

Avaliação de um Programa Psicoeducativo de Transição para a Parentalidade¹

Sheila Giardini Murta²

Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

Andréia Crispim Rodrigues

Isabela de Oliveira Rosa

Silvia Guimarães de Paulo

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO, Brasil

Resumo: Este estudo teve por objetivo avaliar um programa longitudinal de apoio à transição para a parentalidade por meio da avaliação de necessidades e de processo. Um casal participou de uma intervenção longitudinal, com nove visitas domiciliares, focadas no desenvolvimento de habilidades parentais e empoderamento da dupla. As interações pais-bebê e reações do casal à intervenção foram gravadas em vídeo e posteriormente registradas no Protocolo de Avaliação de Processo. A análise dos dados evidencia que o casal sentiu-se satisfeito com o programa e fez uso das informações e estratégias recebidas, com impacto positivo nas dimensões da conjugalidade, com melhor comunicação e solução de problemas interpessoais e da parentalidade, com a construção de conhecimentos sobre o desenvolvimento do bebê, mudanças em crenças sobre práticas educativas parentais violentas, responsividade na relação com o bebê e menor estresse parental. São recomendadas replicações deste estudo em amostras maiores e avaliação de *follow-up*.

Palavras-chave: prevenção, programa de atendimento domiciliar, avaliação de programa, comportamento de apego, violência na família

Evaluation of a Psycho-educational Parenthood Transition Program

Abstract: This paper describes a needs assessment and a process evaluation of a longitudinal support program to first-time parents. A couple participated in a longitudinal intervention, with nine home visits, focused on the development of parental skills and couple empowerment. The baby-parents interaction and the couple's reactions to the intervention were video recorded and afterwards registered into the Process Evaluation Protocol. Data analysis showed that the couple felt satisfied with the program and used the information and strategies received, with a positive impact on the dimensions of conjugality, better communication and interpersonal problem solving and parenthood, development of knowledge on the infant's development, change in beliefs related to violent parental educational practices and responsiveness in the relationship between the baby and the parents, besides lower parental stress. Replications of this study in bigger samples with follow-up evaluations are recommended.

Keywords: prevention, home visiting programs, program evaluation, attachment behavior, family violence

Evaluación de un Programa Psicoeducativo de Transición para la Parentalidad

Resumen: La finalidad de este artículo fue evaluar un programa longitudinal de apoyo a la transición hacia la parentalidad mediante la evaluación de necesidades y proceso. Una pareja participó en una intervención longitudinal que constituye una serie de nueve visitas domiciliares, focalizadas en el desarrollo de habilidades parentales y empoderamiento de la pareja. Las interacciones padres-bebé y las reacciones de la pareja a la intervención fueron grabadas en video y posteriormente registradas en el protocolo de evaluación de proceso. El análisis de los datos demostró satisfacción de la pareja con el programa y la utilización de las informaciones y estrategias recibidas, con impacto positivo en las dimensiones de la conyugalidad, con mejor comunicación y solución de problemas interpersonales; y de la parentalidad, con la construcción de conocimientos sobre el desarrollo del bebé, cambios en creencias sobre las prácticas educativas parentales violentas, sensibilidad en la relación con el bebé y menor estrese parental. Se recomienda que el estudio sea reaplicado en muestras con más participantes y con evaluaciones de seguimiento.

Palabras clave: prevención, programa de atención domiciliar, evaluación del programa, conducta de apego, violencia en la familia

A transição para a parentalidade tem sido largamente discutida na literatura, incluindo o seu impacto para o

subsistema das relações do casal (Berthould, 2002; Bradt, 1995; Menezes & Lopes, 2007) e das relações pais-bebê (Cia, Williams, & Aiello, 2005; Lopes, Menezes, Santos, & Piccinini, 2006). Na primeira dimensão, da conjugalidade, os pesquisadores têm procurado identificar como a espera e a chegada do primeiro filho afetam a qualidade das interações conjugais e quais fatores estão associados a melhor ou pior qualidade destas interações neste momento da vida familiar. Ter uma relação conjugal satisfatória antes da

¹ Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Endereço para correspondência:

Sheila Giardini Murta. Universidade de Brasília, *campus* Darcy Ribeiro. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Clínica. CEP 70.910-900. Brasília-DF, Brasil. *E-mail:* giardini@unb.br

gestação (Menezes & Lopes, 2007), ter percepções positivas em relação ao parceiro, ter vivenciado apego seguro com os próprios cuidadores, ter satisfação sexual no casamento, ter acesso a emprego e bens sociais e culturais (Dessen & Braz, 2005) parecem atuar como fatores de proteção à qualidade da relação conjugal, em especial na transição para o nascimento do primeiro filho. Na segunda dimensão, da parentalidade, têm sido investigados os fatores preditores da qualidade das relações pais-bebê e de práticas saudáveis de cuidado ao bebê. É consenso que ter sido vítima direta ou ter testemunhado violência intrafamiliar e ter construído apego inseguro com os próprios cuidadores configuram-se como importantes fatores de risco para a parentalidade (Bowlby, 1990; Silva, Le Pendu, Pontes, & Dubois, 2002; Wendland-Carro & Piccinini, 1995).

Por outro lado, ter acesso à escolaridade, informação e serviços de saúde favorece o conhecimento sobre o desenvolvimento do bebê, o que por sua vez contribui para a qualidade do cuidado dado à criança e, em última instância, para o seu desenvolvimento saudável (Moura et al., 2004). Além disto, o suporte social à mãe primípara (Warren, 2005) e a participação paterna na gestação (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2004) têm sido também apontados como fatores de proteção neste contexto.

O conhecimento dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento familiar e infantil na transição para a parentalidade fornece as bases para o campo das intervenções precoces voltadas para a prevenção à depressão materna (Frizzo & Piccinini, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003), aos distúrbios de desenvolvimento do bebê (Cia, Williams, & Aiello, 2005; Granato & Aiello-Vaisberg, 2009), ao apego inseguro (Bowlby, 1990; Schmidt & Argimon, 2009; Wendland-Carro, Piccinini, & Millar, 1999) e à violência intrafamiliar dirigida ao cônjuge e à criança (Ceconello, De Antoni, & Koller, 2003; Honig & Morin, 2001; Peterson, Tremblay, Ewigman, & Porkey, 2002). Há evidências de que os cinco primeiros anos de vida constituem o período de maior risco e vulnerabilidade para negligência e abuso físico contra a criança, sendo que nesta etapa da vida ocorre a maior parte das fatalidades resultantes destas situações (Guterman, 1999). Assim, são de extrema relevância os programas de transição para a parentalidade e outras intervenções precoces que visam auxiliar casais, mães e pais primíparos a gerenciarem adequadamente o estresse e ansiedade associados a esta transição de vida, e estabelecerem interações responsivas e práticas de cuidado adequadas ao bebê.

A literatura internacional é rica em estudos de avaliação de programas de transição para a parentalidade e intervenção precoce para prevenção a maus tratos contra a criança (Gonzales & MacMillan, 2008; Gray & McCormick, 2005; MacLeod & Nelson, 2000; Olds, 2002). Já no Brasil, a literatura específica é ainda pequena (Gravena & Williams, 2004; Wendland-Carro et al., 1999). As intervenções na área têm sido implementadas em diferentes contextos, momentos da parentalidade e formatos. Esta

diversidade compreende intervenções feitas em centros de saúde, nos domicílios e hospitais, antes e/ou após o nascimento do bebê, em grupo ou em visitas domiciliares. Boa parte destes estudos adota delineamentos experimentais ou “quase” experimentais, com avaliações de pré e pós-teste, com abordagem psicoeducativa focada na dimensão da parentalidade (Akai, Guttentag, Baggett, & Noria, 2008; Deyo, Skybo, & Carrol, 2008; Shute & Judge, 2005), da conjugalidade (Hawkins, Fawcett, Carroll, & Gilliland, 2006) ou, com menor frequência, em ambas as dimensões (Doherty, Erickson, & LaRossa, 2006). A análise desta literatura mostra que o conteúdo focado na parentalidade inclui o treinamento da responsividade parental, informações sobre o desenvolvimento do bebê, habilidades parentais e cuidados com a saúde do bebê. E o conteúdo focado na conjugalidade inclui habilidades de comunicação entre os cônjuges, o apoio social (com ênfase no envolvimento do pai nos cuidados com o bebê), a divisão de tarefas e o manejo dos diferentes papéis no casamento.

Gray e McCormick (2005), em uma revisão sobre programas de intervenção precoce na infância, identificaram focos para a melhoria dos programas preventivos a esta população e recomendaram que estes programas façam uso de visitas domiciliares integradas aos serviços dos centros de saúde, monitorem a qualidade da implementação, sejam focados nas demandas da família, incorporem as especificidades da cultura e sejam mais abrangentes em suas variáveis e medidas de avaliação. MacLeod e Nelson (2000), considerando os achados de uma meta-análise sobre programas de prevenção a maus tratos contra a criança e promoção de bem-estar na família, sugeriram que as intervenções na área incluam o empoderamento da família, se concentrem nos recursos e fatores de proteção familiares, envolvam os participantes no planejamento da intervenção, tenham uma duração igual ou superior a seis meses ou incluam pelo menos doze visitas (domiciliares) e sejam multicomponentes em seu conteúdo.

Com base nas recomendações de Gray e McCormick (2005) e MacLeod e Nelson, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar um programa longitudinal de apoio à transição para a parentalidade. Assim, diferente – e em complementação – aos estudos já feitos nesta área, que utilizaram delineamentos com pré e pós-teste, a presente investigação teve como objetivo descrever a avaliação de necessidades e de processo de um programa de apoio a pais e mães primíparos. Especificamente, a avaliação de necessidades objetivou identificar os estressores e recursos do casal a serem considerados na intervenção. A avaliação de processo objetivou responder às perguntas: em que extensão os participantes praticaram as técnicas e utilizaram os recursos que lhes foram disponibilizados na intervenção? Em que extensão os participantes ficaram satisfeitos com o programa? Em que extensão as metas intermediárias previstas para o programa foram alcançadas? Em que extensão o programa fornecido foi fiel em seu conteúdo e duração comparado àquele

planejado? Quais variáveis contextuais facilitaram ou dificultaram a implementação da intervenção?

Método

Participantes

Participaram do estudo um casal, Gilson e Vera (nomes fictícios), recrutados em uma maternidade da rede pública de uma capital do centro-oeste brasileiro. Gilson, 37 anos, tinha o ensino médio incompleto, estava desempregado no início do estudo e, no decorrer, começou a trabalhar no ramo de vendas. Vera, 31 anos, tinha concluído o ensino médio e era dona de casa. O casal não tinha renda fixa no início da investigação, estava se mantendo com vendas de calçados em feira livre. Estavam casados legalmente há cinco anos e esperando o primeiro filho cuja gestação não havia sido planejada. No início do estudo, estavam no sexto mês de gestação e, no término, o bebê, aqui chamado pelo nome fictício de Clara, tinha três meses. O casal e o bebê não apresentavam problemas de saúde. Os participantes relataram não fazer uso de drogas, álcool e tabaco, não fazer uso de medicamento controlado e não ter problemas psiquiátricos na família.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na avaliação de necessidades foram os seguintes:

Roteiro de entrevista para avaliação de necessidades: tem como objetivo investigar dados demográficos, 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.

Checklist de Estressores (adaptado de Rahe, 1998): contém 34 itens que contemplam mudanças em saúde, trabalho, relações familiares e perdas. O respondente é solicitado a responder se cada um dos eventos foi ou não experienciado nos últimos 12 meses.

Mapa de Rede Social (Sluzki, 1997): descreve a rede de apoio social do casal, incluindo o número de pessoas significativas, o contexto de relação (família, amigos, trabalho e comunidade) e o grau de intimidade na relação. Trata-se de um círculo, dividido em quatro partes, uma para cada contexto de relação, em que o respondente se situa no centro, e ao redor são escritos os nomes das pessoas que compõem a rede, situando-as por tipo de relação (se amigo, vizinho, parente ou colega de trabalho, por exemplo). Os membros da rede social íntimos devem ser escritos mais próximos do centro e os menos íntimos, devem ser escritos mais distantes do centro, representado assim o maior ou menor grau de confiança na relação.

Instrumento de Avaliação de Afetividade e Convivência Conjugal: elaborado especialmente para este estudo, é composto por 15 itens que versam sobre a expressão de afeto e a

intimidade na relação conjugal. O respondente é solicitado a marcar a ocorrência do comportamento no último mês, a frequência (nenhuma vez, poucas vezes ou várias vezes) deste e de quem foi a iniciativa do comportamento (se do homem ou da mulher).

Os instrumentos utilizados na avaliação do processo foram os seguintes:

Protocolo para Avaliação de Processo: este instrumento era preenchido pelas pesquisadoras ao final de cada sessão de intervenção e compreendia dados coletados a partir da observação das filmagens e dos comportamentos verbais e não verbais observados em cada visita. O protocolo avalia seis critérios (adaptados de Linnan & Steckler, 2002): dose recebida (prática de ferramentas disponibilizadas pela intervenção, avaliada por autorrelato); satisfação do consumidor (satisfação dos participantes para com a intervenção, avaliada por autorrelato); metas intermediárias relatadas pelo casal (descobertas e novas aprendizagens proporcionadas pela intervenção) e observadas na interação entre os cônjuges e destes para com o bebê (comportamentos reveladores de interesse do casal pela intervenção, intimidade e comunicação do casal e interação do casal com o bebê); fidelidade (implementação do conteúdo do programa tal como planejado); e contexto (observação cotidiana de variáveis contextuais que facilitaram ou dificultaram o andamento da visita ou envolvimento do casal).

Procedimento

Coleta de dados. O estudo teve início com a preparação da equipe para inserção no campo. Nesta etapa, foram feitos estudos teóricos e foi ministrado treinamento de habilidades sociais educativas (Del Prette & Del Prette, 2001) para as pesquisadoras responsáveis pelas visitas, à época alunas de graduação em Psicologia. O treinamento incluía as habilidades de fazer perguntas abertas, ouvir com empatia, fazer autorrevelação, dar instruções com clareza e comunicar-se assertivamente. Foram realizados ensaios comportamentais e *videofeedback* do desempenho das pesquisadoras em supervisões semanais de três horas de duração. As supervisões ministradas pela primeira autora do estudo tiveram continuidade ao longo da implementação do programa.

Avaliação de necessidades e devolução. Após o contato inicial com o casal e esclarecimento de aspectos éticos, foram feitas quatro visitas domiciliares para avaliação de necessidades. Foram aplicados o Roteiro de entrevista para avaliação de necessidades, o *Checklist* de Estressores Vivenciados, o Mapa da Rede de Apoio Social e o Instrumento de Avaliação de Afetividade e Convivência Conjugal. Essas entrevistas foram gravadas em fitas de áudio.

Concluída a avaliação de necessidades, foi feita uma sessão para devolução dos resultados da etapa anterior. Foram discutidos com o casal participante seus fatores de proteção e de risco percebidos ao longo das entrevistas, seus recursos e estratégias de enfrentamento e foi feita a proposta

de intervenção. Esta sessão teve a duração de aproximadamente 105 minutos.

Intervenção. A intervenção, embasada na Teoria do Apego de Bowlby (1990) e nos estudos sobre resiliência (Masten & Coatsworth, 1998; Nettles, Mucherah, & Jones, 2000; Walsh, 2005), foi multicomponente e abordou as dimensões da parentalidade e conjugalidade por meio de visitas domiciliares, com procedimentos voltados para a promoção do empoderamento dos participantes e análise de indicadores de mudança observados no decorrer da intervenção. Do ponto de vista metodológico, baseou-se na área de pesquisa de avaliação de programas sociais, que compreende a coleta de dados antes, durante e após o programa (Posavac & Carey, 2003).

Foram realizadas nove visitas domiciliares psicoeducativas, com duração aproximada de 90 minutos por sessão. A primeira sessão foi efetuada antes do nascimento do bebê. A segunda ocorreu aproximadamente 15 dias após o nascimento de Clara. A terceira sessão aconteceu após 30 dias do nascimento do bebê e as demais sessões foram marcadas com intervalos variando entre uma a duas semanas, de acordo com a disponibilidade do casal.

A intervenção foi embasada em uma cartilha composta por texto e ilustrações referentes a seis grandes temas: enfrentamento a estressores do parto e puerpério, a relação conjugal e as habilidades comunicativas do casal, as capacidades sensoriais do bebê, o laço afetivo entre os pais e o bebê, a prevenção de maus tratos contra o bebê, e resiliência, risco e proteção (Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo, & Furtado, 2008). Antes de cada sessão planejava-se o roteiro da intervenção, levando-se em consideração as informações obtidas na avaliação de necessidades, a análise da sessão anterior e os temas gerais previstos para a intervenção presentes na cartilha informativa. As técnicas usadas para abordar estes temas foram exposição dialogada, ensaio comportamental, visualização e exposição de vídeo (Camargos & Paes, 2007), além da própria cartilha, com ênfase em suas ilustrações.

Avaliação do processo. A avaliação de processo ocorreu a partir da segunda sessão. Ao início de cada sessão indagava-se ao casal o que havia pensado, planejado ou realizado desde o último encontro e que tinha relação com os temas discutidos na visita (avaliação de dose recebida). Ao final, os participantes eram convidados a emitir suas opiniões, críticas, ou sugestões sobre a sessão do dia (satisfação do consumidor) e a descrever suas eventuais descobertas (exemplo: novas informações) vivenciadas naquela visita. Os dados referentes aos demais critérios de processo foram coletados por meio de comportamentos observados ao longo das sessões (metas intermediárias nos quesitos interesse do casal pela intervenção, intimidade do casal, comunicação do casal, interação pais-bebê, e fidelidade), bem como do julgamento das facilitadoras (contexto).

Todas as visitas foram filmadas. Após cada sessão de intervenção, fundamentando-se na observação das filmagens, a dupla de facilitadoras preenchia o Protocolo para Avaliação

de Processo, após a discussão e solução de eventuais dúvidas e discordâncias. Apenas as concordâncias foram registradas.

Análise dos dados. Os dados da avaliação de necessidades provenientes da entrevista foram analisados por meio da criação de categorias, enquanto os coletados conforme os demais instrumentos foram submetidos à inspeção visual. Os dados da avaliação de processo foram analisados por meio da criação de categorias de comportamentos verbais e não verbais, com exceção daqueles sobre metas intermediárias, que foram marcadas em uma escala numérica, que variava entre um a cinco, sendo que quanto maior o número, maior a frequência ou intensidade do comportamento na sessão do dia, de acordo com o relato dos participantes (descobertas e novas aprendizagens) ou conforme a observação das pesquisadoras (interesse, intimidade, comunicação e interação pais-bebê).

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (Protocolo 0220).

Resultados e Discussão

Serão apresentados os resultados e discussão por etapa de avaliação, subdivididos em necessidades e processo.

Avaliação de Necessidades

De modo geral, os dados coletados na avaliação de necessidades indicaram algumas dificuldades enfrentadas pelo casal na fase da gravidez, como dificuldade financeira causada pelo desemprego de Gilson, déficits em habilidades sociais da parte de Vera (dificuldades em expressar desagrado, fazer críticas e pedir ajuda, com verbalizações hostis), repertório pobre em habilidades de enfrentamento do casal focadas no problema (brigas como forma de resolver problemas) e na emoção (ausência de estratégias relacionadas a lazer, distração e descanso), dificuldades no relacionamento sexual (insatisfação, pouca frequência de contato sexual e sentimentos de insegurança) e crenças tradicionais sobre papéis de gênero da esposa (por exemplo, Vera acreditava que iniciar interações sexuais era dever exclusivo do homem). Por outro lado, o casal apresentou já nesta etapa diversos fatores de proteção, como união em busca de solução para os problemas da relação conjugal, reconhecimento da esposa de que precisava mudar a comunicação, abertura e confiança para abordar dificuldades sexuais, otimismo com a chegada da filha, boa avaliação do casamento, descrição de boa relação no namoro, familiares disponíveis e participação em grupo da igreja.

A avaliação de necessidades permitiu identificar os fatores de risco e de proteção relevantes na vida do casal, bem como estressores associados à transição para a

parentalidade, já apontados em estudos anteriores (Menezes & Lopes, 2007; Piccinini et al., 2004). Este conjunto de informações possibilitou personalizar a intervenção psicoeducativa, com módulos dirigidos ao papel conjugal (manejo de estresse, sexualidade e habilidades comunicativas do casal) e ao papel parental (competências sensoriais do bebê, responsividade e construção de apego seguro, prevenção de maus tratos e resiliência). Isto difere da maior parte dos estudos publicados na área (Akai et al., 2008; Deyo et al., 2008; Shute & Judge, 2005), que são voltados apenas para a dimensão da parentalidade.

Por outro lado, ainda que a avaliação de necessidades tenha sido útil, foi muito longa (três sessões). Isto exigiu maior disponibilidade dos participantes. Uma avaliação mínima poderia ser desenvolvida em estudos futuros, concentrando-se em variáveis indispensáveis (como o tipo de apego estabelecido com os próprios cuidadores, as práticas educativas parentais recebidas deles e a satisfação conjugal), com uso de instrumentos mais curtos e de resposta mais rápida. Isto poderá ser útil em novos contextos de implementação, em que as famílias e as equipes profissionais disponham de menos tempo para visitas domiciliares.

Avaliação de Processo

A avaliação do critério dose recebida mostrou que o casal fez uso de diversas estratégias de enfrentamento e informações oferecidas durante a intervenção, tanto em sua relação conjugal (dimensão da conjugalidade), como também em sua relação com o bebê (dimensão da parentalidade). Na dimensão da conjugalidade, o casal relatou mudanças comportamentais em comunicação, intimidade, crenças relativas a gênero, enfrentamento ao estresse e apoio mútuo. A prática de habilidades sociais conjugais permitiu trocas mais eficazes voltadas para a solução de problemas, como dito por Gilson: “Estamos mais conscientes, antes a gente brigava muito... a gente não conversava, brigava, brigava e ficava... hoje a gente tá conversando mais. Parece que um problema que pesava 100 kg, pesa agora 10”. Os relatos mostraram maior autocontrole da esposa, uma redução de críticas inadequadas, cobranças e hostilidade, conforme demonstrado no relato de Vera: “Mudamos nossa forma de conversar, não está mais tão alterada...”. Quanto à intimidade do casal, apenas a esposa relatou mudança no esposo: “Ele está mais carinhoso, com mais cuidado”. Isto mostra algum uso das ferramentas disponibilizadas na intervenção, porém com abrangência insuficiente para solucionar as dificuldades sexuais vividas pelo casal. Antes da intervenção, Vera compartilhava de papéis de gênero tradicionais, acreditava que interações sexuais deveriam ser iniciadas apenas pelo marido e que os cuidados com o bebê deveriam ser, sobretudo, dela. Mudanças neste aspecto foram também verificadas, como mostra seu relato: “Gostei da ideia de pedir ajuda, quando eu quiser descansar...”. Outra categoria de uso da intervenção foi o apoio mútuo. Sobre isto, relatou Gilson: “Eu

já tirei a roupa da nenê pra ela dar banho”. Em relação ao enfrentamento ao estresse, foi relatado o uso de estratégias focadas na emoção, como relatado por Gilson: “A gente tem saído mais”.

Na dimensão da parentalidade, os relatos de uso da intervenção indicaram interação adequada com o bebê, aprendizado sobre competências sensoriais do bebê, auto-observação relativa a práticas educativas parentais de risco e mudanças em crenças sobre práticas educativas parentais. Foi constatada maior interação do pai com a filha, por meio de falas, cuidados, o que era uma das queixas da mãe na gestação e no primeiro mês. Acerca disto, Gilson relatou: “Eu chego à tardinha, pego ela, ponho no sofá, brinco com ela, se tiver com calor tiro a minha dela... de manhã antes de sair, brinco, falo com ela...”. A identificação das competências sensoriais do bebê também foi relatada por Gilson: “Eu sei identificar o choro dela, sintomas de dor, calor, frio”. Durante as visitas, em diversos momentos, Vera demonstrou alguns comportamentos indicadores de não responsividade para com o bebê (discutidos adiante) e supervisão estressante. Isto foi alvo de intervenção, a fim de ampliar a sua consciência sobre esta prática e suas possíveis implicações negativas no desenvolvimento da criança. Sobre isto, Vera relatou: “Vocês falando dessa supervisão estressante e é assim mesmo, tanto é que quando minha mãe pega ela e leva, passa um pouquinho, tô atrás. Ela fala: já vem a cão de guarda, ela me chama também de coruja”.

Os participantes destacaram, por fim, as mudanças nas crenças que carregavam sobre práticas educativas parentais, sendo que acreditavam que para disciplinar era essencial o bater. Evoluíram da certeza do bater como prática educativa para outras possíveis formas de educação, como dito por Vera: “Eu sempre pensei que criança tem que apanhar, mas agora diante do que vocês falaram, tô refletindo mais! Agora penso em conversar primeiro!”.

Estes resultados apontam diversos benefícios da intervenção para o casal participante, tanto na dimensão da parentalidade quanto da conjugalidade. Na primeira dimensão, a intervenção permitiu aos pais adquirir informações sobre as competências sensoriais do bebê, aumentar a responsividade parental e questionar suas crenças em práticas punitivas como sendo indispensáveis e adequadas na educação dos filhos. Na dimensão da conjugalidade, ocorreram ganhos nas habilidades sociais conjugais, na solução de problemas cotidianos e no apoio mútuo, possivelmente com diminuição do estresse do casal. Dificuldades sexuais permaneceram fonte de insatisfação, mas com solução mais viável, à medida que habilidades comunicativas foram desenvolvidas. Os dados são promissores e sugerem o fortalecimento de fatores protetivos para o desenvolvimento do bebê (Dessen & Braz, 2005; Moura et al., 2004).

A avaliação do critério satisfação do consumidor indicou que houve satisfação dos participantes quanto à intervenção. Esta satisfação foi classificada nas subcategorias: (a) vínculo com as pesquisadoras, expresso por meio da confiança nas

pesquisadoras: “Eu sempre acho bom, vocês são pacientes, ouvem com atenção, me sinto bem a vontade!”; (b) contentamento, demonstrado por meio de relatos de satisfação para com a ajuda recebida na intervenção: “Se não tivesse esse acompanhamento com vocês tudo seria pior, pelo que sou agitada e meio estressada, acho que iria acabar num hospício ou num hospital!”; (c) pertinência do conteúdo, relativo à adequação dos temas para com o momento vivenciado pelos participantes: “O que a gente viu hoje é o que a gente está passando, que é o estresse, são os problemas, o nervosismo, os palpites. Então achei bom!”; (d) confiança: houve liberdade em compartilhar dificuldades vivenciadas: “Os problemas que nós apresentamos no início [sobre sexualidade], não vou dizer que estão 100% sanados, mas não são alvo para nós hoje. Se Clara tivesse nascido no meio desses problemas tinha gerado um estresse, teria piorado a situação”; (e) novas informações: todas as sessões foram avaliadas como interessantes e atrativas: “Ajudou bastante esse negócio da correção, das palmadas, da explicação”; (f) comunicação: “Acho que foi muito claro, a conversa de vocês é muito objetiva, e vocês falam o que tem de falar”; (g) atitude positiva: sensação de prazer e incorporação da intervenção na rotina: “A gente já estava sentindo saudade, já é um compromisso nosso...”; (h) ampliação a visão: “Superou a expectativa, na questão de falar do problema e ver a solução dele... sendo que não estava tendo diálogo”.

Esses dados derivados da avaliação de satisfação dos participantes evidenciaram que a intervenção foi percebida como positiva, tanto pelo conteúdo (percebido como novo, relevante e aplicável na vida) como pela relação entre pesquisadoras e participantes. A adequação do conteúdo se apoia em estudos anteriores das autoras que permitiram a identificação de necessidades para a implementação de programas de transição para a parentalidade (Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo, & Furtado, 2011), bem como na avaliação de necessidades feita imediatamente antes da intervenção. Isto indica que avaliações de necessidade contribuem para o ajuste da intervenção ao público-alvo e são, portanto, recomendáveis na implementação de programas preventivos, permitindo customização da intervenção e melhor uso dos recursos (humanos, materiais, tempo) envolvidos.

A avaliação do critério metas intermediárias incluiu o relato do casal acerca das descobertas e novas aprendizagens experimentadas na intervenção (meta 1) e a observação das facilitadoras sobre o interesse do casal pela intervenção (meta 2), a comunicação (meta 3) e interação entre os cônjuges (meta 4) e a interação entre eles e o bebê (meta 5). Na primeira meta, descobertas e novas aprendizagens do casal, os participantes avaliaram entre três e meio a cinco no que se refere ao grau de novidade de cada sessão. Destacaram como maiores descobertas as sessões em que se tratou das habilidades sensoriais do bebê, enfrentamento ao estresse e prevenção aos maus tratos. Porém, ressaltaram em todas as sessões a importância e novidade dos assuntos tratados. Com relação à segunda meta, relativa

ao interesse do casal pela intervenção, observou-se que foi mantido bom índice de interesse, sempre atenciosos e participativos, apresentando dúvidas, pedindo esclarecimentos e oferecendo *feedbacks* positivos sobre as sessões. Nas sessões quinta, sexta e sétima, percebeu-se uma queda do índice de cinco para quatro, quando algumas visitas foram desmarcadas, justificados pelo cansaço, choros incessantes do bebê e demandas do momento.

Sobre a terceira meta, observação da comunicação entre os cônjuges, notou-se certa dificuldade do casal, marcada inicialmente por trocas verbais com críticas, acusações, cobranças da esposa e certa passividade do esposo. Isto se tornou mais evidente com o decorrer das sessões, quando o vínculo e confiança com as terapeutas cresceram, o que coincidiu com momentos de maior estresse, após o nascimento do bebê. As habilidades sociais do casal foram discutidas e houve um crescimento destas nas últimas sessões, identificado por meio de falas assertivas, de compreensão e negociação. Sobre a quarta meta, intimidade conjugal durante as sessões, avaliada por meio de afagos, olhares, sorrisos, brincadeiras, observou-se que esta se apresentou estável nas primeiras sessões, embora tenha relatado dificuldade no relacionamento íntimo, o casal manteve-se bem humorado. Após o nascimento do bebê apresentaram certa instabilidade, período marcado por grande estresse. Posteriormente foi trabalhado o assunto e notou-se um progresso na interação do casal, resgatando os risos e brincadeiras.

No que diz respeito à última meta, interação dos pais com o bebê, foi considerado a frequência de comportamentos responsivos e não responsivos dos pais para com o bebê em cada sessão. A mãe apresentou mais comportamentos responsivos (nove) e não responsivos (24) para com o bebê do que o pai (quatro comportamentos responsivos e nenhum comportamento não responsivo). Os comportamentos responsivos de ambos foram em resposta ao choro do bebê e incluíram retirar do carrinho, pegar, balançar, falar, cantar, acariciar, amamentar, colocar em posição de arrotto, retornar bebê para o carrinho (mãe), retirar do carrinho, pegar, balançar e falar (pai). Os comportamentos não responsivos da mãe foram do tipo superestimulação e intrusividade (limpar rosto, limpar ouvido, cheirar, arrumar roupa do bebê). Por meio de *videofeedback*, estes comportamentos da mãe foram alvo de intervenção na oitava sessão, assim como a necessidade dela permitir, solicitar e encorajar maior participação do pai nos cuidados com a criança.

A observação de comportamentos não responsivos da mãe para com o bebê foi um dos dados mais relevantes da avaliação de processo. Permitiu a identificação precoce de condutas intrusivas da mãe para com o bebê, o que é um importante precursor de uma prática educativa parental nociva, a supervisão estressante, caracterizada por superproteção (Gomide, 2004). O uso do *videofeedback* pareceu útil para aumentar a consciência da mãe sobre seu comportamento intrusivo e suas possíveis implicações negativas no desenvolvimento da criança (ex.: insegurança e timidez) e na relação

mãe-filha (ex.: superproteção, conflitos e apego inseguro). Isto evidencia a relevância da avaliação de processo como fonte de subsídios para a melhoria da intervenção e, por consequência, alcance de suas metas distais e proximais.

A avaliação de fidelidade demonstrou que o programa foi fiel ao conteúdo programado para a intervenção: manejo de estresse, habilidades sociais conjugais, competências sensoriais do bebê, desenvolvimento de apego seguro e prevenção de maus tratos ao bebê. Contudo, não foi fiel em relação às técnicas programadas e à duração total do programa. Em uma sessão programou-se uma atividade de relaxamento que, por falta de tempo, não ocorreu. Quanto à duração das sessões, o tempo programado para cada uma e o tempo total da intervenção foi ultrapassado. Planejou-se o programa para cinco sessões de intervenção, porém, conforme a necessidade do casal participante houve um desdobramento para nove sessões. Uma das razões para o aumento da duração da intervenção foram as solicitações do bebê (o que promovia interrupções na sessão e a alongava) e as demandas do casal relacionadas à sexualidade (o que demandou sessões específicas para abordagem ao tema).

A fidelidade do programa quanto ao conteúdo e adaptação quanto ao cronograma, técnicas e dose fornecida para cada módulo (maior ênfase foi dada à relação afetiva e sexual do casal) levanta questionamentos sobre a natureza da fidelidade (seguimento na íntegra de procedimentos manualizados) versus adaptação (mudança em conteúdo, técnicas ou duração da intervenção). A fidelidade do programa tem sido uma variável relevante discutida na difusão de inovações e na replicação de programas preventivos (Elliot & Mihalic, 2004; Pentz, 2004). Tanto na replicação de programas preventivos em amostras maiores e com delineamentos mais robustos, quanto na difusão de programas cuja efetividade já foi suficientemente evidenciada, a preservação dos ingredientes ativos da intervenção deve ocorrer, ao invés de adaptações que esvaziem o programa de seus elementos-chave. Como proposta derivada deste estudo de caso, sugere-se que a replicação de estudos com procedimentos derivados de manuais ou cartilhas considere quais são os ingredientes-ativos do programa e os preserve, ao passo que a técnica ou a duração seja mudada se for necessário. Propõe-se a fidelidade como uma variável contínua, em que de um lado se tem a fidelidade rígida e alheia ao contexto, e de outro a reinvenção ou adaptação livre (ambos os extremos são indesejáveis), com risco de perda da essência do programa. Contudo, esta discussão deve ser aprofundada em novos estudos dedicados à replicação e disseminação de inovações.

A avaliação dos fatores contextuais influentes na intervenção resultou em duas grandes categorias: variáveis facilitadoras e dificultadoras. As primeiras, facilitadoras, foram a boa acolhida do casal, o entusiasmo, a descontração e o interesse. Foi ainda extremamente relevante para o desempenho do trabalho a abertura e confiança do casal, em compartilhar as experiências e os problemas vivenciados

no momento. As segundas, dificultadoras, foram: (a) visitas de pessoas amigas do casal, o que resultou em atraso para começar a sessão; (b) o horário das visitas, pois realizaram-se à noite, os participantes estavam cansados, principalmente o marido que chegava do trabalho e, às vezes, não tinha tempo de tomar banho ou jantar antes de começar a sessão; (c) o choro do bebê na hora da sessão; (d) o intervalo do pós-parto; (e) após o nascimento do bebê o casal ficou mais voltado para atender as necessidades dele; (f) o pai começou a trabalhar às véspera do nascimento do bebê e começou a chegar mais tarde em casa, levando o casal a cancelar ou adiar algumas sessões, ficando intervalos de 15, 20 e até 30 dias entre uma e outra sessão.

A análise dos fatores contextuais que afetaram a intervenção aponta para ganhos (por exemplo, o acesso aos participantes é facilitado, uma vez que estes não precisam se deslocar para outro espaço) e custos (por exemplo, interferências de membros da família ou membros externos podem ocorrer) de intervenções domiciliares. Visitas domiciliares têm sido pouco realizadas e avaliadas em intervenções psicológicas no Brasil (Brandão & Costa, 2004), a julgar pela escassez de publicações. Contudo, esta tem sido uma das mais importantes estratégias de intervenção nas políticas públicas brasileiras em saúde e assistência social. Visitas domiciliares são cruciais nos programas de atenção básica em saúde, como o Programa de Saúde da Família (Souza & Carvalho, 2003), e em programas de proteção social básica, como o Centro de Referência em Assistência Social (Murta & Marinho, 2009). Estes são contextos de atuação de profissionais de saúde, dentre estes o psicólogo, o que revela a necessidade de pesquisas que desenvolvam e avaliem intervenções baseadas em visitas domiciliares, considerando sua viabilidade e efetividade. Outro fator apontado na avaliação das variáveis contextuais influentes na intervenção foi o choro do bebê, o que fazia com que os participantes tivessem que dividir sua atenção entre o bebê e as pesquisadoras. Isto levantou a hipótese de que a intervenção, se conduzida inteiramente antes do nascimento do bebê, permitiria maior adesão por parte do casal. Isto pode ser testado em estudos futuros.

Considerações Finais

Em síntese, os dados evidenciam que o casal sentiu-se satisfeito com o programa e fez uso das informações e estratégias recebidas, com impacto positivo nas dimensões da conjugalidade, com melhor comunicação e solução de problemas interpessoais, e da parentalidade, com a construção de conhecimentos sobre o desenvolvimento do bebê, mudanças em crenças sobre práticas educativas parentais violentas, responsividade na relação com o bebê e menor estresse parental. Em oposição ao que usualmente vem sendo feito na área, estes achados se apoiam em uma avaliação de processo com múltiplos critérios e resultam de uma intervenção embasada em avaliação de necessidades, focada nas dimensões da conjugalidade e parentalidade.

Este estudo apresenta algumas limitações. Adotou-se o estudo de caso como delineamento e não foi feito *follow-up* para constatação de manutenção das mudanças ou recaídas (este foi programado, mas o casal não foi mais localizado após o término da intervenção). Ressalta-se que os participantes apresentaram desde o início diversos fatores de proteção e alta motivação para participação no estudo. Assim, não se sabe como esta intervenção funcionaria em amostras menos motivadas e mais expostas a riscos, como também é desconhecido o efeito desta intervenção ao longo do tempo. Assim, estudos adicionais com amostras maiores, grupos controle e *follow-up* são necessários para elucidação dos resultados e impacto desta intervenção. A inclusão de medidas quantitativas se faz necessária, para avaliação de pré e pós-teste. Neste caso, sugere-se a adoção de medidas de habilidades sociais conjugais (Villa, Del Prette & Del Prette, 2007), dado que esta é uma das variáveis-chave na dimensão da conjugalidade.

Considerando os achados desta pesquisa, além do uso de delineamentos mais favoráveis à validade interna e externa, estudos futuros teriam a ganhar com: (a) a condução de avaliação de necessidades para um adequado planejamento da intervenção, (b) a inclusão do casal na intervenção e das dimensões da parentalidade e da conjugalidade, (c) a realização da intervenção antes do nascimento do bebê, (d) o monitoramento, a cada sessão, dos indicadores de processo aqui avaliados. Presume-se que a avaliação de processo poderá auxiliar na qualidade da intervenção e, por consequência, no alcance de suas metas proximais e distais.

Referências

- Akai, C. E., Guttentag, C. L., Baggett, K. M., & Noria, C. W. (2008). Enhancing parenting practices of at-risk mothers. *Journal of Primary Prevention, 29*(3), 223-242. doi:10.1007/s10935-008-0134-z
- Berthould, C. M. E. (2002). Visitando a fase de aquisição. In C. M. O. Cerveny & C. M. E. Berthould, *Visitando a família ao longo do ciclo vital* (pp. 29-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Vol. 1. Apego: A natureza do vínculo* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969)
- Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad., 2a ed., pp. 206-222). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1989)
- Brandão, S. N., & Costa, L. F. (2004). Visita domiciliar como proposta de intervenção comunitária. In M. A. Ribeiro & L. F. Costa (Orgs.), *Família e problemas na contemporaneidade: Reflexões e intervenções do Grupo Socius* (pp.157-179). Brasília, DF: Universa.
- Camargos, G. (Produtor), & Paes, P. A. (Diretor). (2007). *Meu bebê* [DVD]. Brasília, DF: Pérola Negra Produções.
- Ceconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e o abuso físico no contexto familiar [Número especial]. *Psicologia em Estudo, 8*, 45-54. doi:10.1590/S1413-73722003000300007
- Cia, F., Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2005). Intervenção focada na família: Um estudo de caso com mãe adolescente e criança de risco. *Revista Brasileira de Educação Especial, 11*(1), 49-65.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2005). Intervenção precoce e família: Contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In M. A. Dessen & A. L. Costa Junior, *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 152-167). Porto Alegre: Artmed.
- Deyo, G., Skybo, T., & Carrol, A. (2008). Secondary analysis of the "Love me... Never shake me" SBS education program. *Child Abuse & Neglect, 32*(11), 1017-1025. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.006
- 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), 438-447. doi:10.1037/0893-3200.20.3.438
- Elliot, D. S., & Mihalic, S. (2004). Issues in dissemination and replicating effective prevention programs. *Prevention Science, 5*(1), 47-52. doi:10.1023/B:PREV.0000013981.28071.52
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 10*(1), 47-55. doi:10.1590/S1413-73722005000100007
- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes: Regras e limites*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gonzales, A., & MacMillan, H. L. (2008). Prevention child maltreatment: An evidence-based update. *Journal of Postgraduation Medicine, 54*(4), 280-286.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: Consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paidéia (Ribeirão Preto), 19*(44), 395-401. doi:10.1590/S0103-863X2009000300014
- Gravena, A. C., & Williams, L. C. A. (2004). Intervenção com gestantes adolescentes de baixo poder aquisitivo: Prevenção de maus tratos e negligência. *Temas sobre Desenvolvimento, 13*(75), 14-20.
- Gray, R., & McCormick, M. C. (2005). Early childhood intervention programs in the US: Recent advances and future recommendations. *The Journal of Primary Prevention, 26*(3), 259-275. doi:10.1007/s10935-005-3600-x

- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the “universal versus targeted” debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 863-890. doi:10.1016/S0145-2134(99)00062-9
- Hawkins, A. J., Fawcett, E. B., Carroll, J. S., & Gilliland, T. T. (2006). The marriage moments program for couples transitioning to parenthood: Divergent conclusions from formative and outcome evaluation data. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 561-570. doi:10.1037/0893-3200.20.4.561
- Honig, A. S., & Morin, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *The Journal of Primary Prevention*, 21(4), 447-454. doi:10.1023/A:1007106811238
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: An overview. In A. Steckler & L. Linnan (Eds.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lopes, R. C. S., Menezes, C., Santos, G. P., & Piccinini, C. A. (2006). Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 55-61. doi:10.1590/S1413-73722006000100007
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149. doi:10.1016/S0145-2134(00)00178-2
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.205
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até deztoito meses do beb . *Psico-USF*, 12(1), 83-93. doi:10.1590/S1413-82712007000100010
- Moura, M. L. S., Ribas Junior, R. C., Piccinini, C. A., Bastos, A. C. S., Magalhães, C. M. C., Vieira, M. L., Salomão, N. M. R., Silva, A. M. P. M., & Silva, A. K. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 421-429. doi:10.1590/S1413-294X2004000300004
- Murta, S. G., & Marinho, T. P. C. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: Uma experiência com adolescentes no Programa de Aten o Integral   Família. *Revista Eletr nica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58-72.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2008). *Gr vidos! E agora?! Uma cartilha para pais e mães primíparas*. Goiânia: Ed. UCG.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2011). Avalia o de necessidades para a implementa o de um programa de transi o para a parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 337-346. doi:10.1590/S0102-37722011000300009
- Nettles, S. M., Mucherah, W., & Jones, D. S. (2000). Understanding resilience: The role of social resources. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 5(1-2), 47-60. doi:10.1207/s15327671espr0501&2_4
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
- Pentz, M. A. (2004). Form follows function: Designs for prevention effectiveness and diffusion research. *Prevention Science*, 5(1), 23-29. doi:10.1023/B:PREV.0000013978.00943.30
- Peterson, L., Tremblay, G., Ewigman, B., & Porkey, C. (2002). The parental daily diary: A sensitive measure of the process of change in a child maltreatment prevention program. *Behavior Modification*, 26(5), 627-647. doi:10.1177/014544502236654
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gesta o. *Psicologia: Reflex o e Crítica*, 17(3), 303-314. doi:10.1590/S0102-79722004000300003
- Posavac, E. J., & Carey, R. G. (2003). *Program evaluation: Methods and case studies*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Rahe, R. H. (1998). *Breve inventário de causas e estratégias para lidar com o stress (Breve ICES)* (A. M. Rossi, Trad.). Porto Alegre: Clínica de Stress e Biofeedback.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vincula o da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(43), 211-220. doi:10.1590/S0103-863X2009000200009
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). Depressão materna e intera o mãe-beb  no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240. doi:10.1590/S0102-37722004000300004
- Shute, J. L., & Judge, K. (2005). Evaluating “Starting Well”, the Scottish National Demonstration Project for Child Health: Outcomes at six months. *The Journal of Primary Prevention*, 26(3), 221-240. doi:10.1007/s10935-005-3601-9
- Silva, S. S. C., Le Pendu, Y., Pontes, F. A. R., & Dubois, M. (2002). Sensibilidade materna durante o banho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 345-352. doi:10.1590/S0102-37722002000300015
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sist mica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: Um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 515-523.
- Villa, M. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais conjugais e filia o religiosa: Um estudo descritivo. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 23-32. doi:10.1590/S1413-73722007000100004

- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar* (M. F. Lopes, Trad.). São Paulo: Roca. (Original publicado em 1998)
- Warren, P. L. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x
- Wendland-Carro, J., & Piccinini, C. A. (1995). Interação precoce mãe-bebê: Perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8(1), 111-144.
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A., & Millar, W. S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development*, 70(3), 713-721. doi:10.1111/1467-8624.00051

Sheila Giardini Murta é Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília.

Andréia Crispim Rodrigues é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Isabela de Oliveira Rosa é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Silvia Guimarães de Paulo é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Recebido: 22/01/2010
1ª revisão: 26/04/2010
2ª revisão: 19/08/2010
Aceite final: 31/05/2011

Como citar este artigo:

Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G. (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 403-412. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201312>