da fala do interlocutor.		Caso o conteúdo da sentença seja audível, registrar, <b>em associação</b> , o comportamento equivalente.  <b>*Atenção:</b> Além disso, caso os participantes falem simultaneamente, registrar <i>interromper turno do interlocutor</i> para ambos.
<b>Invalidação (INV)</b>			
Esta categoria é composta por comportamentos <i>que se opõem</i> à fala ou às ações do interlocutor.			
Discordar	Este comportamento se caracteriza pela oposição ou negação <b>em relação</b> às ações ou à fala do interlocutor. O comportamento será registrado como discordar quando houver <b>expressão direta e clara de discordância, frases iniciadas com concordância, mas seguidas de sentenças que neguem o que o interlocutor apresentou, palavras de recusa ou contestação ou recusa a manter-se na temática.</b> A recusa a manter-se na temática pode ser declarada pelo falante ou pode consistir em sentenças com temáticas distintas e incompatíveis com a sentença anterior do interlocutor quando a interação sobre a temática anterior não tiver sido encerrada	<p>“Não foi isso, você está errado”.</p> <p>“Pelo contrário”.</p> <p>“Acho que deveria ser diferente”.</p> <p>“Sim, mas ele poderia estar com cólica”.</p> <p>“Eu poderia mesmo sair do trabalho para cuidar do bebê, mas a gente não ia conseguir pagar as contas”.</p> <p>“Não”.</p> <p>“Como?”.</p> <p>[Quando a sentença do interlocutor tem conteúdo explícito e o falante falar:] “É o quê?”.</p> <p>“Basta, não quero mais falar sobre isso”.</p> <p>“Vamos mudar de assunto”.</p>	<p>Em sentenças compostas por mais de uma frase, restringir a codificação ao trecho em que a discordância é identificada e classificar o complemento de maneira independente.</p> <p>Se a discordância estiver associada à expressão de humilhação ou desvalorização do interlocutor, o comportamento deve ser registrado como <i>criticar</i>.</p> <p>Se a discordância envolver negação de responsabilidade do falante, registrar o comportamento como <i>justificar</i>.</p>
Justificar	Os comportamentos de justificar são caracterizados por sentenças que tentem <b>defender a ocorrência de determinada ação do falante</b> ou, ainda, sentenças de <b>negação da própria responsabilidade pelo</b>	<p>“Minha dor de cabeça não me deixa pensar direito”.</p> <p>“Eu não te atendi, porque eu não ouvi o celular”.</p> <p>“Ontem eu estava muito ocupada”.</p>	Caso a negação de responsabilidade envolva desvalorização ou humilhação do interlocutor, o comportamento deve ser registrado como <i>criticar</i> .

	comportamento de alguém ou sobre um problema do casal.	<p>“Mas quem deveria ter feito isso era sua mãe”.</p> <p>“Eu não disse que tiraria o lixo”.</p>	
<b>Conflito (CNF)</b>			
Esta categoria é composta por comportamentos <i>que desvalorizam</i> a fala ou as ações do interlocutor.			
Criticar	Este comportamento deve ser registrado quando forem identificadas sentenças de <b>desvalorização</b> ou de <b>humilhação do interlocutor</b> , de <b>atribuição de culpa por um problema ao interlocutor</b> ou <b>sentenças de ironia</b> caracterizadas por <b>hipérboles</b> <b>descontextualizadas</b> ou <b>metáforas</b> <b>descontextualizadas</b> .	<p>“Você sempre faz besteira”.</p> <p>“Porque você não faz nada que preste”.</p> <p>“Você me dá nojo”.</p> <p>“Você fez alguma coisa errada”.</p> <p>“O que você fez dessa vez?”.</p> <p>“Quando eu chego em casa à noite, a casa está uma bagunça porque você não arruma nada”.</p> <p>“[Em conversas que não relacionadas a mérito ou competição, falar:] Você merece uma medalha!”.</p>	<p>Caso a atribuição de culpa esteja associada à negação do falante pela responsabilidade de comportamento de alguém ou problema do casal, o comportamento deve ser registrado como <i>justificar</i>.</p> <p>Quando a crítica estiver associada à interrupção da ação do interlocutor, registrar <i>propor solução negativa</i>.</p> <p>*<b>Atenção:</b> atribuir intencionalidade ou atribuir finalidade são fenômenos distintos de atribuir culpa.</p> <p>Além disso, palavras de baixo calão não necessariamente são ofensivas.</p>
Propor solução negativa	Os comportamentos registrados sob este rótulo devem ser caracterizados como a <b>sugestão ao interlocutor para interromper tentativas</b> ou, ainda, <b>que o interlocutor não faça</b> algo.	<p>“Se eu fosse você, eu desistiria”.</p> <p>“Por que você ainda tenta?”.</p> <p>“Se você não gosta, por que você não vai embora?”.</p> <p>“Não chame seu amigo para ir com você”.</p> <p>“Não fale nada na hora que eu estiver irritado, que a gente não briga”.</p>	