



Cláudia Isabel Soares Pinto

**Eficácia e Efetividade de Programas de Competências Parentais
Durante a Gravidez: Revisão Sistemática**

Trabalho realizado sob orientação do
Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

novembro, 2019



Cláudia Isabel Soares Pinto

**Eficácia e Efetividade de Programas de Competências Parentais
Durante a Gravidez: Revisão-Sistemática**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 21/11/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof.^a Doutora Inês Jongenelen

Arguente: Prof.^a Doutora Cátia Oliveira

Orientador: Prof. Doutor Diogo Lamela

novembro, 2019

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Isabel e Francisco, por todo o apoio, amor, carinho, dedicação, investimento e motivação. Sem vocês nada disto seria possível. Tenho, sem dúvida, os melhores pais do mundo. Amo-vos.

Agradeço aos dois homens da minha vida, o meu irmão Tiago e o meu namorado Pedro. Ao meu irmão agradeço os conselhos, sempre sábios, do que seria este percurso académico. Sempre vi em ti um exemplo e espero que seja sempre assim. Sabes que gosto muito de ti. Ao meu namorado agradeço por sempre estar do meu lado, ao longo destes 5 anos. Obrigada pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos mais desgastantes. Amo-te.

Agradeço às minhas amigas, Vera e Mariana, pela partilha de experiências, pelo acompanhamento ao longo do meu percurso académico e acima de tudo pela nossa amizade. Vocês sabem o que significam.

Agradeço à minha melhor amiga Diana, que me acompanha há 12 anos. Juntas passamos por momentos muito importantes e vivenciar contigo esta etapa da minha vida foi muito especial. Tu sabes o quanto eu gosto de ti.

Agradeço às minhas colegas de dissertação Joana, Sara e Vera pelo apoio emocional, pelas horas de conversa e pela partilha de experiências ao longo deste ano.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos docentes da ULP pelos ensinamentos, competências e experiências partilhados, sem dúvida uma mais valia para o meu percurso pessoal e profissional. Em especial ao meu orientador Professor Doutor Diogo Lamela pela tranquilidade transmitida em momentos mais stressantes e pela disponibilidade, apoio e conhecimentos partilhados ao longo deste processo.

A todos agradeço o apoio que me foram dando direta ou indiretamente.

Obrigada!

Eficácia e Efetividade de Programas de Competências Parentais Durante a Gravidez: Revisão-Sistemática

Resumo

A transição para a parentalidade é uma transição crítica, sendo comum os pais procurarem desenvolver as suas competências parentais mesmo antes da chegada do bebé. Sabe-se que quanto maior for o nível de conhecimentos e de habilidades de ambos os pais, maior é a probabilidade de estes estarem mais sensíveis às necessidades da criança e de construir um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da mesma. Desta forma, a presente revisão sistemática pretendeu descrever os objetivos, componentes e estrutura dos programas de competências parentais durante a gravidez, rever sistematicamente a eficácia e/ou efetividade das intervenções destes mesmos programas e rever sistematicamente potenciais moderadores da eficácia e/ou efetividade desses programas. Para o efeito, procedeu-se a um levantamento sistemático da literatura científica entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2019, na base de dados *Web of Science*, originando 798 artigos. Dos 798 artigos analisados, seis cumpriram os critérios e foram integrados nesta revisão, sendo que quatro desses programas demonstraram eficácia e/ou efetividade na promoção de competências parentais. De uma forma geral, os estudos que avaliaram o conhecimento parental demonstraram um aumento superior no grupo experimental relativamente ao grupo de controlo no pós-programa. Relativamente à autoeficácia parental, dois estudos apontam para resultados que parecem demonstrar que o fator tempo é essencial para uma melhoria da autoeficácia parental. Desta forma, conclui-se que a participação em programas de promoção de competências parentais durante o pré e o pós-parto pode contribuir para o aumento de conhecimentos, competências e autoeficácia dos pais.

Palavras-chave: gravidez, programas, competências parentais, eficácia, efetividade

Efficiency and Effectiveness of Parental Skills Programs During Pregnancy: Systematic Review

Abstract

The transition to parenting is a critical transition, and parents often seek to develop their parenting skills even before their baby arrives. It is known that the higher the level of knowledge and skills of both parents, the more likely they are to be more sensitive to their child's needs and to build an environment that is adequate for their healthy development. Thus, this systematic review aimed to describe the objectives, components and structure of parental competence programs during pregnancy, systematically review the effectiveness and / or effectiveness of interventions in these programs and systematically review potential moderators of the effectiveness and / or effectiveness of these programs. For this, we carried out a systematic survey of the scientific literature between February 2008 and February 2019, in the Web of Science database, originating 798 articles. Of the 798 articles analyzed 6 met the criteria and were included in this review, and four of these programs demonstrated efficacy and / or effectiveness in promoting parenting skills. Overall, studies evaluating parental knowledge showed a higher increase in the experimental group compared to the post-program control group. Regarding parental self-efficacy, two studies point to results that seem to demonstrate that the time factor is essential for improving parental self-efficacy. Thus, it can be concluded that participation in programs for the promotion of parental skills during pre and postpartum can contribute to increase parents' knowledge, skills and self-efficacy.

Keywords: pregnancy, programs, parenting skills, efficiency, effectiveness

Índice

Introdução	1
O presente estudo	4
Método	4
Critérios de inclusão e exclusão	5
Codificação dos estudos	5
Codificação da qualidade dos estudos	6
Resultados	6
Seleção de estudos	6
Caraterísticas dos estudos	8
Descrição dos programas de intervenção	8
<i>Preparing for Life</i> (PFL)	8
<i>Baby Triple-P</i> (Baby TP)	10
<i>Couple Care for Parents</i> (CCP) e <i>Becoming a Parent Program</i> (BAP)	11
<i>Beginnings Matter</i>	12
Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP)	13
<i>Having a baby</i>	13
Risco de viés entre os estudos	14
Resultados de estudos individuais	14
Divisão entre grupo experimental e de controlo	15
Competências parentais e conhecimento parental	15
Competências parentais e dimensões da parentalidade	16
Competências parentais e desenvolvimento da criança	16
Competências parentais e autoeficácia parental	16
Adesão ao programa de intervenção	17
Satisfação dos participantes com a intervenção	18
Potenciais moderadores	18
Discussão	19
Sumário da evidência	19
Limitações dos estudos	21
Limitações da presente revisão	22
Conclusão	22
Referências	23

A gravidez pode ser vista como uma fase preparatória para a chegada de um filho (Tavares, 2015), sendo a transição para a parentalidade uma fase desenvolvimental complexa, que obriga mulher e homem a adaptarem-se a muitas mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais, que ocorrem a nível individual, conjugal e familiar (Silva & Figueiredo, 2005; Figueiredo & Lamela, 2014). A transição para a parentalidade é uma transição crítica na medida em que o grau de sucesso com que esta transição é realizada tem implicações tanto para a saúde e bem-estar dos pais, como para o desenvolvimento das crianças (Martins, 2009). Durante esta transição, há necessidade de resolução de um conjunto de tarefas individuais, diádicas e familiares (Figueiredo & Lamela, 2014), sendo que ao longo do desenvolvimento individual, na transição para a parentalidade, é comum ocorrer mudanças na identidade pessoal, no relacionamento com o parceiro e no relacionamento com a família alargada (Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010). O desenvolvimento de uma identidade parental é uma tarefa fundamental durante esta transição, sendo a autoeficácia dos pais um processo psicológico importante envolvido no desempenho desta tarefa (Pinto, Figueiredo, Pinheiro, & Canário, 2016). A autoeficácia parental pode ser definida como a crença dos pais sobre as suas competências em executar as diferentes tarefas que lhe são incutidas, como o alimentar, brincar e regular emocionalmente o bebé (Pinto et al., 2016). Assim sendo, a resolução destas tarefas possibilita uma transição ajustada, que resulta numa parentalidade adequada (Figueiredo & Lamela, 2014). Contudo, quando essas tarefas não são resolvidas há uma transição incompleta ou inexistente que poderá provocar a emergência de sintomatologia psicopatológica e dificuldades na parentalidade (Figueiredo & Lamela, 2014). Desta forma, a transição para a parentalidade é um dos grandes desafios colocados a toda a família ao longo do seu ciclo vital (Andrade, Martins, Angelo, & Martinho, 2014).

A família é o mais poderoso sistema humano das sociedades e o que mais influencia, diretamente, o desenvolvimento da criança (Silva & Dessen, 2003). Desta forma, e apesar de existirem outros sistemas sociais que contribuem para este desenvolvimento, as interações estabelecidas na família são as mais significativas, com especial foco na interação com os pais, uma vez que são os primeiros prestadores de cuidados, os organizadores, os modelos de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização da criança (Coutinho, 2003). Assim sendo, os resultados do desenvolvimento da criança dependem da qualidade da interação pais-criança, do tipo de experiências e vivências que a família proporciona à criança e dos aspetos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança e saúde

(Coutinho, 2003), sendo que a coparentalidade e a parentalidade são dois processos que asseguram e influenciam o desenvolvimento da criança no quadro familiar (Figueiredo & Lamela, 2014). A coparentalidade é definida como o envolvimento conjunto e recíproco de ambos os pais na educação, formação e decisões sobre a vida da criança (Figueiredo & Lamela, 2014). A coparentalidade não inclui envolvimento a nível romântico, sexual, emocional, financeiro e de outros aspetos que não se relacionam com a criação dos filhos (Figueiredo & Lamela, 2014), sendo um subsistema autónomo e com mecanismos e características diferentes dos processos relacionais dos subsistemas conjugal e parental (Feinberg, 2003). Por sua vez, a parentalidade é uma das tarefas mais desafiantes e de maior responsabilidade para os indivíduos. Pode ser definida como o conjunto de comportamentos, emoções e cognições ou representações que os pais dirigem à criança (Figueiredo, 2013, citado por Figueiredo & Lamela, 2014), de forma a facilitarem o desenvolvimento da criança ao nível físico, psicológico, sociocultural e ao nível do bem-estar (Figueiredo, 2013, citado por Figueiredo & Lamela, 2014; Barroso & Machado, 2010). No entanto, existem alguns fatores que poderão condicionar e comprometer os comportamentos e as tarefas da parentalidade, sendo que há pais que parecem ser mais capazes na realização efetiva da parentalidade, enquanto que existem outros que parecem ter mais dificuldades (O'Connor, 2002).

Deste modo, sendo a transição para a parentalidade uma tarefa complexa pode ser afetada por diversas variáveis como a idade, nível educacional, situação profissional e qualidade e satisfação com o relacionamento conjugal (Halford, Petch, & Creedy, 2010). Além destas variáveis existem outras que podem facilitar ou inibir esta transição. Oliveira (2014) identificou como facilitadores da transição as características dos pais, o suporte familiar, o conhecimento prévio, o bem-estar emocional e a preparação antecipada, durante a gravidez, para lidar com esta nova etapa. Oliveira (2014) e Meleis e colaboradores (2000) identificaram como variáveis inibidoras da transição os níveis elevados de incerteza, a falta de preparação e conhecimento, a psicopatologia dos pais e as dificuldades na relação conjugal.

Sabe-se que quanto maior for o nível de conhecimentos e de habilidades de ambos os pais, maior é a probabilidade de estes estarem mais sensíveis às necessidades da criança e de construírem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da mesma (Ribas & Bornstein, 2005, citado por Cardoso, Silva, & Marín, 2015). Desta forma, a aquisição destes conhecimentos e competências relacionados com as necessidades da criança vai fomentar a

aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, proporcionando uma melhoria da confiança, da satisfação e de mestria no desempenho do papel parental (Cardoso et al., 2015). As competências parentais podem ser entendidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e potenciam o desempenho, com mestria, do papel parental garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança (Cardoso et al., 2015). Assim sendo, para a presente revisão sistemática considerou-se como competências parentais os conhecimentos e habilidades parentais, os cuidados infantis, a autorregulação do bebé, a amamentação/alimentação, o choro e sono do bebé, o significado das expressões do bebé e a sensibilidade parental.

A investigação anterior tem também sugerido que os pais começam a ter dúvidas sobre como vai ser o cuidar do bebé e por isso procuram desenvolver as suas competências parentais, mesmo antes da chegada deste novo elemento (Silva & Figueiredo, 2005). A promoção destas competências revela-se de extrema importância, uma vez que previne situações de negligência, maus tratos, abusos na infância e comportamentos de risco. Contudo, não se pode prevenir sem antes saber que para prevenir é preciso intervir (Lopes, 2012).

Assim sendo, existem diversos programas de intervenção que foram elaborados com o intuito de poder acompanhar os pais durante a transição para a parentalidade. Estes programas assentam na educação parental, promoção da saúde, suporte e interajuda e promoção dos cuidados e da interação com o bebé (e.g. Doyle, Harmon, Heckman, Logue, & Moon, 2017; Mihelic, Morawska, & Filus, 2018A; Petch, Halford, Creedy, & Gamble, 2012; Reichle, Backes, & Dette-Hagenmeyer, 2012; Shorey et al., 2019; Svensson et al., 2009). Existem, ainda, programas de intervenção promocional, preventiva e remediativa na parentalidade (Olds, Sadler, & Kitzman, 2007; Smith, Perou, & Lesesne, 2002, citado por Figueiredo & Lamela, 2014) e na coparentalidade (Feinberg, 2002). Globalmente, as intervenções parentais durante a gravidez têm como objetivo alterar a interação dos pais com os seus filhos de maneira a promover o desenvolvimento da criança (Cruz & Ducharme, 2006). Estas intervenções podem apresentar diferentes modalidades, formatos e contextos e estratégias de intervenção, como treino parental, educação parental, formação de pais, intervenção parental e terapia familiar (Cruz & Ducharme, 2006). Por isso, intervir precocemente, com início no período antecedente ao nascimento, parece ser especialmente importante para as crianças e respetivas famílias parecendo, ainda, ser eficaz na prevenção da ocorrência ou na minimização de problemas e na prestação de ajuda às crianças e

respetivas famílias (Coutinho, 2003). Alguns autores têm sugerido que quanto mais cedo se iniciar o apoio, maiores serão os benefícios para a criança e para a sua família (Coutinho, 2003) e que os primeiros padrões de prestação de cuidados têm, diversas vezes, tendência a persistir e a influenciar a interação futura dos pais com a criança (Martins, 2009). Desta forma, a intervenção com os pais durante a gravidez é de extrema importância, uma vez que estas intervenções visam fornecer competências parentais, de forma a que os pais se sintam mais preparados e com mais ferramentas para a nova fase que se avizinha (Coutinho, 2003).

O presente estudo

Apesar de existirem programas de competências parentais, pouco se sabe sobre o número de programas disponíveis, os seus objetivos e resultados de validade. Além disso, muitos desses programas centram-se na relação conjugal e não sistematizam os estudos de programas centrados na parentalidade e na coparentalidade (e.g. Petch et al., 2012).

Assim sendo, a presente revisão sistemática apresentou três objetivos. O primeiro objetivo assentou na descrição dos objetivos, componentes e estrutura dos programas de competências parentais durante a gravidez. Salienta-se que, a presente revisão centrou-se em programas que promoviam as competências parentais e não exclusivamente a relação conjugal ou outras variáveis. O segundo objetivo consistiu em rever sistematicamente a eficácia e/ou efetividade das intervenções dos programas de competências parentais durante a gravidez. Finalmente, o terceiro objetivo passou por rever sistematicamente potenciais moderadores da eficácia e/ou efetividade dos programas de competências parentais durante a gravidez.

Método

A presente revisão sistemática seguiu a estrutura proposta pelo modelo PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). O modelo PRISMA consiste numa *checklist* com vinte e sete itens e um fluxograma de quatro etapas, sendo que tem como objetivo ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises (Moher et al., 2009).

A fim de compreender as tendências metodológicas, os objetivos e os resultados da investigação produzida neste domínio procedeu-se a um levantamento sistemático da literatura científica entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2019 com o objetivo de identificar estudos empíricos sobre as variáveis-alvo desta revisão. Foram procurados artigos

científicos indexados entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2019 na base de dados *Web of Science*. Foram usadas as seguintes palavras-chave: *pregnancy, mothers, fathers, parents, parenting, parenting skills, intervention, program, promotion, efficacy, effectiveness, parenting training, evaluation* e *neonatal*. A estratégia de pesquisa passou por cruzar individualmente as palavras-chave com *Intervention AND Pregnancy, Promotion AND Pregnancy* e *Parenting Training AND Pregnancy*. A pesquisa bibliográfica foi restringida a artigos publicados em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Os títulos, resumos e palavras-chave, de todas as citações geradas por essa estratégia de pesquisa, foram analisados cuidadosamente com o intuito de identificar artigos potencialmente elegíveis para a revisão. Os artigos integrais foram consultados quando não foi possível decidir pela inclusão ou exclusão da publicação por esses indicadores. Todos os estudos que pareceram ir ao encontro dos critérios foram revistos por dois investigadores, de forma independente, para decisão quanto à sua inclusão e extração de dados. Desacordos entre os investigadores foram resolvidos por meio de discussão para atingir um consenso.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão da seleção dos artigos para a presente revisão: ser um estudo empírico quantitativo, estar publicado numa publicação com revisão por pares, ser um artigo de avaliação quantitativa da efetividade, apresentar pelo menos uma medida de avaliação das competências parentais durante a gravidez e serem mulheres ou homens que estivessem a vivenciar o período da gravidez. Em estudos que relatem resultados sobre as mesmas variáveis na mesma amostra foi considerado, para a inclusão, o estudo mais recentemente publicado.

Foram critérios de exclusão: artigos publicados em outras línguas para além da inglesa, portuguesa ou espanhola, os estudos empíricos terem sido apenas publicados em capítulos de livros ou dissertação de doutoramento, mestrado e em revistas científicas sem revisões por pares e estudos empíricos em que as competências parentais não fossem o/um do(s) alvo(s)-primário(s) da intervenção.

Codificação dos estudos

Após a seleção dos estudos, aplicando os critérios de inclusão, os estudos incluídos na revisão foram codificados através de uma folha de codificação pré-formatada com os seguintes critérios: nome do autor, ano de publicação, país (localização do estudo), idade dos participantes (variação da idade ou média e desvio-padrão), descrição da população

(amostra comunitária ou clínica), seleção dos participantes, tamanho da amostra, sexo dos participantes, tipo de intervenção, metodologia de intervenção (online vs presencial, face a face), individual vs grupo, número de sessões, duração em semanas, grupo de controlo (tamanho amostral e características do grupo de controlo), avaliação (pré, pós e follow-up) e medidas utilizadas.

Codificação da qualidade dos estudos

Os estudos incluídos na revisão sistemática foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica, utilizando a medida de avaliação do risco de enviesamento de Cronbach. Os critérios utilizados foram: 1. adequada alocação dos participantes ao grupo de controlo e ao grupo experimental; 2. avaliação cega das principais variáveis em estudo; 3. descrição dos participantes eliminados e/ou *drop-outs*; 4. o tamanho amostral ser baseado numa adequada análise de poder estatístico; 5. os grupos serem similares nos indicadores em avaliação na *base-line* ou se foram feitos ajustes para corrigir diferenças estatisticamente significativas nas variáveis na *base-line* (usando as co variáveis apropriadas); e 6. as medidas de avaliação serem aplicadas por profissionais de saúde mental. Foi avaliada a presença ou ausência de cada um destes critérios, sendo que a presença foi cotada com 1 e a ausência com 0. Por isso, a qualidade metodológica de cada estudo incluído na revisão variou entre 0 e 6, sendo que quanto maior a pontuação maior a qualidade do estudo. Quando não existia informação suficiente para cotar o critério este não foi somado ou considerado.

Resultados

Seleção de estudos

O processo de pesquisa e exclusão está sumariado na Figura 1. Dos 798 artigos identificados, inicialmente, na base de dados selecionada, foram excluídos 363, uma vez que eram artigos duplicados. De seguida, foram excluídos 22 artigos qualitativos; 1 artigo que não estava disponível em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; 336 que não avaliavam programas de parentalidade; 10 que não se focavam na parentalidade e 7 que não se focavam na avaliação da eficácia, efetividade, validade ou fidelidade dos programas de competência parental. Seguidamente, foram excluídos 23 artigos que não eram durante o período gestacional. Por fim, foram excluídos 30 artigos com a mesma amostra sobre o mesmo programa de intervenção. Desta forma, 6 artigos cumpriram os critérios de inclusão e foram integrados na presente revisão.

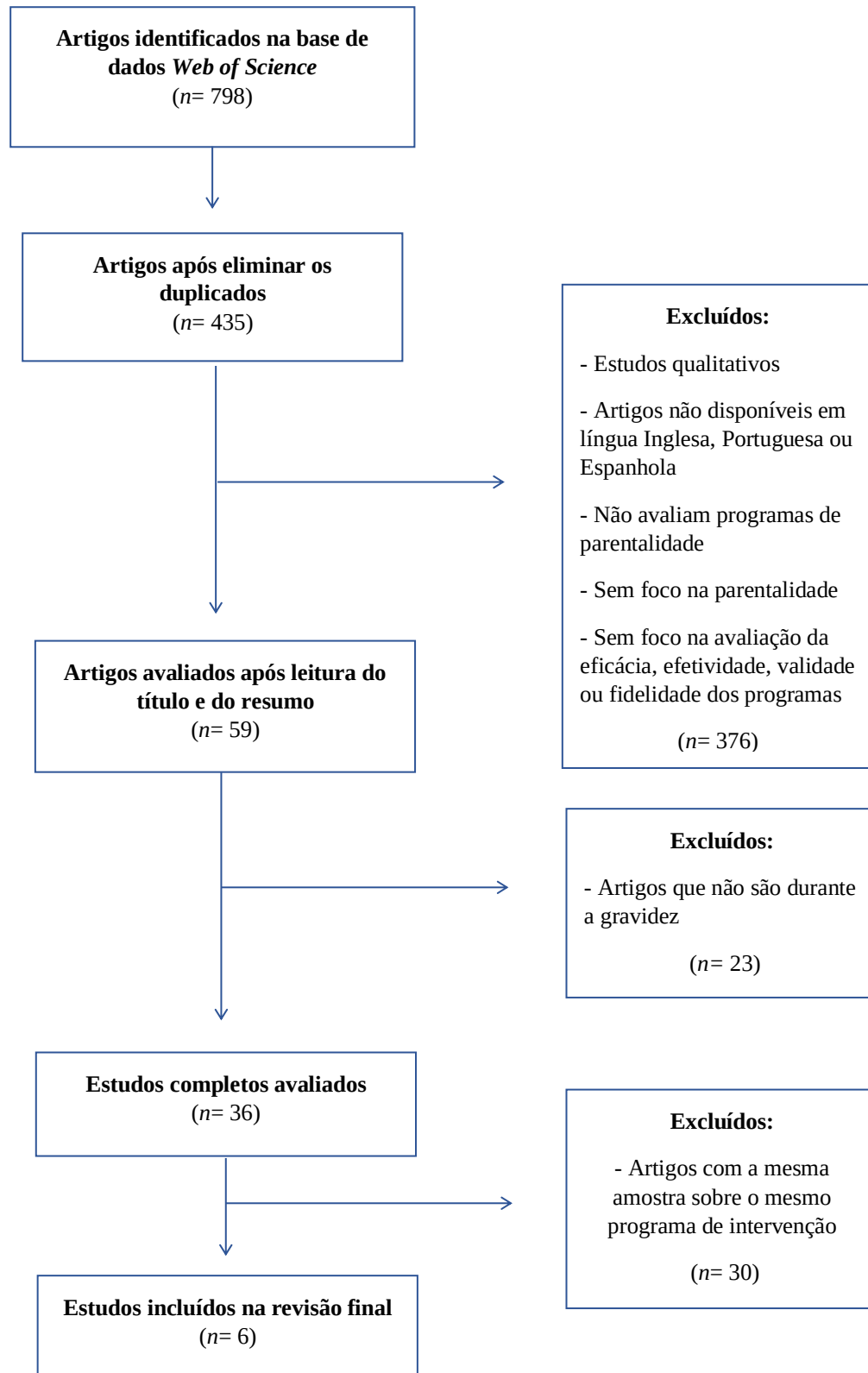


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos empíricos

Caraterísticas dos estudos

Os seis estudos filtrados apresentam uma considerável variabilidade entre si quanto ao tamanho amostral, à idade dos participantes, ao método de implementação, país da realização do estudo, intervenção e resultados (Tabela 1). Desta forma, os resultados relatados nos estudos considerados nesta revisão foram gerados a partir de amostras de futuros pais durante a fase de transição para a parentalidade e durante a fase pós-natal, contudo o foco era na fase pré-natal. Relativamente ao tamanho amostral, os estudos variaram entre 112 e 236 participantes. A idade dos participantes variou entre os 19 e os 51 anos. O método de implementação utilizado passou por três dos programas terem sido realizados face-a-face, um através de tecnologia e dois de forma mista (face-a-face + tecnologia). Ainda, dois programas primaram pela intervenção de forma mista (casal + grupo), dois tiveram intervenções exclusivamente em grupo, um programa ocorreu individualmente com cada participante e um ocorreu em casal. Relativamente ao sítio de administração dos mesmos, dois foram administrados em casa, dois em centros familiares/hospitais e dois de forma mista (em casa + noutros locais). Dos seis estudos, quatro relatam intervenções implementadas com ambos os pais e dois relatam intervenções implementadas exclusivamente com mulheres. Os estudos foram realizados em quatro países distintos, nomeadamente Irlanda, Austrália, Alemanha e Singapura.

Descrição dos programas de intervenção

Preparing for Life (PFL). O estudo de Doyle e colaboradores (2017) implementou o PFL que é um programa de visita domiciliar desenvolvido na Irlanda e que tem como alvo famílias com vulnerabilidade social. O PFL pretende fornecer um conjunto de informações que contribuam para o sucesso da transição para a parentalidade, do planeamento da gravidez, bem como melhorar os resultados em termos de saúde e desenvolvimento da criança. O PFL tem como objetivo apoiar e fornecer educação aos pais sobre questões fundamentais do desenvolvimento e educação da criança, através do desenvolvimento de um forte relacionamento entre pais e profissionais das áreas de psicologia, educação e assistência social. Estes profissionais têm a tarefa de construir um bom relacionamento com os pais, fornecer-lhes informações de alta qualidade e ser responsivos a possíveis questões surgidas. Salienta-se que antes da implementação do programa cada profissional treinou a sua implementação, existindo uma supervisão semanal depois desses treinos (Doyle et al., 2017).

Tabela 1. *Tabela de Síntese dos Resultados*

Estudo	País	Tipo Intervenção e programa	Intervalo de Idade (ou M e DP)	N	Método de implementação	Medidas de outcome	Critérios de qualidade					
							1	2	3	4	5	6
Doyle et al. (2017)	Irlanda	Promoção <i>Preparing for life</i> (PFL)	M = 26.0; Sem indicação de Desvio Padrão	233 mulheres	Face-a-face, individual, em casa	AAPI-2; CMAS; KIDI-SF; MSAS; PACOTIS; PDH; PLOC; PSI	+	+	+	+	+	+
Mihelic et al. (2018)	Austrália	Preventiva <i>Baby Triple-P</i> (Baby TP)	Média do grupo experimental= 34.25 (DP= 6.75); média do grupo controlo= 33.50 (DP= 4.63)	112	Misto (Face-a-face + tecnologia), Misto (em casal + em grupo), Misto (casa + sem informação onde decorreram as sessões de grupo)	MIRI; MSRI; MSES	+	+	+	-	+	+
Petch et al. (2012)	Austrália	Promoção <i>Couple Care for Parents</i> (CCP) e <i>Becoming a Parent Program</i> (BAP)	M das mulheres 28.7 (DP= 4.9) M dos homens 30.6 (DP=5.8)	250	Misto (Face-a-face + tecnologia), misto (em grupo + em casal), misto (clínica + casa)	PSI	+	?	+	-	+	-
Reichle et al. (2012)	Alemanha	Preventiva <i>Beginnings Matter</i>	29-36	172	Face-a-face, em grupo, em centros familiares	Questionário de avaliação	-	?	-	?	?	+
Shorey et al. (2019)	Singapura	Promoção Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP)	22-51	236 (118 casais)	Tecnologia, em casal, em casa	PES	+	+	-	+	+	+
Svensson et al. (2009)	Austrália	Promoção <i>Having a baby</i>	19-41 (M= 30.26; DP= 4.26)	170 mulheres	Face-a-face, em grupo, no hospital	CWS; ECP; PSE	-	+	-	+	-	+

Nota. AAPI-2 = Adult Adolescent Parenting Inventory 2; CMAS = Condon Maternal Attachment Scale; CWS = Cambridge Worry Scale; ECP = Escala de conhecimento percebida; KIDI-SF = Knowledge of Child Development – Short Form; MIR = Maternal Infant Responsiveness Instrument; MSAS = Maternal Separation Anxiety Scale; MSRI = Maternal Self Report Inventory; MSES = Maternal Self-Efficacy Scale; PACOTIS = Parental Cognition and Conduct Towards the Infant Scale; PDH = Parenting Daily Hassles Scale; PLOC = Parental Locus of Control; PSE = Pre and Postnatal Parent Expectations Survey; PES = Parenting Efficacy Scale; PSI = Parenting Stress Index;

O programa dura desde o período pré-natal (~21 semanas) até a criança iniciar a escolaridade formal aos 4/5 anos. A sua implementação ocorre através de visitas domiciliares que são adaptadas com base na idade da criança e nas necessidades da família. Nestas visitas os profissionais fornecem aos pais diversas informações, instruções diretas sobre práticas parentais, apoio emocional e acesso a outros serviços comunitários. São, ainda, disponibilizados folhetos informativos desenvolvidos pela equipa do PFL com base em informações disponíveis em diversas organizações locais. Estes panfletos integram um conjunto de informações apresentadas de forma clara e concisa, sendo um recurso a utilizar pelos pais sempre que surjam dúvidas acerca de diversas temáticas, nomeadamente saúde física e bem-estar, competência social, maturidade emocional, abordagens à aprendizagem e linguagem. Além destes panfletos são fornecidos aos pais “pacotes de desenvolvimento”. O primeiro e segundo pacotes são fornecidos aos 18 meses da criança, sendo que o primeiro inclui uma série de itens de segurança, como protetores de canto e colheres sensíveis ao calor e o segundo inclui brinquedos apropriados para o desenvolvimento, como quebra-cabeças (Doyle et al., 2017).

Baby Triple-P (Baby TP). O estudo de Mihelic e colaboradores (2018A) analisou o programa *Baby Triple-P Positive Parenting* que consiste numa intervenção parental psicológica que se destina a preparar novos e futuros pais para uma transição para a parentalidade positiva (Mihelic et al., 2018A). O *Baby Triple-P* é uma das adições ao programa *Triple P*, tendo como objetivo ensinar competências nos domínios do cuidado e criação da criança, promover a confiança de novos pais, bem como reduzir a psicopatologia parental e os fatores de risco familiares (Butler, Hare, Walker, Wieck, & Wittkowski, 2014). Este programa permite, ainda, treinar as competências de forma a aumentar a autoeficácia dos pais e aplicar esses conhecimentos quando a criança for mais velha e em outras áreas e momentos das suas vidas (Mihelic et al., 2018B).

Este programa consiste numa intervenção de oito sessões administrado durante os períodos pré e pós-natal. Na fase pré-natal, cada sessão tem a duração de 2 horas e ocorre durante as 20 e as 40 semanas da gestação. As sessões pós-natal realizam-se via telefone, têm a duração de 30 min e ocorrem quando o bebé tem seis semanas de idade. Essas sessões dividiam-se em: sessão 1 “parentalidade positiva”, sessão 2 “que respostas dar ao bebé”, sessão 3 “habilidades individuais de sobrevivência”, sessão 4 “suporte do parceiro” e sessão 5 – 8 “consultas por telefone”. Salienta-se que ao longo deste programa foram realizadas 3

avaliações. A segunda avaliação (T2) ocorreu após a conclusão das sessões telefônicas, ou seja, quando o bebê tinha aproximadamente 10 semanas de idade. A terceira avaliação (T3) ocorreu quando o bebê tinha 6 meses de idade. Salienta-se que todas as sessões foram administradas por 11 profissionais que foram treinados por psicólogos altamente familiarizados com o programa (Mihelic et al., 2018A).

Couple Care for Parents (CCP) e Becoming a Parent Program (BAP). O estudo de Petch e colaboradores (2012) examina dois programas, sendo eles o *Couple Care for Parents* (CCP) e o *Becoming a Parent Program* (BAP).

O CCP é um programa de educação de relacionamento conjugal perinatal focado no relacionamento do casal e na parentalidade (Petch et al., 2012). Contempla seis sessões, sendo que os tópicos incluem comunicação, gestão de conflitos, expectativas sobre tarefas domésticas, cuidados parentais e cuidados infantis, conhecimento e habilidades em cuidados infantis, apoio mútuo entre parceiros, gestão de stress, equilíbrio do tempo do casal, do indivíduo e da família e carinho, afeição e intimidade (Petch et al., 2012). Este programa apresenta um formato flexível o que permite aos casais completar a maioria do programa na sua habitação. O CCP contempla seis módulos focados na promoção do ajustamento positivo do casal à parentalidade através da capacitação em habilidades-chave de relacionamento, suplementadas com informações sobre cuidados infantis (Halford et al., 2010). Os primeiros três módulos são realizados no período pré-natal e os três últimos no período pós-natal (Petch et al., 2012). Desta forma, o módulo 1 consiste num workshop de 6 horas presenciais que inclui algumas atividades, apresentações didáticas breves, demonstrações em vídeo e treino de habilidades para grupos de três a cinco casais (Petch et al., 2012) realizada numa clínica de psicologia (Halford et al., 2010). As unidades 2 a 6 foram realizadas na habitação dos casais. As unidades 2 e 3 foram realizadas em duas visitas domiciliares a casa dos casais, com a duração de 1h30min (Petch et al., 2012). As unidades 4, 5 e 6 consistiam em três telefonemas de 30 a 60 minutos, onde os casais assistiam a um DVD de 10-12 min e completavam os exercícios descritos no guia do CCP (Halford et al., 2010). Salienta-se que o tempo total de contato profissional foi de cerca de 12 horas por casal (Halford et al., 2010).

O *Becoming a Parent Program* (BAP) é um programa educacional perinatal dirigido exclusivamente a mães e que se foca no fornecimento de informações acerca de amamentação, cuidados gerais com o bebê, crescimento e desenvolvimento (Petch et al., 2012). Neste programa as mães recebiam um guia BAP com diversas anotações sobre os

diferentes tópicos e um telefonema pré-natal e quatro pós-natal, sendo que cada um tinha a duração de 45 minutos. O contato profissional total do BAP foi de cerca de 5 horas (Halford et al., 2010). Salienta-se que três psicólogos registrados com experiência em instrução de relacionamento de pares treinaram e supervisionaram o programa (Petch et al., 2012).

Beginnings Matter. O estudo de Reichle e colaboradores (2012) implementou o programa *Beginnings Matter* que se destina a jovens pais e futuros pais na transição para a parentalidade, sendo implementado em instituições de saúde. A intervenção consiste em sessões de grupo para 3 a 8 casais no período pré-natal ou no período pós-natal (durante o primeiro ano de vida da criança). Estas sessões primam pela instrução, reflexão e exercícios, sendo que o apoio social é também um marco importante deste programa. Assim sendo, este programa é composto por trinta módulos com um manual, apresentações PowerPoint, folhetos para os pais e filmes em DVD. Estes módulos têm a duração de 90 minutos e seguem sempre a mesma estrutura, sendo que são destinados dez módulos para a fase da gravidez, dez para a fase em que o bebê é recém-nascido e dez para o primeiro ano de vida da criança. Para o estudo em causa foram selecionados dez módulos (introdução, comunicação, ler o bebê, parentalidade sensível, acalmar o bebê, adaptação suave, lidar com o stress, sentimentos negativos, dormir e alimentar o bebê) que focalizaram as questões mais críticas para os pais, nomeadamente a comunicação entre pais, tarefas de autorregulação do bebê, prevenção de sentimentos negativos em relação à criança e prevenção do stress. O módulo introdução é composto por informações gerais, conversas informais e pela introdução de exercícios de relaxamento. O módulo comunicação pretende auxiliar os casais a comunicar de forma mais eficaz. O ler o bebê ensina aos pais as expressões comportamentais não-verbais das crianças de modo a que estes saibam reagir adequadamente a estas. O módulo parentalidade sensível permite aos pais identificar as diferenças entre as necessidades de apego, individuação e exploração. O módulo acalmar o bebê permite aos pais aprender competências para apoiar a auto-regulação do bebê de forma a este se acalmar. No módulo adaptação suave são dadas ferramentas aos pais de forma a existir uma maior facilidade na transição para o cuidado não parental. No módulo lidar com o stress são fornecidas estratégias de forma a que os pais saibam lidar com o stress. O módulo sentimentos negativos ajuda os pais a entender e a gerir sentimentos como a raiva ou o desapontamento. O módulo dormir fornece aos pais informações sobre os padrões de sono na infância. Por fim, no

módulo alimentar o bebê os pais recebem informações sobre a alimentação mais adequada para o primeiro ano de vida da criança (Reichle et al., 2012).

Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP). O estudo de Shorey e colaboradores (2019) implementou o SEPP que foi baseado na teoria da autoeficácia de Bandura (Shorey, et al., 2019). O SEPP tem como objetivo melhorar os resultados parentais através de variáveis como a autoeficácia parental, o vínculo parental, o bem-estar emocional e o apoio social (Shorey, Ng, Siew, Yoon, & Mörelius, 2018).

O SEPP incluiu três etapas, nomeadamente uma sessão educativa pré-natal por telefone com a duração de 30 minutos; uma sessão educativa pós-natal por telefone com a duração de 60 minutos; e uma sessão educacional através de uma aplicação móvel de saúde (mHealth) disponibilizada quatro semanas após o parto (Shorey, et al., 2019). Para esta aplicação foram disponibilizados nomes de usuário e senhas individuais para os pais. O mHealth abordou questões acerca da amamentação, autocuidado materno, cuidados com recém-nascidos, lidar com desafios emocionais inerentes, melhorar a eficácia e o vínculo parental e fornecer *insights* aos pais para facilitar a sua transição para a parentalidade. Para além disto, dúvidas que poderiam surgir aos pais podiam ser esclarecidas através do fórum da aplicação, sendo que os pais podiam partilhar a sua experiência pessoal de forma a ajudar outros pais. Salienta-se que a aplicação emitia, ainda, notificações diárias sobre marcos importantes da criação das crianças (Shorey, et al., 2019).

Having a baby. O estudo de Svensson e colaboradores (2009) implementou o programa *Having a Baby* que consiste num programa de educação pré-natal destinado às mães e desenvolvido a partir da recolha de dados de avaliação de necessidades dos progenitores na transição para a parentalidade. As características centrais deste programa passam por este ter uma maior ênfase nas questões parentais, o uso de princípios de aprendizagem de adultos e a inclusão de atividades de resolução de problemas e competências relacionadas ao trabalho de parto, nascimento e cuidados com o bebê. O objetivo deste programa consiste em aumentar a confiança nas habilidades de resolução de problemas, a autoconfiança e a competência das mães (Svensson et al., 2009).

O *Having a Baby* inclui sete sessões pré-natal de 2 horas e uma sessão pós-natal, quando o bebê tem 6 semanas de vida. Este programa contempla diversos tópicos como a ênfase na gravidez, no trabalho de parto e na experiência dos pais na transição para a

parentalidade. Inclui atividades parentais integradas ao longo do programa, sendo que outros pais fornecem a sua visão acerca da experiência vivenciada enquanto pais pela primeira vez durante 1 sessão do programa. Inclui, ainda, a observação de um banho ao recém-nascido de modo a que as mães observem as características e o comportamento do mesmo. Este programa contempla uma abordagem proativa de resolução de problemas e enfatiza a aprendizagem experiencial. Salienta-se que antes de iniciar o programa os profissionais participarem num programa de treino em habilidades básicas em grupo fornecido pelo hospital onde receberam um manual com os objetivos e planos de cada sessão (Svensson et al., 2009).

Risco de viés entre os estudos

A qualidade dos estudos presentes nesta revisão encontra-se sumariado na Tabela 1. Em primeiro lugar, todos os estudos, exceto o de Petch e colaboradores (2012), referem que as medidas de avaliação foram aplicadas por profissionais de saúde mental. Em segundo lugar, a maioria dos estudos efetuou uma avaliação cega das principais variáveis em estudo, sendo que em dois estudos não havia informação acerca deste aspeto (Petch et al., 2012; Reichle et al., 2012). Em terceiro lugar, a grande maioria dos estudos teve uma adequada alocação dos participantes ao grupo de controlo e ao grupo experimental (e.g. Doyle et al., 2017; Mihelic et al., 2018; Petch et al., 2012; Shorey et al., 2019). Em quarto lugar, a maioria dos estudos utilizou grupos similares nos indicadores em avaliação na *baseline* ou foram feitos ajustes para corrigir diferenças estatisticamente significativas nas variáveis no momento *baseline* (usando as co variáveis apropriadas) (e.g. Doyle et al., 2017; Mihelic et al., 2018; Petch et al., 2012; Shorey et al., 2019). Em quinto lugar, metade dos estudos efetuaram a descrição dos participantes eliminados ou *drop-outs* (e.g. Doyle et al., 2017; Mihelic et al., 2018; Petch et al., 2012), enquanto que outros não fizeram referência a esses aspetos. Por fim, em sexto lugar salienta-se que em alguns estudos o tamanho amostral é baseado numa adequada análise de poder estatístico (e.g. Doyle et al., 2017; Shorey et al., 2019; Svensson et al., 2009), enquanto que noutros o mesmo não ocorre.

Resultados de estudos individuais

De seguida apresenta-se os resultados individuais dos seis estudos analisados na presente revisão sistemática.

Divisão entre grupo experimental e de controlo. Relativamente ao estudo de Doyle e colaboradores (2017) foram designados 115 participantes mulheres para o grupo experimental (PFL) e 118 mulheres para o grupo de controlo. No estudo de Mihelic e colaboradores (2018A) foram designados 57 participantes para o grupo experimental (*Baby Triple-P*) e 55 para o grupo de controlo. No estudo de Petch e colaboradores (2012) foram designados 125 casais para o grupo CCP e 125 casais para o grupo BAP. Em relação ao estudo de Reichle e colaboradores (2012), foram selecionados 95 pais jovens para o grupo experimental (*Beginings matter*) (74 do sexo feminino e 21 do sexo masculino) e 77 pais jovens para o grupo de controlo (55 mulheres, 22 homens). Para o estudo de Shorey e colaboradores (2019), foram recrutados 236 participantes (118 casais), sendo que para o grupo experimental (SEPP) foram designados 59 casais e para o grupo de controlo foram, igualmente, designados 59 casais. Por fim, relativamente ao estudo de Svensson e colaboradores (2009), foram recrutadas 248 mulheres, sendo que 91 (73%) do grupo experimental (*Having a Baby*) e 79 (64%) do grupo controlo completaram os três inquéritos.

Competências parentais e conhecimento parental. No estudo de Reichle et al. (2012), os resultados produzidos, ao nível do conhecimento parental (nomeadamente alimentação, choro e sono do bebé, significado das expressões do bebé, sensibilidade e apego) demonstraram que houve um aumento ao longo do tempo para ambos os grupos, com um efeito superior no grupo experimental. Outras análises revelaram que o aumento do conhecimento é proporcional ao número de sessões implementadas. Ressalta-se que o número inconsistente de módulos implementados a diferentes grupos foi uma limitação do estudo que veio explicar o facto dos indivíduos que participaram em mais módulos adquirirem mais conhecimento (Reichle et al., 2012).

Estes resultados vão ao encontro dos apresentados no estudo de Svensson e colaboradores (2009). Inicialmente, verificou-se que, antes da implementação deste programa, não havia diferenças estatisticamente significativas entre os scores médios do pré-programa para mulheres tanto do grupo experimental como do grupo de controlo. Depois da implementação do programa, verificou-se que os scores médios de conhecimento parental percebido aumentaram para ambos os grupos. Contudo, apesar de o conhecimento parental percebido ter aumentado ao longo do tempo para ambos os grupos, o aumento foi significativamente mais elevado para as mulheres do grupo experimental. Verificou-se, ainda, que as mulheres do grupo experimental aumentaram o seu conhecimento parental

percebido nas oito semanas após o nascimento, enquanto que as mulheres do grupo de controlo diminuíram esse conhecimento durante esse período (Svensson et al. 2009).

Competências parentais e dimensões da parentalidade. Petch e colaboradores (2012) concluíram que não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e o de controlo ao nível da sensibilidade parental. Por sua vez, os resultados de Doyle e colaboradores (2017) indicaram que não existiram diferenças no que diz respeito ao ambiente físico, aos 6 e 18 meses, e ao cuidado apropriado aos 6 meses. Ao nível do ambiente (que incluiu os recursos físicos disponíveis para a criança, a segurança do ambiente e a qualidade das atividades diárias da criança) foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo em relação aos materiais de aprendizagem disponíveis em casa aos 6 meses e à frequência de atividades no ambiente aos 18 meses. Existiram, ainda, diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo, aos 18 meses, para a frequência com que as mães realizam atividades estimulantes com a criança (como jogos, cantar e contar histórias) (Doyle et al., 2017).

Competências parentais e desenvolvimento da criança. Apenas o estudo de Doyle e colaboradores (2017) analisou o efeito da participação no programa de promoção de competências parentais nos indicadores de desenvolvimento da criança. Este estudo demonstrou que o programa de intervenção *Preparing for Life* teve efeitos positivos e significativos no desenvolvimento físico ao longo do programa. Aos 12 e 18 meses do bebé foi notória a evidência de falta de efeitos significativos relativamente ao desenvolvimento cognitivo e não-cognitivo, o que sugere que o impacto do programa estava limitado ao desenvolvimento físico nesta fase. Foram encontradas diferenças significativas individuais nas palavras entendidas aos 12 e 18 meses e nos primeiros gestos comunicativos aos 12 meses nas crianças dos pais que participaram no programa, em comparação às crianças dos pais do grupo de controlo. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo em qualquer dos indicadores de desenvolvimento da criança avaliados aos 18 meses (Doyle et al. 2017).

Competências parentais e autoeficácia parental. Quatro dos estudos analisaram o efeito da implementação do programa na autoeficácia parental nas suas competências na prestação de cuidado às crianças. Doyle e colaboradores (2017) não encontraram diferenças

estatisticamente significativas entre o grupo experimental e de controlo após a implementação do programa na autoeficácia parental. Por sua vez, Mihelic e colaboradores (2018A), apesar de terem verificado um aumento da autoeficácia ao longo do tempo para o grupo experimental e de controlo, concluíram que a interação do tempo $\times$ grupo foi não significativa para este parâmetro.

Shorey, et al. (2019) examinaram os resultados da autoeficácia ao longo do tempo sendo que, na primeira avaliação follow-up, imediatamente após o parto, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental, em comparação com a *baseline* (intervenção $\times$ efeitos do tempo). Contudo, um mês após o parto foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de controlo e experimental, sendo que o mesmo aconteceu aos três meses após o parto. Assim sendo, os autores concluíram que o grupo experimental exibiu níveis estatisticamente mais elevados de autoeficácia parental, comparativamente ao grupo de controlo, o que sugere a eficácia do programa a este nível (Shorey, et al., 2019). Svensson e colaboradores (2009) concluíram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os scores médios de autoeficácia parental pré-programa para as mulheres do grupo experimental e do grupo de controlo. Contudo, depois de implementado o programa verificou-se que a autoeficácia parental percebida aumentou ao longo do tempo para os dois grupos sendo que os scores de autoeficácia entre o período pré-natal e pós-natal são maiores para as mulheres do grupo experimental do que para as do grupo de controlo. Quando realizada uma segunda análise, esta na fase pós-natal, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e o de controlo (Shorey et al., 2019; Svensson et al., 2009). Assim sendo, os estudos de Shorey, et al. (2019) e Svensson e colaboradores (2009) parecem demonstrar que a autoeficácia parental não aumenta no período imediatamente após o parto, mas sim que o fator tempo é essencial para uma melhoria da autoeficácia parental.

Adesão ao programa de intervenção. Apenas o estudo de Mihelic e colaboradores (2018A) examinou a adesão dos pais ao programa de intervenção. Assim sendo, os pais do grupo de intervenção participaram em média em 4.74 sessões ($DP = 2.22$) de um total de oito sessões (sessões grupais: $M = 3.4$, $DP = 1.33$; sessões telefone: $M = 1.25$, $DP = 1.36$). Das oito sessões totais, vinte e três pais (40.3%) participaram de quatro ou menos sessões, dezoito (31.6%) participaram entre quatro e seis sessões, e dezasseis (28.1%) participaram entre seis e oito sessões. Da amostra total de 112 pais, 81 (72.3%) concluíram a avaliação

no tempo 2, e 80 (71.4%) no tempo 3. Não houve diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo no que diz respeito à desistência ou *follow-up* ao longo das avaliações (Mihelic et al., 2018A).

Satisfação dos participantes com a intervenção. Três dos estudos analisaram a satisfação dos participantes com a intervenção. O estudo de Petch, et.al (2012) concluiu que os participantes do sexo masculino do grupo que foi alvo de intervenção com o programa BAP relataram menor satisfação relativamente à intervenção, em comparação com todos os outros participantes, incluindo mulheres do grupo BAP, homens do grupo CCP e mulheres do grupo CCP. Por sua vez, Mihelic e colaboradores (2018a) relataram que os participantes demonstraram satisfação com o programa, sendo que a maioria indicou "satisfação" ou "muita satisfação" com o programa (83.7% e 36%, respetivamente).

Por sua vez, Svensson e colaboradores (2009) realizaram uma avaliação qualitativa da satisfação dos participantes com o programa *Having a baby*. Verificaram, assim, que as duas estratégias mais apreciadas pelas mulheres do grupo de controlo foram a visita hospitalar e as reuniões, enquanto que as do grupo experimental preferiram a sessão do banho do bebé e a sessão com os outros pais de forma a discutirem as suas experiências. Relativamente aos fatores que as mulheres menos apreciaram, 68% das participantes do grupo experimental e 54 % do grupo de controlo não identificaram nenhum aspeto. Contudo, 22% das mulheres do grupo de controlo e 12 % do grupo experimental afirmaram que não gostavam do facto do programa ter um foco muito central no parto.

Potenciais moderadores

Três dos estudos incluídos na revisão sistemática analisaram potenciais moderadores da eficácia e efetividade do programa de intervenção. Shorey e colaboradores (2019) utilizaram variáveis como a idade, etnia, escolaridade, licença materna/paterna, modalidade de alimentação do bebé, duração do casamento, rendimento financeiro habitacional e situação laboral, a fim de testar o efeito destas variáveis na eficácia e efetividade do programa. Contudo, os autores concluíram que estas variáveis não tiveram efeito na eficácia, com a exceção da idade e da duração do casamento.

Por sua vez, Svensson e colaboradores (2009) não encontraram efeito da idade dos pais, país de nascimento, escolaridade, rendimento familiar e complicações na gravidez na eficácia do programa. Não foram, ainda, encontrados efeitos do tipo de parto, tempo de

trabalho de parto, satisfação com o parto, sensação de controlo durante o trabalho de parto, uso de alívio da dor durante o parto, tempo de permanência hospitalar pós-parto, método de alimentação do bebé e problemas de saúde da mãe ou do bebé nos resultados obtidos. Por fim, Reichle e colaboradores (2012) verificaram que a idade dos participantes não moderou os resultados da eficácia do programa.

Discussão

Sumário da evidência

A presente revisão sistemática teve como objetivo identificar estudos que avaliaram a eficácia e efetividade de programas de competências parentais durante a transição para a parentalidade. Considera-se importante ressaltar que nem todos os estudos tinham como foco único principal as competências parentais, contudo estas competências ou eram um dos focos principais ou estavam subentendidas através de outros aspetos. Assim sendo, os resultados apresentados focam-se unicamente na eficácia e efetividade em termos de competências parentais. Desta forma, verificou-se que quatro dos seis programas alvo de avaliação da sua eficácia e/ou efetividade, nomeadamente o *Having a Baby* (Svensson et al., 2009), o Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP) (Shorey, et al., 2019), o *Beginnings Matter* (Reichle et al., 2012) e o *Preparing for Life* (Doyle et al., 2017) demonstraram eficácia e/ou efetividade na promoção de competências parentais.

Em síntese, os resultados das investigações integradas nesta revisão parecem indicar que a eficácia e/ou efetividade dos programas de competências parentais apresentam algumas características comuns. Assim sendo, um ponto comum aos quatro programas foi o facto de todos eles primarem por um acompanhamento não só durante o período pré-natal, mas também durante o período pós-natal. Os pais consideraram este fator muito importante, uma vez que revelaram sentir “apoio e segurança” no período pós-parto, não experienciando sentimentos de abandono quando a criança nasceu (Shorey, et al., 2019).

Surpreendentemente, outra característica comum aos quatro estudos que relataram efeitos positivos da participação do programa de intervenção é a inexistência de compensação monetária pela participação. De acordo com a literatura, os investigadores fornecem alguma compensação monetária para a participação nas investigações de avaliação da eficácia, com vista a aumentar a adesão e a diminuir as taxas de *dropout* (Bonner, & Sprinkle, 2002). Contudo, a evidência empírica tem sugerido que a motivação intrínseca é

o principal fator para aumentar a adesão e diminuir as taxas de *dropout* e que os incentivos monetários, por diversas vezes, não melhoram o desempenho (Camerer, & Hogarth, 1999).

A terceira característica comum a estes programas com eficácia é terem sido implementados por profissionais especializados em cuidados infantis, o que sugere que o apoio informado por parte de profissionais pode aumentar os efeitos positivos destes programas para os pais. Considera-se, ainda, importante referir que todos os programas que demonstraram eficácia focaram-se em diversas competências parentais (e.g., cuidados com o recém-nascido, amamentação, sono), utilizando uma diversidade de estratégias formativas (e.g., folhetos, apresentações PowerPoint, ou *role-plays*). Salienta-se que o programa *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) foi o único que, para além destas estratégias, incluía uma componente observacional, em que os profissionais demonstraram a realização das tarefas de cuidado ao bebé.

Ressalta-se, ainda, que a maioria dos estudos que demonstraram eficácia deram destaque à autoeficácia parental, dado que esta dimensão cognitiva da parentalidade tem sido associada a melhores níveis de satisfação com a transição para a parentalidade, maior cooperação entre os pais e um maior número de conhecimentos parentais adquiridos nos programas de intervenção. Surpreendentemente, apenas dois estudos demonstraram efeitos positivos da participação nos programas de competências parentais na autoeficácia parental (Shorey et al., 2019; Svensson et al., 2009). Alguma literatura destaca que os conhecimentos, habilidades e experiência estão relacionados à confiança parental que, por sua vez, está relacionada à autoeficácia (e.g. Svensson et al., 2009). A teoria da autoeficácia de Bandura enfatiza o facto da autoeficácia parental ser considerada um dos principais determinantes da competência parental e do bem-estar de um recém-nascido, estando relacionada ao bem-estar emocional parental (Shorey, Ng, Siew, Yoong, & Mörelius, 2018).

Um fator comum aos programas *Beginnings Matter* (Reichle et al., 2012), *Preparing for Life* (Doyle et al., 2017) e *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) foi o facto de os profissionais de saúde que administraram o programa terem recebido formação antes da implementação do mesmo. Este fator pode ser considerado como um impulsionador da eficácia destes programas. Quanto ao método de implementação da intervenção, os programas *Beginnings Matter* (Reichle et al., 2012), *Preparing for Life* (Doyle et al., 2017) e *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) foram implementados em intervenção face-a-face, o que parece ser um fator importante para os resultados positivos que os programas obtiveram. O Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP)

(Shorey, et al., 2019) e o *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) apresentaram um outro fator em comum, que agradou muito aos participantes e que pode ter refletido os resultados positivos do programa. Este fator comum consistia no facto de em ambos os programas existir um incentivo à partilha de experiências entre pais, bem como o esclarecer de dúvidas com outros progenitores.

Verificou-se, ainda, que o programa *Preparing for Life* (Doyle et al., 2017) e o *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) foram administrados, exclusivamente, a mulheres, enquanto que o Programa educativo de apoio à educação baseado em tecnologia (SEPP) (Shorey, et al., 2019) e o *Beginnings Matter* (Reichle et al., 2012) foram administrados a casais, independentemente de ser em grupo ou não. Assim sendo, não foi possível verificar se a inclusão de casais ou a inclusão unicamente de mulheres é um fator determinante na eficácia e efetividade da intervenção realizada. O facto de os programas serem implementados quer em grupo quer individual/casal parece não ter grande impacto na eficácia, uma vez que dois dos quatros estudos que demonstraram resultados positivos, nomeadamente o programa *Having a Baby* (Svensson et al., 2009) e o *Preparing for Life* (Doyle et al., 2017) foram administrados em grupo e os restantes dois em casal/individual (Reichle et al., 2012; Shorey, et al., 2019).

Por fim, os programas que apresentaram eficácia tiveram, também, em comum o facto de terem sido administrados por profissionais de saúde mental, nomeadamente psicólogos. Contudo, salienta-se que este não deve ser considerado fator único e principal dos resultados positivos, mas sim um fator adicional, uma vez que a maioria dos estudos que não obtiveram eficácia foram administrados, igualmente, por estes profissionais de saúde mental. Assim sendo, parece que a conjugação de diversos fatores, comuns a diversos estudos, explica a eficácia e efetividade destes programas.

Limitações dos estudos

Os artigos publicados que analisaram a eficácia e/ou efetividade de programas de competência parental apresentaram um conjunto de limitações que são necessárias considerar. Primeiramente, salienta-se que as amostras são relativamente reduzidas o que não permite a generalização dos resultados. Em segundo lugar três dos seis estudos incluídos foram realizados na Austrália, o que condiciona, igualmente, a generalização dos resultados. Em terceiro lugar, destaca-se o facto de alguns estudos terem sido realizados unicamente com mulheres (Doyle et al., 2017; Svensson et al., 2009). Em quarto lugar, nenhum dos

programas se centra, apenas, na fase da gravidez, sendo que todos englobam a fase pré e pós-natal. Apesar da maioria dos participantes dos programas analisados considerarem este ponto uma mais valia, isto representa uma limitação na medida em que não é possível avaliar unicamente a fase pré-natal que é o foco da presente revisão.

Limitações da presente revisão

A presente revisão da literatura apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira consiste no facto de ter sido utilizada, apenas, uma base de dados. Apesar de ser a principal base de dados eletrónica de referência, a pesquisa em outras base de dados poderia aumentar o número de estudos elegíveis. Em segundo lugar, salienta-se o facto de não ter sido calculado o grau de acordo entre os investigadores sobre a inclusão/exclusão dos estudos na revisão sistemática. Em terceiro lugar, destaca-se o facto de não se distinguir os estudos que avaliaram a eficácia dos programas dos estudos que examinaram a efetividade dos programas.

Desta forma, para as investigações futuras recomenda-se que utilizem um maior número de base de dados de forma a aumentar o número de estudos elegíveis. Recomenda-se, ainda, que o grau de acordo entre os participantes seja calculado de forma a que o consenso entre eles seja mais elevado. Deveriam ser realizados estudos futuros acerca da eficácia e efetividade dos estudos separadamente de forma a que os resultados destas duas componentes fossem mais facilmente identificados e posteriormente avaliados. Além disto, dever-se-ia realizar programas unicamente durante a fase pré-natal, uma vez que existiu dificuldade de encontrar estudos exclusivamente durante esta fase.

Conclusão

A presente revisão sistemática demonstrou que a participação em programas de promoção de competências parentais durante o pré e o pós-parto pode contribuir para o aumento de conhecimentos, competências e autoeficácia dos pais, auxiliando na transição ajustada para a parentalidade e na realização bem-sucedida das tarefas desenvolvimentais normativas deste período. Tais resultados sugerem que a disponibilização de programas de competências parentais pode funcionar como uma estratégia de promoção da saúde mental dos pais e das crianças nos sistemas públicos de saúde, com potenciais efeitos positivos no funcionamento familiar e desenvolvimental dos membros da família.

Referências

- Andrade, L., Martins, M., Angelo, M., & Martinho, J. (2014). A saúde mental na parentalidade de filhos gémeos: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1), 109-116.
- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, (52-I), 211-229.
- Bonner, S., & Sprinkle, G. (2002). The effects of monetary incentives on effort and task performance: Theories, evidence, and a framework for research. *Accounting, Organizations and Society*, 27(4-5), 303-345. doi: 10.1016/S0361-3682(01)00052-6
- Butler, H., Hare, D., Walker, S., Wieck, A., & Wittkowski, A. (2014). The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 455-463. doi: 10.1007/s00737-014-0429-4
- Cardoso, A., Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 11-20. doi: 10.12707/RIV14012
- Camerer, C., & Hogarth, R. (1999). The effects of financial incentives in experiments: A review and capital-labor-production framework. *Journal of Risk and Uncertainty*, 19(1-3), 7-42. doi: 10.1023/A:1007850605129
- Coutinho, M. (2003). Formação parental: Avaliação do impacto na família. *Psicologia*, 17(1), 227-244. doi: 10.17575/rpsicol.v17i1.446
- Cruz, O., & Ducharme, M. A. (2006). Intervenção na Parentalidade - o caso específico da formação de pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 11-12, 295-309.
- Doyle, O., Harmon, C., Heckman, J., Logue, C., & Moon, S. (2017). Early skill formation and the efficiency of parental investment: A randomized controlled trial of home visiting. *Labour Economics*, 45, 40-58. doi: 10.1016/j.labeco.2016.11.002
- Figueiredo, B., & Lamela, D. (2014). Parentalidade e coparentalidade: Conceitos básicos e programas de intervenção. In V. Sousa-Lima & P. Dias (Eds.), *Clínica Universitária de Psicologia: Contributos para a prática psicológica (pp.151-172)*. Porto: Universidade Católica Editora.
- Feinberg, M. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173-195. doi: 10.1023/A:1019695015110

- Feinberg, M. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302_01
- Halford, W., Petch, J., & Creedy, D. (2010). Promoting a positive transition to parenthood: A randomized clinical trial of couple relationship education. *Prevention Science*, 11(1), 89-100. doi: 10.1007/s11121-009-0152-y
- Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46(1), 18. doi: 10.1037/a0017820
- Lopes, J. (2012). *Implementação de uma escola de pais: preparação para a parentalidade*. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Martins, C. (2009). Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura. In M. Barbieri, M. Martins, M. Figueiredo, M. Martinho, L. Andrade, P. Oliveira, Santos, M. (Eds.), *Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 115-127). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018A). Does a perinatal parenting intervention work for fathers? A randomized controlled trial. *Infant Mental Health Journal*, 39(6), 687-698. doi: 10.1002/imhj.21748
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018B). Preparing parents for parenthood: Protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 311. doi: 10.1186/s12884-018-1939-2
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- O'Connor, T. (2002). Annotation: The 'effects' of parenting reconsidered: Findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 555-572. doi: 10.1111/1469-7610.00046
- Oliveira, M. (2014). *Continuidade na Transição* (Doctoral dissertation, [sn]).

- Petch, J., Halford, W., Creedy, D., & 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. doi: 10.1037/a0028781
- Pinto, T., Figueiredo, B., Pinheiro, L., & Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(4), 343-355. doi: 10.1080/02646838.2016.1178853
- Reichle, B., Backes, S., & Dette-Hagenmeyer, D. (2012). Positive parenting the preventive way: Transforming research into practice with an intervention for new parents. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 33-46. doi: 10.1080/17405629.2011.629037
- Silva, A., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.
- Silva, N., & Dessen, M. (2003). Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 503-514.
- Shorey, S., Ng, Y., Siew, A., Yoong, J., & Mörelius, E. (2018). Effectiveness of a technology-based supportive educational parenting program on parental outcomes in Singapore: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 7(1), e4. doi: 0.2196/resprot.8062
- Shorey, S., Ng, Y., Ng, E., Siew, A., Morelius, E., Yoong, J., & Gandhi, M. (2019). Effectiveness of a technology-based supportive educational parenting program on parental outcomes (part 1): Randomized controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e10816. doi: 10.2196/10816
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25(2), 114-125. doi: 10.1016/j.midw.2006.12.012
- Tavares, M. F. M. (2015). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: Significados para a mulher em risco de depressão pós-parto*. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.