

## Relato de pesquisa

## Editor:

Evandro Morais Peixoto

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido em: 29/06/2022

Reformulado em: 24/07/2023

Aprovado em: 08/10/2023

https://

doi.org/10.1590/1413-827120

2429e265482



## Efeitos de um Programa de Intervenção na Transição para a Parentalidade

João Marcos de Oliveira Cavalcanti<sup>1</sup>

Patrícia Alvarenga<sup>1</sup>

Nilton Correia dos Anjos Filho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

### Resumo

Este estudo investigou os efeitos de um programa de intervenção para casais na transição para a parentalidade sobre a saúde mental da mulher e a conjugalidade avaliada pelo casal. Um casal com baixa escolaridade foi submetido a uma adaptação para o contexto brasileiro, em modalidade domiciliar, do programa Bases da Família, com avaliação piloto por um delineamento experimental de caso único com medidas repetidas. O *Self-Reporting Questionnaire* e o Inventário Beck de Depressão avaliaram a saúde mental da mulher, e a Escala de Ajustamento Diádico e observações da comunicação do casal foram as medidas da conjugalidade. Houve aprimoramento da comunicação do pai e aumento da satisfação diádica autorrelatada pela mãe. O programa não foi eficaz para o favorecimento da saúde mental materna. O foco do programa em dimensões individuais e conjugais da transição para a parentalidade beneficia o relacionamento do casal, entretanto, parece não favorecer a saúde mental materna.

*Palavras-chave:* Poder familiar; saúde mental; intervenção psicossocial; casamento

### The Effects of an Intervention Program during the Transition to Parenthood

#### Abstract

This study investigated the effects of an intervention program for couples during the transition to parenthood on women's mental health and conjugality as assessed by the couple. A couple with low levels of education underwent a Brazilian-adapted version of the Family Foundations program, with a home-based intervention, using pilot evaluation through a single-case experimental design with repeater measures. The Self-Reporting Questionnaire and the Beck Depression Inventory assessed maternal mental health, while the Dyadic Adjustment Scale and observations of couple communication measured couple functioning. There was an improvement in the father's communication and an increase in the mother's self-reported dyadic satisfaction. The program was not effective in promoting maternal mental health. The program's focus on individual and conjugal dimensions of the transition to parenthood benefits the couple's relationship; however, it does not seem to favor maternal mental health.

*Keywords:* Parenting; Mental Health; Psychosocial Intervention; Marriage

### Efectos de un Programa de Intervención durante la Transición a la Paternidad

#### Resumen

Este estudio investigó los efectos de un programa de intervención para parejas en la transición a la parentalidad sobre la salud mental de la mujer y la conyugalidad evaluada por la pareja. Una pareja con bajo nivel educativo fue sometida a una adaptación del programa *Family Foundations* para el contexto brasileño, con una intervención en el hogar, evaluado mediante un diseño experimental de caso único con medidas repetidas. El *Self-Reporting Questionnaire* y el Inventario de Depresión de Beck evaluaron la salud mental materna, y la Escala de Ajuste Diádico y observaciones de la comunicación evaluaron la conyugalidad. Hubo una mejora en la comunicación del padre y un aumento en la satisfacción diádica autoinformada por la madre. El programa no fue efectivo para favorecer la salud mental materna. El enfoque del programa en las dimensiones individuales y conyugales de la transición a la parentalidad beneficia la relación de pareja; sin embargo, no parece favorecer la salud mental de la mujer.

*Palabras clave:* Parentalidad; Salud Mental; Salud mental; Intervención Psicossocial; Casamiento

A transição para a parentalidade é 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 (Long, Jones, Jomeen, & Martin, 2021). Intervenções para auxiliar os pais a enfrentar os desafios de tal estágio, incluindo suas repercussões no funcionamento psicológico e do bem-estar de indivíduos, casais e famílias (Feinberg, Jones, Kan, & Goslin, 2010; Halford, Petch, & Creedy, 2010; Hernandez & Hutz, 2009), possuem o potencial de fornecer significativos benefícios (Jones

et al., 2018). O presente estudo explora os domínios individual e conjugal do Modelo dos Cinco Domínios de Fatores de Risco e Protetivos para os Sistemas Familiares (Cowan & Cowan, 2019), que constituíram o foco do programa de intervenção, para favorecer a transição para a parentalidade, que foi testado.

De acordo com Cowan e Cowan (2019), os cinco domínios de risco-proteção no modelo de sistemas familiares são: (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.

Cowan e Cowan (2019) ressaltam que o modelo pressupõe que, quando as relações dos casais ou as relações coparentais na família de origem de cada parceiro foram dominados por conflitos não resolvidos e os avós são duros ou negligentes com seus filhos, os pais da próxima geração têm maior probabilidade de apresentar problemas de saúde mental e de ter conflitos não resolvidos em seus relacionamentos com seus parceiros e na coparentalidade e problemas no relacionamento com os filhos, bem como maior chance de ocorrência de piores resultados desenvolvimentais nos filhos, englobando a presença de problemas de comportamento, prejuízos no desempenho escolar, entre outros. Além disso, os efeitos negativos podem ser agravados em decorrência da presença de altos níveis de estresse e baixos níveis de apoio disponível. Por outro lado, o modelo também pressupõe que podem estar presentes fatores protetores que repercutem positivamente nos cinco domínios e como cada um destes estão interconectados com os outros, resultando em um impacto positivo para os indivíduos, casais e famílias. Desse modo, o Modelo dos Cinco Domínios de Fatores de Risco e Protetivos para os Sistemas Familiares (Cowan & Cowan, 2019) fornece uma base consistente para intervenções que tem como finalidade o fortalecimento dos relacionamentos familiares e a promoção de saúde psicológica e bem-estar de mães, pais e filhos.

Especificamente, durante a transição para a parentalidade, no domínio individual, pais e mães podem apresentar piores níveis de autoestima e regulação emocional durante a gravidez e durante os primeiros 18 meses da criança (Grolleman, Gravestijn, Hoffenaar,

2022). Contudo, particularidades relacionadas ao gênero aparentam ser relevantes no que se refere à saúde mental. Meier et al. (2020) evidenciou maiores prejuízos na saúde mental materna. As mulheres apresentaram níveis de sintomas depressivos mais elevados do que os homens na gravidez (antes do nascimento) e duas semanas após o parto (Meier et al., 2020).

Durante o puerpério, o transtorno mental mais comum é a depressão pós-parto com prevalência global de 17,22% e na América do Sul de 21,71% (Wang et al., 2021). Há evidências de redução de sintomas depressivos entre a gestação e o período pós-natal (Wu & Hung, 2016), de menor incidência em mulheres primíparas (i.e., quem vai parir pela primeira vez) do que em mulheres múltíparas (i.e., quem já pariu pela primeira vez e vai parir novamente) (Sipsma et al., 2016), e do impacto negativo da vulnerabilidade socioeconômica (Bassi et al., 2017), da história prévia de transtornos de humor da mulher (Alvarenga & Frizzo, 2017) e do não planejamento da gravidez (Paschetta et al., 2014) sobre a saúde mental de gestantes e mães.

Quanto ao segundo domínio, a conjugalidade é compreendida como um conjunto de características da 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 (Nascimento, Scorsolini-Comin, Fontaine, & Santos, 2015). Uma das medidas da qualidade do relacionamento de um casal é o ajustamento diádico ou 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, 2011). A satisfação conjugal tem sido associada a uma trajetória de declínio, ao longo do período de transição para a parentalidade, especificamente durante a gravidez até os três anos de idade da criança, principalmente para as mães primíparas (van Scheppingen, Denissen, Chung, Tambs, & Bleidorn, 2018).

Prejuízos tanto na saúde mental, quanto na conjugalidade impactam negativamente o estabelecimento da função parental (Mitchell, Nuttall, & Wittenborn, 2019). Diante da necessidade de promoção da qualidade de vida de mães e pais e da proteção do desenvolvimento infantil, alguns modelos de intervenção preventivos direcionados à transição para a parentalidade foram desenvolvidos. De modo geral, essas intervenções focalizam aspectos como comunicação não violenta, estratégias de resolução de problemas, conhecimento

sobre o desenvolvimento infantil e práticas de socialização parentais (Feinberg et al., 2010; Feinberg, Kan, & Goslin, 2009; Petch, Halford, Creedy, & Gamble, 2012).

A maioria dos programas não contempla todos os domínios da parentalidade, pressupondo que a modificação de um domínio tende a produzir alterações diretas e mediadas em variáveis de outros domínios (Cowan & Cowan, 2012). Nesse sentido, os resultados de avaliações dos efeitos de intervenções sobre variáveis dos domínios individual e conjugal mostraram: (a) melhoras na comunicação e relacionamento do casal, (b) prevenção do declínio da satisfação conjugal de mulheres de alto risco para problemas de relacionamento e de ajustamento parental e (c) redução do estresse e da depressão em mães (Feinberg et al., 2010; Petch et al., 2012; Philipp et al., 2020). Entretanto, investigações recentes não revelaram efeito significativo sobre os níveis de ansiedade (Jones et al., 2018) e os de depressão em mães (Philipp et al., 2020) após os programas de intervenções.

Especificamente, um dos programas que tem como foco os domínios conjugal e parental é o *Family Foundations* (Feinberg et al., 2009; Feinberg et al., 2010). 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. A finalidade principal da intervenção é auxiliar os pais a se tornarem mais 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. Todavia, a maioria das pesquisas existentes (Feinberg et al., 2009; Feinberg et al., 2010; Jones et al., 2018) evidenciam o impacto do *Family Foundations* no contexto de famílias residentes nos Estados Unidos, sendo ainda pouco investigado na América do Sul.

No que se refere ao exercício da parentalidade no contexto de vulnerabilidade social, a baixa renda e baixa escolaridade estão relacionados a prejuízos à saúde mental, estresse parental e à utilização de práticas de criação de filhos menos favoráveis ao desenvolvimento infantil (Alvarenga, Oliveira, & Lins, 2018). Por fim, as mulheres são particularmente afetadas pelas marcantes mudanças físicas, psicológicas e sociais da gestação e do pós-parto, que tendem a repercutir em sua saúde mental e na relação conjugal (Míguez & Vázquez, 2021; Paschetta et al., 2014; Sipsma et al., 2016). Desse modo, com vistas às particularidades da maioria

das famílias brasileiras que possuem indicadores de risco na transição para a parentalidade (e.g., problemas de ajustamento parental, problemas de relacionamento do casal e da coparentalidade, baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade), o presente estudo avaliou os efeitos de uma adaptação do programa de intervenção domiciliar para casais na transição para a parentalidade Bases da Família (Feinberg et al., 2009; Feinberg et al., 2010), sobre a saúde mental materna (sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes) e duas dimensões da conjugalidade, o ajustamento diádico e a comunicação.

Ressalta-se que os efeitos do programa foram avaliados somente sobre a saúde mental da mulher, e não sobre a saúde mental do homem. A decisão foi tomada com base na literatura que indica marcantes mudanças emocionais e prejuízos à saúde mental materna (e.g., Meier et al., 2020), somada à escassez de recursos, principalmente humanos, para a realização do projeto “guarda-chuva” que recrutou as participantes para a intervenção em maternidades, local pouco frequentado pelos pais dos bebês em decorrência de suas atividades laborais. Portanto, as hipóteses foram as seguintes: (1) intervenção reduz sintomas de transtornos mentais comuns e os indicadores de depressão e aumenta o escore de ajustamento diádico e de suas respectivas dimensões (consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão diádica de afeto) na mãe (2) a intervenção reduz o conflito, a recusa de atenção e a invalidação na comunicação do casal; e (3) a intervenção aumenta a frequência da discussão positiva e da validação na comunicação do casal.

## Método

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo experimental de caso único do tipo AB, com medidas repetidas (AAABBB) (Ongheña, 2005) para avaliação piloto de uma adaptação do programa de intervenção domiciliar para casais na transição para a parentalidade Bases da Família.

### *Participantes*

Participou do estudo um casal formado por uma mulher primípara, no terceiro trimestre de gestação do primeiro filho e o genitor do bebê, que era seu companheiro durante a realização de toda a coleta de dados. Ao participar de um projeto mais amplo que avaliou a saúde mental de mulheres e a conjugalidade na transição para a parentalidade, a mãe foi selecionada por conveniência, ainda durante a gestação, em um serviço

de atendimento pré-natal de uma maternidade pública do nordeste brasileiro (Oliveira, 2018).

A partir das informações fornecidas pela mulher, o casal foi selecionado, também por conveniência, por estar em condição de risco na transição para a parentalidade, de acordo com os seguintes critérios estabelecidos a partir da literatura revisada (e.g., Alvarenga et al., 2018; Míguez & Vázquez, 2021; Paschetta et al., 2014; Petch et al., 2012; Sipsma et al., 2016): (a) a mulher apresentar suspeita de transtorno mental identificada por meio de escores superiores a sete no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) ou apresentar escore mínimo de 12 e máximo de 19 no Inventário Beck de Depressão (BDI-I), (b) a mulher apresentar escore inferior a 102 na Escala de Ajustamento Diádico (EAD), (c) a família apresentar renda mensal inferior a quatro salários mínimos e (d) pelo menos um dos cônjuges apresentar escolaridade de, no máximo, ensino médio completo.

O casal selecionado 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 e o bebê coabitavam em um bairro popular da cidade de Salvador – BA. A renda familiar mensal aproximada era de R\$ 2.900,00 (dois mil e novecentos reais).

### *Instrumentos*

#### *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009)*

Avalia transtornos mentais comuns sendo composto por 20 itens referentes a sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes. Os itens são respondidos por meio de uma escala dicotômica (1/sim; 2/não) e o escore é calculado pela soma das respostas “sim”. Escores acima de sete indicam suspeita de transtorno mental. 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 de uma cidade brasileira, foi de 0,80 (Santos et al., 2009).

#### *Inventário Beck de Depressão (BDI-I) (Beck & Steer, 1993)*

Avalia sintomas de depressão com 21 itens que apresentam uma sequência de quatro sentenças que vão desde a ausência do sintoma (zero pontos) até a

manifestação intensa do sintoma (três pontos). O escore total é dado pela soma dos itens e 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). 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”. A versão em português possui consistência interna de 0,84 (Cunha, 2001).

#### *Escala de Ajustamento Diádico (EAD) (Spanier, 1976)*

A escala avalia quatro fatores relacionados à qualidade de um relacionamento conjugal (consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão diádica de afeto) que somados formam o escore total. O consenso diádico avalia a concordância do casal sobre aspectos básicos do relacionamento, como finanças, lazer e amizades. A dimensão satisfação diádica investiga as percepções sobre a felicidade, o bem-estar, o compromisso com o relacionamento e os possíveis conflitos do casal. A coesão diádica investiga a percepção de compartilhamento emocional do casal. Por fim, a expressão diádica de afeto avalia a percepção de concordância sobre demonstrações de afeto e relações sexuais.

As respostas aos 32 itens da EAD variam entre escalas de respostas com medidas de concordância, de frequência ou de quantidade, com valores de zero a 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 sendo que alguns itens são revertidos na soma. Quanto maiores os escores, maior o ajustamento diádico. Valores inferiores ou iguais a 101 correspondem a indivíduos considerados em sofrimento no relacionamento conjugal. 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?”. O EAD possui alfa 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 & Hutz, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2011).

#### *Observação da Interação do Casal*

Em cada uma das observações do pré-teste e do pós-teste, o casal foi solicitado a discutir um tema distinto relacionado a conflitos típicos de casais em transição para a parentalidade, com gravação audiovisual, por 10 minutos. A discussão do casal não foi mediada pelo observador. Tanto para as três visitas do pré-teste

quanto para as três do pós-teste foram discutidos os seguintes temas: (a) mudanças na rotina do casal após o nascimento do bebê, (b) divisão dos cuidados direcionados ao bebê e (c) desafios na criação de um bebê. Os três temas foram os mesmos no pré e no pós-teste.

As observações foram analisadas pela técnica de registro de eventos (Fagundes, 2017) em uma planilha de frequência a partir da transcrição integral das falas dos dois participantes nas seis observações realizadas no pré e no pós-teste. A estrutura das categorias utilizada resultou de uma adaptação da versão breve do *Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion* (KPI), um sistema de codificação observacional utilizado para avaliar os comportamentos que ocorrem durante interações diádicas (Halford et al., 2010). 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 de afastar-se da interação e interromper turno do interlocutor, (d) invalidação, formada pelos comportamentos de discordar e justificar e (e) conflito, formada pelos comportamentos de criticar e propor solução negativa. As mesmas cinco categorias foram utilizadas para analisar separadamente os comportamentos do pai e da mãe. O índice de fidelidade médio para o conjunto das cinco categorias independentemente do participante (pai ou mãe) foi de 0,60 (kappa de Cohen), considerado moderado pelos critérios de Landis e Koch (1977).

#### *Programa Bases da Família*

O programa de intervenção consiste em uma adaptação do Programa *Family Foundations* (Feinberg et al., 2009; Feinberg et al., 2010). O programa original é composto por onze sessões (seis sessões pré-natais e cinco pós-natais) e promove a ampliação de conhecimento e desenvolvimento de habilidades de comunicação e de resolução de problemas, entre outras temáticas associadas à relação conjugal e aos cuidados e interação com o bebê.

A intervenção adaptada e avaliada no presente estudo foi implementada em seis visitas domiciliares no período pós-natal, com aproximadamente duas horas de duração cada. 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 visa à introdução da estratégia Falar e Ouvir com Atenção, utilizada como modelo para os diálogos do casal e 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 consiste em discutir e exercitar, além de maneiras de lidar com os conflitos, estratégias para a resolução de problemas. O quinto encontro 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 funciona como revisão dos temas discutidos na intervenção e de novas oportunidades para praticar a interação com o bebê, de conversar sobre as diferenças entre os pais e sobre maneiras de se comunicar e de resolver problemas.

As sessões envolveram o uso de material psicoeducativo impresso, técnicas de vídeo *feedback*, ensaio comportamental e exercícios relacionados às habilidades treinadas para serem executados no período entre as sessões. (e.g., resolução de problemas, comunicação, manejo de conflitos). Para maiores detalhes acerca de todo o processo de adaptação, consultar Oliveira (2018).

A redução no número de sessões e a decisão de realizá-las somente no período pós-natal tiveram o intuito de facilitar a adesão e a permanência de casais no programa de intervenção. Além dessas adaptações, o formato das atividades do programa original foi alterado de modo a reduzir ao máximo a quantidade de atividades e tarefas de casa envolvendo leitura e escrita, que costumam ter menor aceitabilidade de participantes com baixa escolaridade, bem como a realização da modificação da linguagem a fim de torná-la mais fácil na compreensão dos participantes. De um modo geral, as alterações realizadas envolveram uma substituição das atividades e tarefas. Por exemplo, os materiais escritos foram convertidos em cartões coloridos ilustrados, com texto reduzido.

#### *Procedimentos de Coleta de Dados*

O projeto desta pesquisa para a avaliação piloto da versão adaptada do programa Bases da Família foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFBA (CEP/IPS-UFBA), conforme CAAE 2127315.9.0000.5686 e Parecer n.º 1.445.145. Os

procedimentos de coleta de dados foram divididos em três fases: (a) pré-teste, (b) intervenção e (c) pós-teste.

Na primeira avaliação do pré-teste, durante o terceiro trimestre de gestação, a gestante informou dados sociodemográficos e respondeu ao SRQ-20, ao BDI-I e à EAD. Como a gestante foi selecionada em um serviço de atendimento pré-natal de uma maternidade pública para um projeto mais amplo sobre a saúde mental de mulheres e a conjugalidade na transição para a parentalidade, os genitores não foram selecionados, nem responderam aos instrumentos da primeira avaliação do pré-teste. Após a escolha da gestante e a identificação do interesse do genitor do bebê em participar do estudo, o aceite do convite e o consentimento para participar do estudo, ainda na fase de pré-teste, foram realizadas em três visitas domiciliares para a Observação da Interação do Casal, que avaliou a comunicação do casal.

Com o encerramento da fase pré-teste, a partir do quarto mês de vida do bebê, ocorreram seis visitas domiciliares com periodicidade semanal ou quinzenal, a depender da disponibilidade do casal, com duração aproximada de duas horas cada, para serem realizadas as sessões de intervenção. Para a realização das sessões, somente o casal e o bebê estiveram presentes. A intervenção foi conduzida pelo primeiro autor do estudo sob supervisão da segunda autora.

Após a finalização do programa de intervenção, no quinto mês do bebê, teve início o pós-teste, com três visitas domiciliares para a realização da Observação da Interação do Casal com as mesmas medidas do pré-teste. Na quarta e última visita do pós-teste, aos sete meses do bebê e após dois meses de finalização da intervenção, a mãe respondeu novamente ao SRQ-20, ao BDI-I e ao EAD para avaliação da saúde mental e do ajustamento diádico.

Os instrumentos padronizados foram aplicados individualmente, em forma de entrevista. As observações foram filmadas e tiveram duração aproximada de 10 minutos cada. Todas as etapas de avaliação pré e pós-intervenção foram realizadas por dois estudantes de graduação em Psicologia que receberam treinamento extensivo prévio de 40 horas.

#### *Procedimentos de Análise de Dados*

As análises de dados foram constituídas em duas etapas. A primeira refere-se aos escores dos instrumentos SRQ-20, BDI-I e EAD e a segunda relacionada às frequências das categorias de análise das observações foram representados em gráficos. A técnica de análise utilizada foi a análise visual, que compara o desempenho

pré-teste e o desempenho pós-teste a partir dos seguintes critérios: (a) imediatividade da mudança, que consiste na proximidade da mudança ao momento da passagem de uma fase para outra, (b) mudança de nível, consiste na mudança da taxa ou na descontinuidade do desempenho na passagem do final de uma fase para o início de outra, (c) mudança da tendência, representada pela alteração entre sequências com acréscimo, decréscimo ou manutenção dos valores registrados para as variáveis em cada fase e (d) variabilidade dos resultados, referente ao padrão de variação dos dados em cada fase (Suen, Lei, & Li, 2011).

### **Resultados**

Na primeira etapa de análise, foram comparadas as avaliações da saúde mental materna (SRQ-20 e BDI-I) e do ajustamento diádico autorrelatado pela mãe (EAD) entre o pré-teste e o pós-teste. No que se refere à saúde mental, o escore de oito pontos em transtornos mentais comuns se manteve do pré-teste para o pós-teste, indicando suspeita de transtornos mentais. Os indicadores de depressão aumentaram do pré-teste (11 pontos) para o pós-teste (16 pontos), revelando mudança de nível, ou seja, aumento da depressão, que passou de mínima para leve.

Quanto ao ajustamento diádico, houve uma redução no escore total de 78 no pré-teste para 59 no pós-teste. Contudo, não houve mudança de nível, pois o escore se manteve na classificação correspondente a sofrimento no relacionamento conjugal nas duas medidas. Quanto aos escores das dimensões específicas, o consenso diádico, a coesão diádica e a 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 pós-teste, respectivamente. O instrumento não oferece pontos de corte, mas a redução nos escores indicam piora do ajustamento conjugal nessas dimensões. A dimensão satisfação diádica foi a única que obteve aumento do pré-teste para o pós-teste passando de 16 para 26.

A segunda etapa de análise considerou os dados da conjugalidade referentes à comunicação do casal. Nessa fase, foi realizada a análise visual da frequência percentual das categorias avaliadas na Observação da Interação do Casal em cada uma das três visitas do pré-teste e das três visitas do pós-teste. Além de facilitar a comparação entre diferentes visitas de pré-teste e de pós-teste, as proporções foram necessárias porque

houve redução da quantidade de unidades de análise no pós-teste, comparadas às frequências do pré-teste.

A Figura 1 apresenta a frequência das categorias de interação da mãe durante as fases pré e pós-teste. Para a mãe, verificam-se valores mais frequentes das categorias discussão positiva e recusa de atenção em relação às demais categorias durante o pré-teste.

Na primeira medida pós-teste, houve uma mudança de nível imediata, indicando aumento de discussão positiva e redução de recusa de atenção e de invalidação. Contudo, nas duas medidas posteriores, foi verificada a redução para valores próximos aos registrados no pré-teste.

A Figura 2 apresenta a frequência das categorias de interação do pai durante as fases pré e 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 em todas as medidas. Os valores de discussão positiva e recusa de atenção mantiveram-se estáveis durante o pré-teste.

Já na primeira medida pós-teste, revelou-se o aumento de nível imediato para a frequência da categoria discussão positiva, de modo que todos os valores identificados no pós-teste foram superiores aos valores do pré-teste. Também se verificou a redução imediata de nível na categoria recusa de atenção desde a primeira medida do pós-teste, com todas as medidas mostrando resultados inferiores aos valores do pré-teste. 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.

## Discussão

O presente estudo avaliou os efeitos de uma adaptação do programa de intervenção domiciliar para casais na transição para a parentalidade Bases da Família sobre a saúde mental materna e duas dimensões da conjugalidade, o ajustamento diádico e a comunicação. A primeira hipótese, de que a intervenção reduziria sintomas de transtornos mentais comuns e os indicadores de depressão e aumentaria o autorrelato materno de ajustamento diádico e de suas respectivas dimensões recebeu pouco apoio dos dados. Os sintomas de transtornos mentais comuns mantiveram-se com valores iguais do pré-teste para o pós-teste, enquanto os indicadores de depressão aumentaram em frequência e em nível entre as duas fases. Quanto ao ajustamento diádico, os resultados revelaram melhora em apenas uma das quatro dimensões avaliadas, a satisfação diádica.

A estabilidade dos sintomas de transtornos mentais comuns e o aumento dos sintomas depressivos na mãe participante revelaram que o programa não foi eficaz para reduzir esses problemas no domínio individual. O achado sobre o aumento dos sintomas depressivos pode estar relacionado à classificação da participante como um caso de suspeita de transtorno mental já

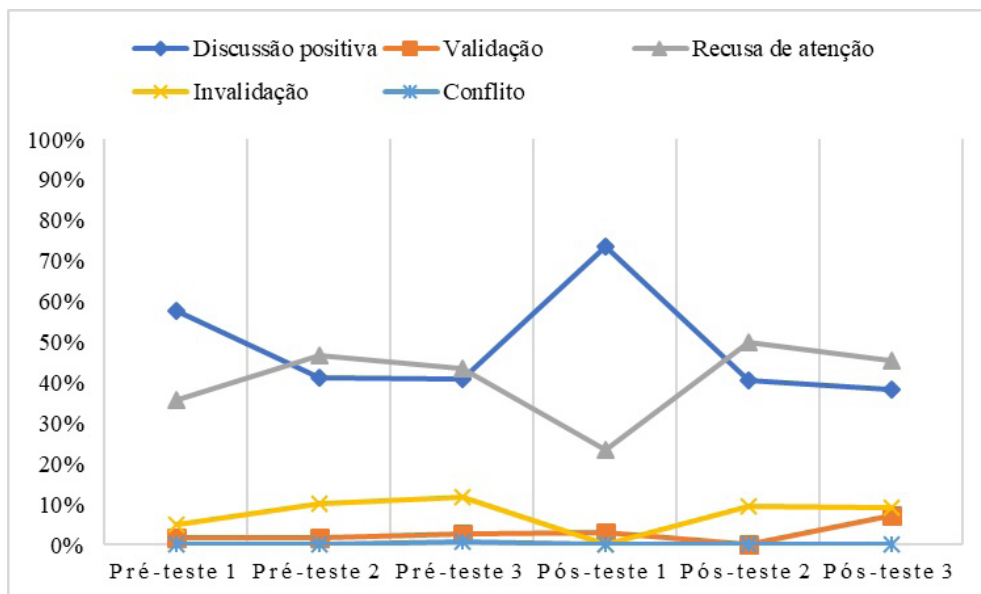


Figura 1. Frequência das categorias de interação da mãe durante as fases pré e pós-teste.

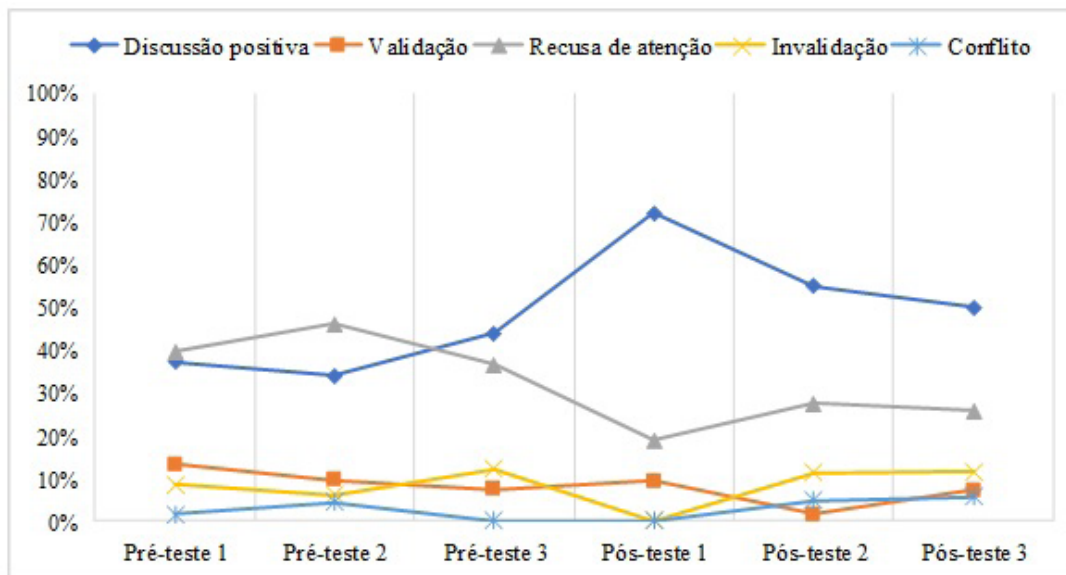


Figura 2. Frequência das categorias de interação do pai durante as fases pré e pós-teste.

durante a gestação. 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; Paschetta et al., 2014), apesar de alguns estudos apontarem para uma tendência à redução dos sintomas depressivos entre o período pré-natal e o pós-parto (Sipsma et al., 2016; Wu & Hung, 2016). O período de transição para a parentalidade é caracterizado por exigir uma reorganização dos indivíduos aos novos contextos, demandas e funções parentais (Hernandez & Hutz, 2009). 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.

Junto à potencial vulnerabilidade da participante detectada durante a gravidez, outro aspecto que pode ajudar a explicar o aumento da depressão é a baixa qualidade do ajustamento diádico no período pré-natal, que tem sido apontado como um importante preditor da depressão pós-parto (Paschetta et al., 2014). Adicionalmente, quanto mais tempo os indivíduos continuam em casamentos caracterizados por problemas conjugais, maiores suas chances de experienciar prejuízos à saúde mental, incluindo depressão (Bulanda, Yamashita, T., & Brown, 2020).

Quanto ao ajustamento diádico, avaliado com o casal, não há dados que confirmem o caráter persistente

ou duradouro dos problemas conjugais identificados na avaliação. De qualquer modo, a interação entre a vulnerabilidade da saúde mental da participante e as dificuldades conjugais durante a gestação podem estar associados de maneiras distintas e recíprocas. O baixo oferecimento de apoio de parceiros, por exemplo, está associado à sintomatologia depressiva (Sipsma et al., 2016). Ao mesmo tempo, os sintomas depressivos tendem a diminuir o prazer nas relações íntimas com o companheiro, o que reduziria a satisfação conjugal e a percepção da qualidade do relacionamento (Finkbeiner, Epstein, & Falconier, 2013).

É importante ressaltar ainda que fatores, como eventos de vida estressores (e.g., não ter boa assistência médica e ter conflitos com a família) (Alvarenga & Frizzo, 2017) não foram avaliados e trabalhados durante a intervenção e são frequentes em famílias com baixa escolaridade e perfil de vulnerabilidade social, como a que participou do estudo. Assim, o programa de intervenção implementado foi insuficiente para produzir benefícios sobre a saúde mental da participante, possivelmente devido ao seu perfil de risco. Em primeiro lugar, a presença de sintomas de transtornos mentais comuns tem estado associada a menores benefícios em programas de intervenção padronizados (Jones et al., 2018; Philipp et al., 2020). Outra investigação mostrou que a redução produzida pela intervenção nos níveis de depressão no período de seis meses a três anos após



o parto só permaneceu quando se tratava de mulheres que não eram casadas (Feinberg et al., 2010).

Em segundo lugar, os resultados negativos da avaliação da conjugalidade e a baixa escolaridade da participante são condições adicionais que certamente dificultaram o processo de transição para a parentalidade (Petch et al., 2012; van Scheppingen et al., 2018) e a obtenção de efeitos pela aplicação de um programa como o que foi avaliado neste estudo. Nesse sentido, a presente versão adaptada do programa Bases da Família talvez seja mais adequada para ser conduzida com casais sem perfil de risco, pelo menos, no que se refere a problemas de saúde mental. No entanto, faz-se necessário que a versão adaptada seja avaliada com esse novo público. Casais vulneráveis possivelmente precisam de intervenções prolongadas e que focalizem separadamente sintomas de transtornos mentais de cada um dos cônjuges ou intervenções mais prolongadas e associadas a outras terapêuticas, a fim de alcançar melhora da saúde mental e do relacionamento conjugal, que são fatores inter-relacionados.

Quanto ao ajustamento diádico, houve melhora apenas da satisfação diádica autorrelatada pela mãe, que se refere à felicidade, ao compromisso com o relacionamento e a possíveis conflitos (Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Essa melhora pode estar relacionada ao fato de o conteúdo da intervenção ter sido direcionado primariamente para habilidades de comunicação e resolução de problemas do casal. 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) (Scorsolini-Comin & Santos, 2011), todas essas vivências podem ter ocorrido de modo menos conflitivo e com melhor qualidade de comunicação, refletindo-se no escore de satisfação diádica.

Em contrapartida, 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 e comunicação eficiente. 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 pós-teste 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 tenham caracterizado um contexto bastante adverso para a participante. Além disso, com o nascimento e as demandas decorrentes do cuidado com o bebê, novos estressores foram acrescentados à rotina, o que pode ter contribuído para a deterioração do relacionamento. Em síntese, os argumentos elencados na explicação da evolução negativa da saúde mental da mãe do pré para o pós-teste não são excludentes e sua ocorrência simultânea também podem explicar os efeitos reduzidos que foram constatados na conjugalidade, que é particularmente afetada por sintomas de transtornos mentais (Finkbeiner et al., 2013).

A segunda hipótese que afirmava que a intervenção reduziria a frequência das categorias de conflito, recusa de atenção e invalidação na comunicação do casal foi parcialmente confirmada, pois os resultados indicaram que as mudanças em algumas dessas categorias foram acentuadas e estáveis somente na avaliação da comunicação do pai. A comunicação da mãe, por outro lado, manteve taxas similares desde o pré até o pós-teste, com exceção da primeira medida do pós-teste que revelou redução de recusa de atenção e de invalidação. No caso do pai, houve a redução da recusa de atenção, que se manteve ao longo de todo o pós-teste. Essa diminuição da recusa de atenção do pai, caracterizada por interrupção da fala do interlocutor ou falta de respostas a perguntas dirigidas, pode ser explicada pela aquisição das habilidades de falar e ouvir com atenção ao interlocutor, desenvolvidas durante a intervenção. Esse achado concorda com os resultados de uma versão australiana, em modalidade domiciliar, do *Family Foundations* (Giallo et al., 2022), que os participantes relataram melhora na comunicação e redução na exposição dos filhos a conflitos conjugais. No entanto, diferentemente de Giallo et al. (2022), o presente estudo identificou aprimoramento na comunicação apenas para o pai.

Nota-se, nesse cenário, que a intervenção envolveu psicoeducação e práticas intensivas de demonstração de interesse e respeito ao interlocutor e da alternância de turnos do casal. A compreensão das vantagens e a prática dessas habilidades durante e entre as sessões pode ter contribuído de forma efetiva para o pai reduzir interrupções da fala da mãe e evitar deixar de responder suas perguntas. Por outro lado, o fato de a mãe ter apresentado maior frequência de comunicação negativa do que o pai, corrobora o achado de que mulheres com baixa qualidade do relacionamento tendem a se engajar mais em comunicação negativa quando comparadas

aos homens em contexto terapêutico (Oka, Whiting, & Reifman, 2015).

Por fim, a terceira hipótese, que pressupunha que a intervenção aumentaria a frequência das categorias discussão positiva na comunicação do casal, também foi parcialmente confirmada. Os resultados revelaram um aumento da frequência de comportamentos do pai em somente uma das categorias, a discussão positiva. 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. Shapiro, Gottman e Fink (2015) sugerem que os efeitos de intervenções sobre a comunicação são graduais e complexos, 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, Barry, Barden e Dubac (2019) identificaram influências bidirecionais entre sintomas depressivos e padrões de distanciamento entre parceiros relacionados à comunicação, o que também tenderia a reduzir as oportunidades para a resolução de problemas.

Em resumo, os achados deste estudo indicam que o programa Bases da Família em sua versão adaptada neste estudo para casais brasileiros de risco não foi eficaz para melhorar indicadores de saúde mental da mulher e sua percepção do ajustamento diádico, embora esteja associado a repercussões positivas sobre a satisfação diádica da mãe e sobre parcela das dimensões da comunicação paterna. O perfil de risco do casal e, sobretudo, os indicadores negativos da saúde mental da mãe participante no pré-teste podem explicar em parte a ausência de efeitos do programa sobre o domínio individual da transição para a parentalidade, especialmente porque as estratégias não estiveram especificamente voltadas para esse domínio.

O Modelo dos Cinco Domínios de Fatores de Risco e Protetivos para os Sistemas Familiares indica

que a intervenção sobre um domínio poderia resultar em ganhos nos outros (Cowan & Cowan, 2019) e que tais relações indiretas de ganhos entre eles podem ser observadas em diferentes estudos (Feinberg et al., 2010; Jones et al., 2018; Petch et al., 2012). Contudo, problemas de saúde mental tendem a produzir efeitos deletérios significativos para além do domínio individual, como é o caso do seu impacto sobre a conjugalidade (Cowan & Cowan, 2012; Sipsma et al., 2016), o que pode ter limitado o alcance das estratégias adotadas na intervenção. Por outro lado, os efeitos positivos da intervenção sobre a dimensão específica da satisfação conjugal e sobre a comunicação do pai indicam o potencial dessa adaptação do Bases da Família para aplicação como um programa preventivo para casais sem perfil de risco. Os resultados dessa avaliação permitem o planejamento de novas pesquisas com amostras de casais sem perfil de risco, assim como de estudos que verifiquem se uma versão do programa Bases da Família com duração prolongada e mais semelhante à proposta original, pode obter resultados mais expressivos, sobretudo, no que se refere à conjugalidade.

Destacam-se, ainda, as limitações deste estudo. Por se tratar de uma avaliação piloto, pela complexidade da coleta de dados (um processo com medidas repetidas, de observação e filmagem da interação casal e com intervenção em visita domiciliar) e da avaliação da comunicação do casal por meio de medidas observacionais, optou-se pela realização de um estudo experimental de caso único com medidas repetidas, o que não permitiu nenhuma replicação que confirmasse os efeitos do programa de intervenção. Apesar das vantagens que delineamentos de medidas repetidas oferece para a avaliação de intervenções, o intervalo de tempo demandado para sua realização é um grande desafio para os pesquisadores e para os próprios participantes.

Por fim, a duração da intervenção original foi reduzida na versão adaptada para facilitar a participação e aderência do casal ao programa. As mães e os pais durante a transição para a parentalidade passam por alterações em seu cotidiano, como privação de sono e reorganização das atividades cotidianas, que podem inviabilizar a realização de visitas domiciliares e provocar a evasão de participantes nas pesquisas. A opção pela redução do número de sessões pode facilitar a participação de casais com bebês, porém, pode limitar o alcance da intervenção. Este é um desafio a ser enfrentado pelos pesquisadores nessa área. Outra limitação do estudo foi a avaliação do ajustamento diádico somente na perspectiva da mulher.

Além disso, destacam-se possíveis vieses de resposta em medidas de autorrelato para sintomas psiquiátricos. Estes autorrelatados tendem a ser suscetíveis à desejabilidade social (Perinelli & Gremigni, 2016) e, desse modo, a severidade dos sintomas nas avaliações iniciais de saúde mental da mãe pode ter sido subestimada. Adicionalmente, verificou-se que intervenções direcionadas a outras condições de saúde estão associadas a respostas mais acuradas dos participantes no pós-teste (Gmel, Venzin, Marmet, Danko, & Labhart, 2012). Com o ensino de estratégias para reconhecer e lidar com as emoções durante a intervenção, assim como com a análise sobre as demandas da parentalidade, a participante pode ter começado a identificar os sinais e sintomas comuns associados ao desgaste e à sobrecarga à maternidade, potencializados em quadros depressivos. Com esse cenário, a participante pode ter passado a responder mais precisamente aos itens no pós-teste. Ademais, a realização de apenas uma avaliação da saúde mental materna em cada fase da coleta de dados também foi uma limitação do estudo.

Sugere-se que futuras investigações avaliem a evolução de aspectos da saúde mental com outros instrumentos que possam ser aplicados com maior frequência, como a entrevista. De maneira equivalente, faz-se necessário que os estudos sobre transição para a parentalidade avaliem igualmente todos os genitores envolvidos no cuidado ao bebê, inclusive quanto aos aspectos de saúde mental. As diferenças de gênero identificadas nos efeitos deste estudo fortalecem a relevância de se avaliar particularidades masculinas quanto à saúde mental durante a transição para a parentalidade, de modo a permitir o desenvolvimento de estratégias e intervenções apropriadas para a proteção da saúde mental dos pais.

### Considerações Finais

Este estudo constatou que uma adaptação do Bases da Família, uma intervenção domiciliar breve para casais na transição para a parentalidade, não produziu efeitos sobre a saúde mental da mulher e teve efeitos limitados sobre a conjugalidade avaliada pelo casal, em sua aplicação com um casal de risco. O programa foi eficaz para melhorar a percepção materna de uma dimensão específica da conjugalidade, a satisfação conjugal, e melhorou a qualidade da comunicação do pai no que se refere ao aumento da frequência de discussão positiva e redução de recusa de atenção. Esses achados revelam que, para casais com perfil de risco relacionado

à baixa escolaridade e, especialmente, a problemas de saúde mental, a intervenção tem alcance limitado.

De qualquer modo, os resultados desta avaliação permitem o planejamento de novas pesquisas envolvendo casais sem perfil de risco ou versões prolongadas e suplementadas do Bases da Família. Para casais expostos a fatores de risco, recomenda-se fortemente a associação de programas de intervenção sobre transição para a parentalidade a alguma modalidade psicoterapêutica com foco na promoção da saúde mental.

### Referências

- 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. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>
- Alvarenga, P., Oliveira, J. M., & Lins, T. C. S. (2018). Reflexões sobre a parentalidade no contexto de vulnerabilidade social no Brasil. Em M. L. Seidl-de-Moura, D. M. L. F. Mendes & L. F. Pessoa (Eds.), *Parentalidade. Diferentes perspectivas, evidências e experiências* (1 ed., pp. 41-60). Appris.
- Barry, R. A., Barden, E. P., & Dubac, C. (2019). Pulling away: Links among disengaged couple communication, relationship distress, and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 280-293. <https://doi.org/10.1037/fam0000507>
- 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. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. Psychological Corporation.
- Bulanda, J. R., Yamashita, T., & Brown, J. S. (2020). Marital quality, gender, and later-life depressive symptom trajectories. *Journal of Women & Aging*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1818538>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2019). Changing families: A preventive intervention perspective. *Family Relations*, 68, 298-312. <https://doi.org/10.1111/fare.12359>

- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development. Em F. Walsh (Org.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4ª ed, p. 428-451). Guilford Press.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Fagundes, A. J. F. M. (2017). *Descrição, definição e registro de comportamento* (18a. ed.). Edicon.
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0020837>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0130-4>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01415.x>
- Giallo, R., Seymour, M., Skinner, L., Fogarty, A., Field, K., Mead, J., Rimington, H., Galea, K., Talevski, T., Ruthven, C., Brown, S., & Feinberg, M. (2022). Evaluation of home-based Family Foundations targeting perinatal mental health and couple conflict in Australia. *Family Relations, 71*(3), 1036-1057. <https://doi.org/10.1111/fare.12647>
- Gmel, G., Venzin, V., Marmet, K., Danko, G., & Labhart, F. (2012). A quasi-randomized group trial of a brief alcohol intervention on risky single occasion drinking among secondary school students. *International Journal of Public Health, 57*(6), 935-944. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0419-0>
- Grolleman, J. F., Gravesteyn, C., & Hoffenaar, P. J. (2022). Trajectories of Change in Parental Self-Esteem and Emotion Regulation from Pregnancy until 4 Years Postpartum. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02306-0>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0152-y>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0012584>
- 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>
- Jones, D. E., Feinberg, M. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2018). Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family Relations, 67*(2), 270-286. <https://doi.org/10.1111/fare.12309>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Long, T., Jones, C., Jomeen, J., & Martin, C. (2021). Becoming parents by adoption: A systematic review. *Journal of Health Visiting, 9*(3), 116-127. <https://doi.org/10.12968/johv.2021.9.3.116>
- Meier, F., Milek, A., Rauch-Andereg, V., Benz-Fraginière, C., Nieuwenboom, J. W., Schmid, H., ... Bodenmann, G. (2020). Fair enough? Decreased equity of dyadic coping across the transition to parenthood associated with depression of first-time parents. *PLoS ONE, 15*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227342>
- Míguez, M. C., & Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World Journal of Psychiatry, 11*(7), 325-336. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>
- Mitchell, E. A., Nuttall, A. K., & Wittenborn, A. (2019). Maternal depressive symptoms and warm responsiveness across the transition to parenthood. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 1604-1612. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01392-x>
- 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. <https://doi.org/10.9788/TP2015.3-03>

- 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. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1052311>
- Onghena, P. (2005). Single-case designs. Em B. S. Everitt & D. C. Howell (Orgs.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (Vol. 4, p. 1850-1854). Chichester: John Wiley & Sons, Inc.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.009>
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6), 534-551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0028781>
- Philipp, A. C., Lee, J., Stamm, T. A., Wininger, M., Datler, W., & Kapusta, N. D. (2020). Coparenting intervention for expectant parents affects relationship quality: A pilot study. *The Toboku Journal of Experimental Medicine*, 252(1), 33-43. <https://doi.org/10.1620/tjem.252.33>
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300007>
- 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. <https://doi.org/10.1037/cfp0000051>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2064-3>
- 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. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Suen, H. K., Lei, P.-W., & Li, H. (2011). Data analysis for effective decision making. Em M. A. Bray & T. J. Kehle (Orgs.), *The Oxford Handbook of School Psychology* (pp.140-170). Oxford University Press.
- van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J. A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2018). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(6), 973-991. <https://doi.org/10.1037/pspp0000156>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, X., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11, 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9892-2>

Sobre os autores:

**João Marcos de Oliveira Cavalcanti** possui doutorado e mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA), especialização em Terapia Analítico-Comportamental pelo Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE) e graduação em Psicologia pela Universidade Salvador (UNIFACS). Atualmente, é docente da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e de cursos de especialização em Psicologia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5494-3985>

*E-mail:* joaomarcosdeoliveira@gmail.com

**Patrícia Alvarenga** é Professora Associada do Instituto de Psicologia e Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA). Bolsista de Produtividade em Pesquisa Nível 2 do CNPq. Possui Graduação, Mestrado e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Realizou estágio pós-doutoral na Universidad de Valencia/ES e estágio como Pesquisadora Visitante na University of Texas e na New York University. É a atual coordenadora do GT da ANPEPP Parentalidade e Desenvolvimento Infantil em Diferentes Contextos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9079-4956>

*E-mail:* palvarenga66@gmail.com

**Nilton Correia dos Anjos Filho** é Mestre e doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA). Possui especialização sob modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde Mental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e graduação em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa. Atualmente, é docente da Universidade Salvador (UNIFACS) e de cursos de especialização em Psicologia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4901-2198>

*E-mail:* niltoncorreia\_15@hotmail.com

Contato com os autores:

Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia  
Rua Aristides Novis, 197, Estrada de São Lázaro  
Salvador-BA, Brasil  
CEP: 40210-730