



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JAÍNE FOLETTO SILVEIRA

**RELAÇÕES ENTRE COPARENTALIDADE E SAÚDE MENTAL DE
PAIS E MÃES CASADOS E DIVORCIADOS**

Orientador: Prof. Dr. Mauro Luis Vieira

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

JAÍNE FOLETTTO SILVEIRA

**RELAÇÕES ENTRE COPARENTALIDADE E SAÚDE MENTAL DE
PAIS E MÃES CASADOS E DIVORCIADOS**

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Doutora em Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de Santa
Catarina.

Orientador: Professor Dr. Mauro Luís Vieira

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silveira, Jaíne Foletto
Relações entre Coparentalidade e Saúde Mental de Pais e
Mães Casados e Divorciados / Jaíne Foletto Silveira ;
orientador, Mauro Luís Vieira, 2023.
126 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Coparentalidade. 3. Saúde mental. 4.
Família. 5. Divórcio. I. Vieira, Mauro Luís. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

Jaíne Foletto Silveira

Relações entre coparentalidade e saúde mental de pais e mães casados e divorciados

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado, em 16 de junho de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dr^ª. Josiane da Silva Delvan da Silva
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Univali

Prof^ª. Dr^ª. Larissa Paraventi
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Univali

Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão de curso que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Psicologia.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Mauro Luís Vieira

Florianópolis, SC

2023

Dedico este estudo à minha família
e a todos os participantes da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pelas oportunidades e possibilidade de fazer escolhas que me permitiram realizar a presente pesquisa.

Agradeço ao meu orientador professor Mauro Luís Vieira, por me acolher em seu grupo de pesquisa, me acompanhar, me incentivar e ter me ensinado tanto ao longo desses quatro anos de convivência. Além de me apoiar durante cada etapa desse processo, o professor Mauro é um grande exemplo de profissional, de ser humano acolhedor, humilde, ético e afetivo. Essas características fizeram a diferença no meu percurso do doutorado e servem de exemplo e inspiração para seguir em frente.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, Prof. Dra. Josiane da Silva Delvan da Silva e Prof. Dra. Denise Falcke agradeço por serem inspiração profissional e por aceitarem o convite para fazerem parte da minha banca, pela disponibilidade e pelas contribuições preciosas para aprimorar este trabalho.

Agradeço ao grupo de pesquisa NEPeDI e às colegas de pós-graduação, em especial Ângela Campeol, Ana Paula Risson, Quele Gomes, Larissa Paraventi, Beatriz Coltro, Carolina Duarte e Tamires Dias, por tornarem a trajetória do doutorado mais leve, pelo apoio, pela amizade, incentivo, colaboração, parceria, companheirismo e momentos de troca e reflexão que tivemos durante todos esses anos em diversos momentos. Vocês fizeram a diferença nesta caminhada!

À minha família, agradeço imensamente ao meu pai e irmã por sempre acreditarem em mim, me incentivarem, apoiarem as minhas escolhas, pelos esforços em me ajudar sempre que preciso e pelo investimento em minha formação... Sem vocês nada disso seria possível! Agradeço à minha mãe, que mesmo não estando mais presente fisicamente, sempre me ensinou que com determinação e dedicação eu consigo alcançar o que desejo, que sempre me incentivou a seguir meus sonhos e que, principalmente, sempre acreditou em mim.

Ao meu namorado, Everson, que sempre acreditou no meu potencial e me incentiva nos momentos de estudos, agradeço por me apoiar em todos os desafios, pelas palavras e atitudes de incentivo e pelo carinho. Obrigada pela paciência e parceria nessa reta final, onde dedicou muitos feriados e finais de semana ao meu lado estudando e

buscando crescer e contribuir com a ciência, cada um em sua área. Sem o seu apoio, essa conquista seria muito mais árdua.

O meu agradecimento especial aos participantes da pesquisa que gentilmente participaram deste estudo respondendo aos questionários e contribuindo para a construção da ciência. Agradeço a disponibilidade e pela oportunidade de conhecer um pouco mais sobre a realidade bela e desafiadora de ser mãe e ser pai na atualidade.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia agradeço pela oportunidade de realizar o curso de doutorado, aos professores e funcionários agradeço por estarem presentes nessa trajetória. Aos financiadores do projeto maior que esta pesquisa está inserida: Instituto de Pesquisa das Variações Socioculturais (IPEVSC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de doutorado.

SILVEIRA, J.F. **Relações entre coparentalidade e saúde mental de pais e mães casados e divorciados**. Florianópolis, 2023. Tese de Doutorado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Professor Dr. Mauro Luis Vieira. Data da defesa: 16/06/2023

RESUMO

A chegada de um filho na família é um momento de grande importância e implica na chegada da coparentalidade. A coparentalidade é definida pelo envolvimento conjunto dos pais nos cuidados com os filhos. Além da criação dos filhos, as demandas da vida pessoal, conjugal e profissional geram desafios e sobrecargas aos pais, podendo levar a um aumento do sofrimento psíquico e a dificuldades na relação coparental. A saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar individual e é influenciada pelas interações sociais, fatores físicos, ambientais e psicológicos. Estudos têm mostrado associações da coparentalidade com a saúde mental de pais e mães. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo compreender as relações entre coparentalidade e saúde mental positiva, bem como a influência de fatores sociodemográficos, como o estado civil, sobre estes construtos, de pais e mães com filhos entre três e onze anos de idade. Trata-se de uma pesquisa transversal com delineamento quantitativo que foi realizada através de um questionário sociodemográfico, a escala de relação coparental e a escala de saúde mental positiva. Participaram 502 mães e pais brasileiros. Foram realizadas análises estatísticas que demonstraram que os participantes casados apresentaram escores maiores em acordo coparental, divisão do trabalho, suporte coparental e reconhecimento da parentalidade do parceiro. Os participantes divorciados apresentaram maiores escores em sabotagem coparental. Referente às dimensões de saúde mental positiva os participantes casados apresentaram maiores escores de bem-estar emocional. Os participantes que possuíam níveis de escolaridade mais elevados, apresentaram médias maiores nas dimensões de acordo coparental, divisão do trabalho e na dimensão bem-estar social. Além disso, as dimensões positivas da coparentalidade apresentaram correlações com as dimensões da saúde mental positiva e as dimensões negativas da coparentalidade apresentaram correlações inversas com as dimensões da saúde mental positiva. Desse modo, conclui-se que ter uma relação coparental positiva está associado a melhores resultados de saúde mental para pais e mães.

Palavras-chave: coparentalidade, saúde mental, família, divórcio.

ABSTRACT

The arrival of a child in the family is a moment of great importance and implies the arrival of co-parenting. Coparenting is defined by the joint involvement of parents in child care. In addition to raising children, the demands of personal, marital and professional life create challenges and overloads for parents, which can lead to increased psychological distress and difficulties in the coparenting relationship. Mental health can be defined as an individual state of well-being and is influenced by social interactions, physical, environmental and psychological factors. Studies have shown associations between coparenting and the mental health of fathers and mothers. Therefore, this research aimed to understand the relationships between coparenting and positive mental health, as well as the influence of sociodemographic factors on these constructs, of fathers and mothers with children between three and eleven years old. This is a cross-sectional survey with a quantitative design that was carried out using a sociodemographic questionnaire, the coparental relationship scale and the positive mental health scale. 502 Brazilian mothers and fathers participated. Statistical analyzes were performed that showed that married participants had higher scores in coparenting agreement, division of labor, coparenting support and acknowledgment of the partner's parenting. Divorced participants scored higher on coparental sabotage. Regarding the positive mental health dimensions, married participants had higher emotional well-being scores. Participants who had higher levels of education had higher averages in the dimensions of coparental agreement, division of labor and in the dimension of social well-being. In addition, the positive dimensions of coparenting showed correlations with the dimensions of positive mental health, and the negative dimensions of coparenting showed inverse correlations with the dimensions of positive mental health. Thus, it is concluded that having a positive coparenting relationship is associated with better mental health outcomes for fathers and mothers.

Keywords: coparenting, mental health, family, divorce.

RESUMEN

La llegada de un hijo a la familia es un momento de gran importancia e implica la llegada de la coparentalidad. La coparentalidad se define por la participación conjunta de los padres en el cuidado de los niños. Además de la crianza de los hijos, las exigencias de la vida personal, conyugal y profesional generan desafíos y sobrecargas para los padres, lo que puede llevar a un aumento del malestar psicológico y dificultades en la relación de coparentalidad. La salud mental se puede definir como un estado individual de bienestar y está influenciada por interacciones sociales, factores físicos, ambientales y psicológicos. Los estudios han demostrado asociaciones entre la coparentalidad y la salud mental de padres y madres. Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo comprender las relaciones entre la coparentalidad y la salud mental positiva, así como la influencia de los factores sociodemográficos en estos constructos, de padres y madres con hijos entre tres y once años. Se trata de una investigación transversal con diseño cuantitativo que se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico, la escala de relación coparental y la escala de salud mental positiva. Participaron 502 madres y padres brasileños. Se realizaron análisis estadísticos que mostraron que los participantes casados tenían puntajes más altos en el acuerdo coparental, la división del trabajo, el apoyo coparental y el reconocimiento de la parentalidad del otro. Los participantes divorciados puntuaron más alto en sabotaje coparental. En cuanto a las dimensiones positivas de salud mental, los participantes casados presentaron puntajes más altos de bienestar emocional. Los participantes que tenían mayor nivel educativo tenían promedios más altos en las dimensiones de acuerdo coparental, división del trabajo y en la dimensión de bienestar social. Además, las dimensiones positivas de la coparentalidad mostraron correlaciones con las dimensiones de salud mental positiva, y las dimensiones negativas de la coparentalidad mostraron correlaciones inversas con las dimensiones de salud mental positiva. Por lo tanto, se concluye que tener una relación de coparentalidad positiva se asocia con mejores resultados de salud mental para padres y madres.

Palabras-clave: coparentalidad, salud mental, familia, divorcio.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

ERC - Escala de Relação Coparental

ESMP - Escala de Saúde Mental Positiva

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEVSC - Instituto de Pesquisa das Variações Socioculturais

LABSFAC - Laboratório de Pesquisa em Saúde, Família e Comunidade

NEPeDI - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil

QS - Questionário Sociodemográfico

SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFSCar – Universidade de São Carlos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade traduzido por Böing (2014) de Feinberg (2003).....	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas de frequência e porcentagem das variáveis categóricas.....	51
Tabela 2. Estatísticas descritivas das dimensões da coparentalidade, dimensões da saúde mental positiva e idade, renda, idade dos filhos e quantidade de filhos.....	52
Tabela 3. Análise de correlações de Spearman.....	53
Tabela 4. Resultados dos testes t para as dimensões da coparentalidade e as variáveis sexo da criança, se o respondente faz psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui diagnóstico.....	54
Tabela 5. Resultados dos testes t para as dimensões da saúde mental positiva e as variáveis sexo da criança, se o respondente faz psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui diagnóstico.....	56
Tabela 6. Resultados das ANOVAs unidirecionais.....	58
Tabela 7. Estatísticas descritivas das dimensões de acordo coparental, divisão do trabalho e bem-estar social segundo escolaridade.....	58
Tabela 8. Estatística descritivas para as variáveis coparentalidade e bem-estar variavam segundo o estado civil dos participantes e na amostra total.....	59
Tabela 9. Resultados das análises de correlação de Spearman.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3. HIPÓTESES.....	26
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
4.1 Coparentalidade.....	27
4.2 Ciclo de vida familiar.....	31
4.3 Saúde Mental Positiva.....	37
4.4 Relação entre saúde mental e coparentalidade	40
5. MÉTODO.....	44
5.1 Caracterização da pesquisa.....	44
5.2 Caracterização do campo de pesquisa.....	44
5.3 Participantes.....	45
5.4 Instrumentos.....	46
5.5 Procedimentos de coleta de dados.....	48
5.6 Análise dos dados.....	48
5.7 Procedimentos éticos.....	50
6. RESULTADOS.....	51
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
7.1 Coparentalidade e Estado Civil.....	62
7.2 Coparentalidade e saúde mental e variáveis sociodemográficas.....	67
7.3 Associações entre Saúde Mental e Coparentalidade.....	71
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
9. REFERÊNCIAS	83
10. APÊNDICES.....	97
10.1 Apêndice A- Carta convite aos pais para participação na pesquisa.....	97
10.2 Apêndice B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
10.3 Apêndice C - Artigo de Revisão Sistemática da literatura submetido para a Revista Aletheia.....	100
11. ANEXOS	115

11.1 Anexo A - Questionário Sociodemográfico	115
11.2 Anexo B - Escala de Relacionamento Coparental- ERC.....	120
11.3 Anexo C - Escala de Saúde Mental Positiva (ESMP).....	125

APRESENTAÇÃO

O presente estudo está inserido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especificamente na área três: saúde e desenvolvimento psicológico, que congrega estudos sobre processos psicológicos no âmbito das interações entre saúde e desenvolvimento individual e social. Na linha um: saúde e contextos de desenvolvimento psicológico, que aborda o desenvolvimento psicológico e suas relações com a saúde das pessoas nos contextos ambiental, familiar, institucional e comunitário. Assim, a presente pesquisa se relaciona com a referida linha ao buscar compreender a relação entre a coparentalidade e a saúde mental positiva no ambiente familiar e, ao mesmo tempo, inovar aproximando-se de um olhar mais amplo para a saúde mental e para as diferentes configurações familiares, na atualidade.

A presente pesquisa, intitulada: *Relações entre coparentalidade e saúde mental de pais e mães casados e divorciados*, teve como objetivo compreender as relações entre as dimensões da coparentalidade através do Modelo Ecológico da Coparentalidade de Feinberg (2003) e as dimensões da saúde mental positiva através do Modelo de Saúde Mental Positiva proposto por Keyes (2002) de pais e mães brasileiros com filhos entre três a onze anos de idade. Esta tese de doutorado se insere no âmbito de uma pesquisa mais ampla denominada “Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional Infantil II” que vem sendo desenvolvida em parceria entre o Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC) e o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI), ambos voltados à linha de pesquisa saúde e contextos de desenvolvimento psicológico, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia de Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Com o meu ingresso no grupo de pesquisa NEPeDI, no início de 2019, passei a contribuir com o desenvolvimento da pesquisa mais ampla e a participar do grupo de pais realizado pelos profissionais e estudantes integrantes do NEPeDI no Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) da UFSC. O grupo tratava-se de uma intervenção psicológica com periodicidade semanal, com duração de uma hora e meia, com o intuito de gerar promoção da parentalidade positiva para pais, mães e responsáveis com o propósito de promover às famílias espaço para reflexão e partilha de experiências e desafios sobre funcionamento familiar, parentalidade, desenvolvimento infantil e coparentalidade.

Através das reflexões geradas nas diversas edições do grupo de pais, surgiu o interesse em investigar os impactos da saúde mental dos pais no exercício da coparentalidade.

Por meio das reuniões com o grupo de pesquisa e de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que trata a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença optou-se por utilizar o Modelo de Saúde Mental Positiva de Keyes (2002), com o objetivo de tirar o foco na doença mental e ampliar para as dimensões de bem-estar. Além disso, optou-se por utilizar o Modelo Ecológico de Coparentalidade de Feinberg (2003), por ele entender que fatores individuais, familiares e extrafamiliares afetam a relação de coparentalidade entre os pais.

A proposta inicial da presente pesquisa era entrevistar os participantes de forma presencial no SAPSI, porém com o isolamento social provocado pela pandemia de COVID-19, foi necessário rever as estratégias de coleta de todos os projetos vinculados ao projeto maior “Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional Infantil II”. Desse modo, em 2020, o grupo de pesquisa elaborou um questionário online no Survey Monkey, uma ferramenta de questionários online, para que as pesquisas fossem realizadas em tempo hábil. Este passou a ser, então, o cenário em que a presente pesquisa de doutorado ocorreu.

1. INTRODUÇÃO

A família é considerada um elemento fundamental da sociedade e tem sido alvo de estudos e pesquisas que buscam compreender melhor o seu funcionamento, as suas relações internas e as influências externas que sofrem ao longo da vida (McGoldrick & Shibusawa, 2016). O contexto da vida familiar está em contínua mudança nos dias de hoje e isso vem transformando as famílias. As configurações familiares estão à cada dia mais diversificadas, por isso, as concepções de normalidade precisam ser analisadas e a definição de família precisa ser ampliada para englobar o amplo espectro e as novas configurações familiares (Walsh, 2016).

O funcionamento familiar é construído desde as primeiras relações do casal e tem fortes implicações nas futuras interações dele com seus filhos. Com o sistema conjugal formado, a demanda de rearranjos familiares aparece de forma mais tangível com a chegada da gravidez. Neste momento inicia-se a estruturação de espaço para a chegada de um novo membro no sistema, até então conjugal (Prati & Koller, 2011). Essa nova etapa do ciclo vital da família demanda uma reorganização do subsistema conjugal em vários aspectos, no que diz respeito aos respectivos papéis e responsabilidades parentais. Assim, a vida conjugal passa por diversas transformações e a relação conjugal passa a ter a inclusão de um novo membro, que implica na chegada da parentalidade e coparentalidade (Feinberg, 2003).

Apesar de não existir um consenso sobre o surgimento do conceito da coparentalidade na literatura psicológica, Lamela, Nunes-Costa e Figueiredo (2010) apontam que inicialmente a coparentalidade estava associada aos estudos das relações familiares após o divórcio. Com o passar do tempo, a coparentalidade passou a ser estudada também em famílias cujos pais permaneciam casados e, atualmente, a coparentalidade é estudada conforme as diversas configurações familiares.

A coparentalidade é um processo familiar que tem sido bastante estudado na última década. Para Feinberg (2003), coparentalidade é definida pelo envolvimento conjunto de dois cuidadores, geralmente ambos os pais, na criação, educação, formação e decisões sobre a vida dos seus filhos. O autor compreende a coparentalidade como um processo familiar que influencia e é influenciado por diversos fatores, como as características individuais de cada um, o grau de escolaridade, a saúde mental, as atitudes, qualidade da vinculação, entre outros. Além disso, fatores familiares também influenciam

a relação coparental, como a história do casal, os padrões de comportamento, prestação de cuidados e emoções dos pais enquanto casal, o ambiente extrafamiliar, como a família extensa, a sociedade e a cultura (Lamela, Nunes-Costa & Figueiredo, 2010).

Desse modo, a coparentalidade pode ser compreendida como uma função que necessita da disposição de ambos os cuidadores em proporcionar segurança, proteção, suporte emocional e físico e sanar as necessidades dos filhos ao longo do seu desenvolvimento, independentemente do tipo de laço relacional entre eles. Assim, na perspectiva da psicologia sistêmica, a relação coparental é vista como um subsistema composto pelos cuidadores e filho(s), que expõe características específicas que influenciam tanto no desenvolvimento da criança quanto no sistema familiar (Böing & Crepaldi, 2016; Feinberg, 2003).

Feinberg (2003) propôs o Modelo Ecológico da Coparentalidade, no qual a presente pesquisa está fundamentada, que sustenta que a coparentalidade é composta por quatro dimensões: acordo ou desacordo nas práticas parentais, divisão do trabalho relacionado com a criança, suporte/sabotagem do papel coparental e gestão conjunta das relações familiares. De acordo com esse modelo, compreende-se a coparentalidade como o resultado das interações dos comportamentos que variam entre as famílias, suas relações e grau de intensidade (Lamela, Nunes-Costa & Figueiredo, 2010).

Este modelo indica que a coparentalidade é influenciada, pelas características individuais de cada pai, grau de escolaridade, saúde mental, qualidade da vinculação, níveis de bem-estar, fatores familiares como estado civil, o histórico das interações, padrões de cuidados, relatório comportamental e emocional dos pais bem como o ambiente extrafamiliar (Lamela, Nunes-Costa & Figueiredo, 2010). Nesse sentido, estudos tem mostrado que um fator que interfere no exercício da coparentalidade é o estado civil dos pais, em que pais casados demonstram ter maior envolvimento coparental, maior qualidade nos relacionamentos e recebem mais suporte coparental do parceiro, ao passo que os pais que passaram pela separação conjugal apresentam dificuldades na coparentalidade, em especial na divisão de tarefas relacionadas à criança e em comunicar-se de forma adequada com o ex-parceiro (Fidelis, et al., 2022; Isacco et. al., 2010; McConnell & Kerig, 2002; Weber, et al., 2021).

O fim de uma relação conjugal pode se suceder de diversas maneiras e ser um momento de crise pessoal e familiar, em que os envolvidos podem sofrer de alguma

forma. Brito (2007) aponta que jovens adultos filhos de pais separados perceberam mudanças em suas vidas devido à separação conjugal dos pais. A maioria se sentiu como objeto na disputa entre seus pais, e após a separação, houve um distanciamento do genitor que não ficou com a guarda e uma forte aliança com o genitor guardião. Nesse sentido, Oliveira e Crepaldi (2018) salientam que o envolvimento regular e frequente do pai com os filhos, após o término da conjugalidade, é favorável tanto para os pais, quanto para os filhos.

Segundo dados do IBGE (2021), o número de divórcios no Brasil atingiu recorde de 386,8 mil em 2021. Isto representa um alta de 16,8% frente ao número de divórcios de 2020 (uma diferença de 55,6 mil divórcios), a maior variação em relação ao ano anterior desde 2011. Este crescimento das taxas de divórcios impacta de maneira significativa a forma de apresentação das famílias na atualidade e o número de crianças e adolescentes que vivem em famílias cujos pais não moram mais juntos em um casamento está cada vez maior (Weber, et al., 2021).

Apesar dessa realidade cada vez mais presente na sociedade, pesquisas apontam que são encontrados poucos estudos sobre famílias divorciadas na literatura (Gomes et al., 2014; Souza, et al., 2020; Weber, et al., 2021). O divórcio pode ser entendido como uma interrupção comum do ciclo vital das famílias. Essa interrupção pode gerar um desequilíbrio, com ganhos e perdas para os membros da família. O processo emocional das famílias que passam por essa interrupção pode ser considerado como uma “montanha-russa emocional” com sentimentos que podem variar do alívio, se o membro da família não desejava mais aquele casamento, até a tristeza, se o membro da família desejava seguir com o casamento (McGoldrick & Shibusawa, 2016)

Podemos entender que o divórcio é uma das experiências mais estressantes que os adultos podem enfrentar e, por isso, muitas pessoas apresentam maiores índices de psicopatologias, maior incidência de acidentes de carro, uso elevado de álcool e outras drogas e estresse (Greene et al., 2016). Assim, o divórcio é uma experiência geralmente dolorosa e um processo complexo que é vivido em diferentes etapas pelos diferentes membros da família. A partir de tais achados, muitos adultos podem precisar de ajuda de profissionais tanto da área da saúde, como psicólogos e psiquiatras quanto da área do direito, como advogados, para esclarecimentos qualificados para se organizarem com as demandas que a separação conjugal exige (Weber, et al., 2021).

Partindo do pressuposto de que as famílias funcionam como microssistemas, com cada membro da família desempenhando papéis essenciais dentro do sistema (Bronfenbrenner, 2011), os problemas de saúde mental de um integrante da família podem interferir no funcionamento do sistema familiar, diminuindo a capacidade desse integrante em desempenhar suas funções parentais. Especialmente, a depressão pode enfraquecer o relacionamento coparental, dificultando a comunicação saudável entre os pais em relação aos seus filhos e diminuindo na capacidade do genitor deprimido em realizar suas tarefas parentais. Desse modo, a depressão também pode afetar indiretamente a relação coparental, enfraquecendo a qualidade do relacionamento com a dupla coparental (independente do estado civil), criando estresse adicional no ambiente familiar (Turney & Hardie, 2020).

Os estudos realizados por Colvero, Ide & Rolim (2004), Pereira (2003), Soares e Carvalho (2009) buscaram verificar os impactos da saúde mental sobre o contexto familiar. Percebe-se na literatura científica um crescente número de estudos nesta área, e isso vem acontecendo pela conscientização de que tanto a mãe quanto o pai são vulneráveis aos estressores associados à relação familiar e à criação dos filhos. Além disso, pais e mães, geralmente, atuam no mercado de trabalho, possuem afazeres domésticos e compromissos sociais e familiares. Tudo isso aliado a cobranças para que todos esses papéis sejam desempenhados de forma impecável, pode gerar sobrecarga, estresse e danos à saúde física e mental. Dessa forma, estar atento à saúde mental se torna imprescindível para que se consiga levar uma vida de forma prazerosa e equilibrada (Isacco et. al., 2010; Weber, et al., 2021).

Apesar de ser um conceito de difícil definição, alguns autores consideram a saúde mental como parte indispensável da saúde geral, possibilitando que o indivíduo desfrute de forma plena de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas. A saúde mental engloba a capacidade de um indivíduo de ter uma vida equilibrada e pode variar de acordo com a cultura, com o momento histórico em uma determinada população. Para a Organização Mundial da Saúde, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença (Bonfim et al., 2013; Hirdes & Silva, 2014; Loureiro, 2000; Souza & Baptista, 2008; Souza et al. 2008).

Ampliando o conceito de saúde, de acordo com o conceito de saúde da lei orgânica do SUS (1990), concebe-se saúde como resultante de um processo de produção social,

que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como a condição de existência dos homens no seu viver cotidiano individual, familiar e coletivo. Assim, a saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam por recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais etc.) (Brasil, 1990)

Considerando que a saúde mental apresenta componentes positivos, a presente pesquisa apoiou-se no Modelo de Saúde Mental Positiva proposto por Keyes (2002) que aborda três aspectos da saúde mental que se inter-relacionam: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Sendo o bem-estar emocional caracterizado por um conjunto de fenômenos, incluindo respostas emocionais, domínios de satisfação com a vida (família, trabalho, lazer...) e julgamentos globais sobre satisfação com a vida. O bem-estar psicológico caracterizado pelo desenvolvimento de potencialidades individuais, onde o indivíduo possui visão positiva sobre si mesmo, aceita aspectos da própria personalidade, tem relacionamentos afetuosos, seguros, íntimos e satisfatórios com os outros. E o bem-estar social caracterizado pela capacidade de demonstrar atitudes positivas e aceitação em relação às diferenças individuais, crença de que a sociedade e seus membros são capazes de evoluir positivamente e percepção de que suas atividades são úteis e relevantes para a sociedade (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

Além disso, outros aspectos são importantes para determinar o estado de saúde de um indivíduo, como o aspecto biológico, caracterizado por uma predisposição genética e hereditária do indivíduo para a doença mental, e o aspecto sócio psicológico, caracterizado pela qualidade das relações sociais que o indivíduo desenvolve que podem contribuir tanto para a saúde quanto para a doença mental (Souza & Baptista, 2008). Sendo assim, a saúde mental é composta por diversos aspectos a serem considerados, não apenas a ausência de uma doença

Pesquisas têm mostrado que cuidar de uma criança pequena pode ser uma tarefa especialmente exigente e desafiadora, o que está associado ao estresse e à depressão dos pais (Perren et al., 2005; Williams, 2018). Desse modo, é imprescindível que pais e mães recebam apoio para prevenir sintomas depressivos e facilitar o desempenho das tarefas que a parentalidade exige. Alguns estudos indicam que transtornos mentais, como a depressão, podem influenciar de forma negativa nas práticas parentais na criação de seus

filhos, podendo trazer prejuízos socioemocionais para as crianças (Leiferman, Ollendick, Kunkel & Christie, 2005; Ruzzi-Pereira, 2007).

Tendo em vista que os membros de uma família são interdependentes, e as famílias são estruturadas de forma que os pais desempenham os cuidados com os filhos, um pai ou uma mãe com problemas de saúde mental pode comprometer o funcionamento de todo o sistema familiar, resultando em um convívio familiar desfavorável (Williams & Cheadle, 2015). Para Steel et al., (2014) transtornos mentais comuns como a ansiedade e a depressão são prevalentes em todo o mundo e estão entre problemas comuns durante a gestação e no período de puerpério.

Nesse sentido, a depressão parental, a divisão de tarefas relativas ao cuidado dos filhos, as dificuldades financeiras, os conflitos e as discordância sobre o cuidado dos filhos são algumas das questões que desencadeiam dificuldades para o casal. Desse modo, diversos são os fatores pessoais, relacionais e socioeconômicos que afetam a saúde mental de pais e mães. Por isso, estudos científicos e intervenções se fazem necessários para auxiliar as famílias a enfrentarem os problemas relacionados à saúde mental e o desenvolvimento infantil e familiar (Bandeira et al., 2020)

Diante do exposto percebemos que a saúde mental dos genitores tem impacto no exercício da coparentalidade e pode desencadear consequências para toda a família. Por isso, salienta-se a importância de desenvolver uma boa relação coparental para o bem-estar dos genitores, das crianças e de toda a família. Desse modo, para entender como a saúde mental dos genitores interfere na relação de coparentalidade, a presente pesquisa apoiou-se no modelo ecológico de coparentalidade Feinberg (2003), que sugere que fatores individuais, familiares e extrafamiliares afetam a relação de coparentalidade entre os pais e no modelo de saúde mental positiva proposto por Keyes (2002).

Desse modo, embora existam evidências apontando para a relação entre a coparentalidade e a saúde mental dos pais, não foram encontrados estudos no contexto brasileiro que avaliem a saúde mental dos pais através do modelo de saúde mental positiva neste contexto. Além disso, Fidelis, et al. (2022) compreendem ser de grande relevância novas pesquisas nesta área especialmente no âmbito nacional, devido ao baixo número de publicações no Brasil, em comparação à literatura internacional. Portanto, considera-se que a ciência psicológica, enquanto área de conhecimento e desenvolvimento científico, deve fornecer evidências e suporte necessários a intervenções para compreender e orientar

o sistema familiar e estratégias de intervenção que favoreçam a saúde mental dos pais, bem como o bom relacionamento familiar.

Com vistas a contribuir nesse sentido, pressupondo que as dimensões da saúde mental dos pais influenciam na forma como eles exercem a coparentalidade, este estudo abordará o fenômeno da coparentalidade e da saúde mental positiva em famílias com crianças entre três a onze anos, através da seguinte pergunta:

Quais são as relações entre as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva percebida por pais e mães casados e divorciados em famílias com crianças entre três e onze anos de idade?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as relações entre as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva de pais e mães com filhos entre três a onze anos de idade.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as dimensões da coparentalidade percebida pelos participantes;
- Caracterizar as dimensões da saúde mental positiva percebida pelos participantes;
- Relacionar as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva com as variáveis sociodemográficas;
- Verificar se existem diferenças entre as dimensões da coparentalidade e saúde mental positiva exercida por pais e mães casados e divorciados;
- Verificar a correlação entre as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva.

3. HIPÓTESES

As hipóteses deste estudo são:

Hipótese 1: Os participantes casados terão melhor qualidade no relacionamento coparental em comparação com os participantes divorciados.

Tendo em vista que estudos anteriores mostram que o conflito interparental, nos estudos com famílias divorciadas, é um elemento que exerce influência na coparentalidade (Lamela et al. 2013; Lamela & Figueiredo, 2016).

Hipótese 2: Os participantes com baixos índices de saúde mental também apresentarão pior qualidade no relacionamento coparental.

Tendo em vista que estudos anteriores mostram que sintomas depressivos em pais e mães estão associados à diminuição da percepção de uma relação coparental cooperativa (Williams, 2018; Takeishi, et al., 2021).

Hipótese 3: Os participantes com maiores níveis de escolaridade e socioeconômico também apresentarão melhor qualidade no relacionamento coparental.

Tendo em vista que estudos anteriores mostram que altos níveis educacionais e de status socioeconômico podem estar associados com uma relação coparental mais harmônica (Mangelsdorf et al., 2011).

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Coparentalidade

O termo coparentalidade vem sendo estudado com frequência no contexto familiar e estudos apontam que o uso do termo coparentalidade é recente e parece ter surgido no contexto de famílias divorciadas, pois quando os pais se separam, a relação coparental é a forma que os pais continuam a se relacionar (Lamela et al., 2010; Frizzo, et al., 2005). Feinberg (2003) define coparentalidade como um subsistema que inclui a relação entre os pais ou cuidadores na divisão de deveres e cuidados com os filhos, sem envolver as questões do subsistema conjugal. Isto é, a coparentalidade não inclui os aspectos românticos, sexuais ou emocionais dos relacionamentos adultos que não estão relacionados aos cuidados sobre os filhos, sendo assim, a coparentalidade é como um subsistema autônomo e estruturalmente diferente dos subsistemas conjugal e parental (Feinberg, 2003).

Nesse sentido, cabe diferenciar a coparentalidade, da parentalidade, que é entendida como as atividades realizadas por pais, mães ou seus substitutos, que têm como objetivo garantir a sobrevivência e o desenvolvimento pleno de seus filhos, além de, a partir de um ambiente seguro e da utilização de recursos familiares e comunitários, promover a socialização e autonomia da criança (Paraventi, 2018). Assim, podemos entender que a parentalidade vai além da função biológica, sendo influenciada por fatores individuais e sociais (Gorin et al., 2015).

Apesar de o termo coparentalidade ser frequentemente utilizado no âmbito de famílias divorciadas, ela também está presente em famílias onde os pais são casados, porque, em caso de divórcio, a relação que se construirá no pós-divórcio estará baseada na qualidade do relacionamento estabelecido, enquanto o casal ainda estava junto. Sendo assim, a coparentalidade é construída por uma dupla coparental no momento em que se tornam pais, com o intuito de assumir os cuidados, a educação, a formação e as decisões a respeito da vida de uma criança (Belsky et al., 1995; Frizzo et al., 2005; McHale, 1995).

A relação de coparentalidade cooperativa é caracterizada pelo envolvimento recíproco e coeso da díade coparental na educação e tomada de decisões sobre a vida das crianças. Desse modo, estudos têm mostrado que uma relação coparental saudável, caracterizada por cooperação entre a dupla coparental, apoio mútuo entre os cuidadores,

definição clara dos limites e divisão das tarefas e ausência de conflito coparental, transmitem aos filhos exemplos positivos de apoio entre figuras parentais, regras e padrões consistentes e previsíveis e segurança emocional (McHale, 2007; McConnell & Kerig, 2002).

Embora o estudo da coparentalidade seja realizado, geralmente, com famílias compostas por pais e mães casados e/ou divorciados, cabe destacar que a coparentalidade existe e funciona na ausência de um subsistema conjugal. Nesse sentido, estudos mostram que grande parte das famílias com um, ou mesmo dois dos pais aprisionados apresentam uma forte dependência da família extensa para cuidar dos filhos durante o período que estão na prisão, sendo que mais da metade das crianças com mães encarceradas vivem com os avós, que acabam desempenhando o papel da coparentalidade (Baker, et al., 2010; Goodman & Silverstein, 2002; Mackintosh et al., 2006).

Tendo em vista esta realidade, é compreensível que a relação coparental seja desempenhada por avós e/ou outros cuidadores também, dependendo da realidade de cada família. Embora poucos estudos tenham sido realizados com famílias onde outras pessoas desempenham o papel coparental, sabe-se que o apoio e o envolvimento dos avós nos cuidados de coparentalidade resultaram em um melhor ajustamento nessas famílias (Fuller-Thomson & Minkler, 2000; Goodman & Silverstein, 2002).

Nesse sentido, Baker, et al. (2010) avaliaram a coparentalidade entre mães presas de crianças e as avós maternas que cuidavam das crianças durante sua ausência e os problemas de comportamento das crianças e as interações de coparentalidade após a libertação das mães. Os resultados mostraram que uma maior qualidade do relacionamento coparental durante o encarceramento foi associada a menos problemas de comportamento de externalização da criança e previu interações coparentais mais positivas após a soltura.

Assim, a coparentalidade pode ser entendida como a forma que os pais e/ou cuidadores se apoiam mutuamente no cuidado dos filhos, dividindo tarefas relacionadas ao filho, tomando decisões sobre a criança, bem como apoiando as práticas parentais uns dos outros (Feinberg, 2003). Dessa forma, entende-se que a coparentalidade desempenha um papel importante no contexto familiar. Bowen (1978) baseado na teoria da dinâmica familiar, enfatiza que os membros de uma família são interdependentes, e que a coparentalidade funciona como um preditor de problemas internalizantes dos pais e é um

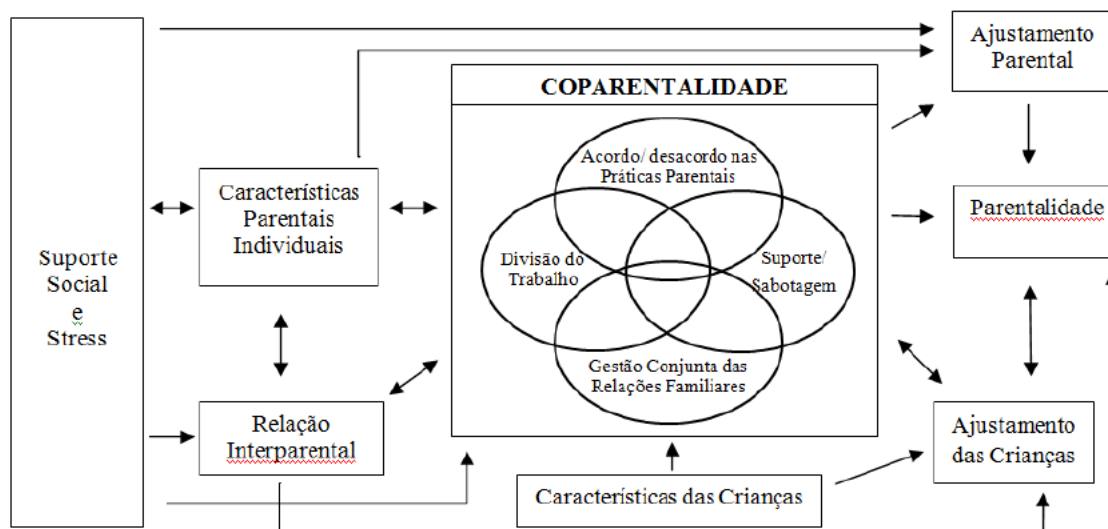
importante preditor de parentalidade, ajustamento parental e do desenvolvimento dos filhos (Feinberg et al., 2007).

Margolin, Gordis e John (2001) classificaram a coparentalidade em três dimensões: triangulação, cooperação e conflito. A triangulação é definida como o envolvimento dos filhos no conflito coparental, através da aliança com um dos pais, em oposição ao outro. A cooperação, dimensão positiva da coparentalidade, está relacionada ao exercício de apoio, valorização e respeito mútuo entre os cuidadores em relação aos cuidados com os filhos. O conflito coparental acontece quando há desacordo em relação às questões da parentalidade e educação. Os cuidadores apresentam desunião, críticas ao companheiro e sabotagem. Essas três diferentes dimensões da coparentalidade permitem avaliar a coparentalidade em seus aspectos positivos e negativos.

Feinberg (2003) em uma perspectiva sistêmica, propôs o Modelo Ecológico da Coparentalidade, no qual o presente trabalho está baseado. O autor entende que existe uma influência mútua entre fatores individuais dos pais, fatores familiares e extrafamiliares com a coparentalidade, já que esta não só é influenciada por estes três aspectos, mas também influencia os comportamentos resultantes destes. Através dessa influência, a coparentalidade pode funcionar como mediador entre os fatores de risco e os comportamentos familiares (Böing, 2014). O modelo ecológico da coparentalidade apresenta um modelo de estrutura interna, no qual a coparentalidade assume papel central, conforme mostra a *Figura 1*.

Figura 1

Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade, de Feinberg (2003), traduzido por Böing (2014)



Os componentes da coparentalidade, que a definem e influenciam, são considerados como um conjunto inserido em um contexto ecológico interagindo recursivamente com fatores individuais dos pais, como, atitudes e saúde física e mental; familiares, como a relação da díade parental e extrafamiliares, como fatores de estresse e de suporte social (Böing, 2014). O modelo apresenta a coparentalidade relacionada a quatro principais componentes: 1) concordância ou discordância quanto a aspectos relativos aos cuidados e educação da criança; 2) divisão de trabalho relacionado à criança; 3) apoio (ou falta de) ao papel coparental; e 4) manejo conjunto das interações familiares, sendo estes componentes associados em alguns aspectos e distintos em outros.

O primeiro componente do modelo de Feinberg (2003), concordância nos cuidados das crianças, está relacionada ao grau em que as figuras parentais concordam em assuntos relacionados à criança, como: valores morais, disciplina e expectativas de comportamento, necessidades emocionais da criança, padrões e prioridades educativas, segurança e relação com pares. Para Feinberg (2003), esse componente é uma dimensão única em que concordância e discordância ocupam posições opostas em uma escala bipolar. Discordância referente aos cuidados dos filhos não conduz necessariamente a resultados familiares negativos. Duplas coparentais que "concordam em discordarem" podem negociar suas discordâncias, concordando em manter bons níveis de apoio coparental. Mas quando a discordância é predominante, pode ocorrer o enfraquecimento da unidade coparental, expressa através de estratégias de cuidados descoordenadas, críticas, falta de apoio mútuo e conflito interparental hostil (Frizzo et al., 2005).

A divisão de trabalho relacionado à criança refere-se à divisão das tarefas e responsabilidades da rotina diária que envolve atribuições domésticas e os cuidados financeiros, médicos e legais para com a criança. O ponto central para este domínio seria o quanto a dupla coparental está satisfeita com o processo de negociação das responsabilidades e com a divisão do trabalho. A satisfação resulta de quanto a divisão do trabalho atende às expectativas e crenças parentais acerca das contribuições de cada um para os cuidados da criança. A flexibilidade ou a rigidez são aspectos importantes de como os pais lidam com a divisão de trabalho, sendo que uma estrutura equilibrada e flexível do funcionamento familiar tende a facilitar o processo. (Feinberg, 2003; Frizzo et al., 2005).

O terceiro componente do modelo de Feinberg (2003), o apoio ao papel coparental, está relacionado à quanto cada indivíduo se apoia mutuamente em aspectos relacionados aos filhos. Engloba a confirmação da competência parental do parceiro, reconhecimento e respeito às suas contribuições e a sustentação das decisões e autoridade do outro. A contrapartida negativa do apoio coparental é a falta de apoio, caracterizada pela depreciação do parceiro por meio de críticas, enfraquecimento ou culpa. Exemplo disso são casais que fazem uso da competitividade em que o ganho por autoridade ou afeto da criança implica em perda para o outro. Considera-se esta dimensão como uma forma particular de apoio social que, como tal, exerce efeitos positivos importantes sobre a família. (Frizzo et al., 2005).

O manejo conjunto das interações familiares é o último componente do modelo de Feinberg (2003) e está relacionado à responsabilidade dos pais, que pode se estender em três direções. Primeiro, os pais são responsáveis pelo controle de seu comportamento e comunicação social. Alguns comportamentos interparentais como a hostilidade e a violência, podem afetar a parentalidade e seus filhos. Segundo, os comportamentos e atitudes dos pais estabelecem fronteiras na relação, engajando ou excluindo outros membros da família da relação interparental. Por exemplo, num contexto de hostilidade parental, os pais podem utilizar os filhos para atacarem um ao outro e isso pode fazer com que a criança se sinta na obrigação de “escolher um lado”. Por último, mesmo na ausência de conflitos, os pais variam na forma com que contribuem de maneira balanceada para as interações familiares. Sendo assim, os pais podem negociar um equilíbrio em termos de seu envolvimento nas relações com os filhos. (Frizzo et al., 2005).

Dessa forma, o Modelo Ecológico da Coparentalidade proposto por Feinberg (2003) sugere que fatores individuais, familiares e extrafamiliares afetam a relação de coparentalidade entre os pais. O modelo ecológico também sugere que os pais podem manifestar sintomas depressivos afastando-se dos membros da família, apresentando comportamento raivoso, de desinteresse, reclamações persistentes, que acabam levando à incapacidade do casal de reconciliar diferenças na criação dos filhos, aumentando o conflito e angústia entre os parceiros e abalo na qualidade da relação conjugal. Sendo assim o modelo ecológico possibilita compreender que a saúde mental dos pais de forma individual, afeta a relação de coparentalidade (Feinberg, 2003).

4.2 Ciclo de vida familiar

Atualmente, a família tem passado por diversos processos de transformação, sendo notável a variedade das relações familiares atuais. Assim, a família tem se apresentado de uma maneira cada vez menos uniforme e mais complexa, com diversas conjunturas relacionais. Até meados do século XIX, a dita “família burguesa” era composta por basicamente três figuras: pai, mãe e filhos. Neste modelo seguia-se uma hierarquia, onde o pai era quem mandava em toda dinâmica familiar, e era responsável pelo sustento financeiro, já a mãe e os filhos tornavam-se submissos a esse pai, obedecendo-o sem questionamentos (Fraenkel & Capstick, 2016; Walsh, 2016)

Atualmente, esse perfil de “família burguesa” vem diminuindo e abrindo espaço para novas configurações familiares. Gracia e Musito (2000) mencionam vários tipos de famílias, tais como: famílias divorciadas, recasadas, adotivas, monoparentais, homossexuais, chefiadas por homens ou mulheres, produções independentes, entre outras configurações. Salienta-se que a forma como se usa as palavras, tem implicação na concepção que temos sobre o que é família. No presente estudo, iremos utilizar o termo “famílias” considerando sua pluralidade e diversidade, embasado na perspectiva sistêmica para a compreensão das famílias.

Na década de 1950, no mundo ocidental o núcleo familiar era constituído pelo casal e um grande número de filhos e, geralmente, todos se submetiam economicamente ao pai. Já no começo dos anos 1960 os casais passam a ter menos filhos (Monteiro, 1998). Essas mudanças aconteceram devido à inserção social cada vez maior da mulher no espaço público, através do trabalho, alcançado pela luta da igualdade de direitos aos homens.

De acordo com a teoria sistêmica, o funcionamento do sistema familiar pode ser pensado considerando a interrelação entre os subsistemas que o caracterizam. Os integrantes da família distribuem-se nesses diferentes níveis, de forma que um mesmo membro pode ocupar mais de um subsistema, em que ingressam em múltiplas relações (Minuchin, 1982) As regras que definem a delimitação destes subsistemas e o padrão de relacionamento entre seus integrantes são definidas como fronteiras. O funcionamento saudável da família requer que as fronteiras dos subsistemas sejam claras (Minuchin, 1982).

É no contexto familiar que se desenvolve o subsistema parental, geralmente, constituído pelos pais (pai e mãe), que têm funções de educar e proteger as gerações mais novas, ou seja, ou filhos. É a partir das interações pais-filhos que as crianças aprendem a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais, a forma de negociar, de lidar com os conflitos ao longo da vida e desenvolvem o sentimento de pertença familiar (Minuchin, 1982). Assim, é no núcleo familiar que ocorre o desenvolvimento primário de seus integrantes, sendo um sistema complexo que funciona em constante relação com o contexto histórico e sociocultural que a envolve (Walsh, 2016).

Hoje em dia, grande parte das famílias tem maior controle sobre as opções e o momento mais adequado para o casamento e para ter filhos, e isso se deve ao controle da natalidade, aos avanços da medicina que aumentaram a expectativa de vida e ao desejo de realizar outros planos antes de ingressar na parentalidade (Fidelis, Falcke & Mosmann, 2017). Além disso, observa-se mudanças na relação da mulher com a maternidade, o que faz com que o número de mulheres que adiam ou a optam por não ter filhos venha crescendo (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Park, 2005). Isso está associado às conquistas feministas, a entrada da mulher no mercado de trabalho, o acesso aos estudos e a evolução social que aumentou a consciência crítica sobre os direitos da mulher de ser respeitada e que foram fundamentais para proporcionarem mudanças na relação entre a maternidade e a mulher. Essas mudanças possibilitam novos modelos de famílias como: casais que não querem ter filhos e mulheres que optaram pela não maternidade (Maher & Saugeres, 2007).

Estudar a família a partir estágios do Ciclo de Vida Familiar nos auxilia a descrever os processos esperados do desenvolvimento humano, incluindo processos críticos que demandam transformações pessoais e no sistema relacional. Carter e McGoldrick (1995) destacam os estágios do Ciclo de Vida Familiar. Os autores

desenvolveram uma divisão didática do desenvolvimento familiar, composta por seis estágios: 1) Saindo de casa: jovens solteiros, 2) A união de famílias no casamento: o novo casal, 3) Famílias com filho pequeno, 4) Famílias com adolescentes, 5) Lançando os filhos e seguindo em frente e 6) Famílias no estágio tardio da vida. Nesses estágios pelos quais as famílias se desenvolvem, há uma sequência de eventos que ocorrem com o passar do tempo, Carter e McGoldrick (1995) consideram que alguns episódios são considerados esperados ou “normativos”, e outros imprevisíveis ou “não normativos”. A partir deste entendimento advindo do ciclo vital da família, constata-se que há uma alteração intuitiva nos casais e famílias, adequando-se ao momento específico que estão vivendo (Prati & Koller, 2011).

O início da vida adulta é caracterizado por conciliar sua família de origem com a entrada no mundo adulto do trabalho e dos relacionamentos. Nesta etapa, quanto mais os jovens adultos se diferenciarem de forma adequada da família de origem, menos estressores os acompanharão no seu novo ciclo da vida familiar. Nesta etapa o jovem pode escolher emocionalmente o que levará consigo da família de origem, o que deixará para trás e o que irá criar para si mesmo. Assim, nesta fase ocorre uma diferenciação com relação à família de origem, tanto emocional quanto financeira, bem como o desenvolvimento de um relacionamento em caráter mais igualitário com outros adultos (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

No segundo estágio, quando há uma união entre duas famílias através do casamento, que é caracterizado pelo aumento da distância entre os membros da família de origem e a ênfase na nova família. Este momento vai além da união de dois indivíduos, pois esta etapa representa uma mudança de dois sistemas inteiros, bem como uma sobreposição de sistemas para desenvolver um terceiro sistema. Assim, nesta fase é preciso entender os padrões relacionais que cada indivíduo leva para o relacionamento, com o intuito de criar um realinhamento de expectativas. (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

No terceiro estágio, com filhos pequenos, ocorre a transição para a parentalidade, transformando a família num trio, o que faz dela um sistema permanente pela primeira vez. A mudança para este estágio requer que os adultos agora avancem uma geração e se tornem cuidadores da geração mais nova. Os problemas surgem neste estágio quando os adultos tem dificuldades em fazer esta mudança, não conseguem dividir quem vai assumir as responsabilidades e a incapacidade de se comportarem como pais de seus filhos. Assim,

nesta fase é preciso entender a divisão de tarefas entre os pais e outros membros cuidadores, como os avós (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016). Cabe destacar que a presente pesquisa ocorreu com famílias neste estágio do ciclo de vida familiar, com filhos pequenos.

No quarto estágio, com a chegada dos filhos na adolescência, marca uma nova época, pois os adolescentes iniciam sua transição para os papéis e responsabilidades da vida adulta e os pais também precisam responder à essas mudanças nas necessidades cognitivas, emocionais, físicas e sociais. Nesta fase as famílias precisam estabelecer limites qualitativamente diferentes das famílias com filhos pequenos, ao mesmo tempo precisam manter laços de confiança e comunicação aberta de forma que os adolescentes possam recorrer a eles para receber apoio e senso de segurança. Assim, esta fase é caracterizada pela flexibilidade no sistema familiar que permita maior grau de autonomia dos filhos (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

No quinto estágio, quando os filhos saem de casa para formar uma nova família, o subsistema conjugal passa para uma nova fase e precisa se reorganizar, o casal passa por uma fase de reestruturação, o que pode ser considerado um momento de grande desafio, pois os pais precisam fazer uma retomada e reorientar sua atenção e vínculos. Assim, o aspecto mais significativo desta fase é que ela é marcada pelo maior número de saídas e entradas de membros na família. A saída dos filhos crescidos e a entrada de seus cônjuges e filhos (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

Por fim, no último estágio, o estágio tardio da vida, aqui ocorrem ajustamentos à aposentadoria e a outras questões como lidar com as perdas, com o declínio físico, com o deslocamento para um papel mais periférico na família e ainda discutir questões relacionadas ao sentido de vida e interesses em comum. Assim, o aspecto mais significativo desta fase é a possível perda de um cônjuge, considerado como o ajustamento mais difícil, que exige reorganizar toda uma vida sozinho, e ainda, ter menos relacionamentos para ajudar a lidar com o que foi perdido (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016).

Em relação ao divórcio, ele é visto como uma interrupção ou deslocamento comum do ciclo vital da família tradicional, considerando o elevado número de divórcios nos últimos tempos e sua alta incidência em famílias contemporâneas. No Brasil, conforme dados do IBGE (2021), o número de divórcios atingiu recorde de 386,8 mil em

2021. Isto representa um alta de 16,8% frente ao número de divórcios de 2020 (uma diferença de 55,6 mil divórcios), a maior variação em relação ao ano anterior desde 2011. Assim, o divórcio é caracterizado por produzir um desequilíbrio profundo, com ganhos e perdas na afiliação dos membros da família. (McGoldrick & Shibusawa, 2016).

Carter e Mcgoldrick (1995) consideram que o grau em que a família será afetada pelo divórcio dependerá do estágio do ciclo de vida familiar em que ela se encontra, pois o rompimento da família pode gerar conflitos e desequilíbrio nas pessoas envolvidas, bem como deixar marcas nas etapas seguintes do ciclo familiar e afetar os membros da família ampliada. Para Carter e Mcgoldrick (1995), a família em situação de divórcio precisa de uma readequação de contextos sociais, emocionais e econômicos dos envolvidos, que varia de acordo com o estágio familiar em que se encontra. A cada etapa do ciclo de vida apresenta distintos estressores que podem contribuir para um pedido de divórcio quando os cônjuges não conseguem lidar com eles.

O divórcio em casais sem filhos pode gerar menor ruptura, pois nessa fase da vida, menos pessoas estão envolvidas com a família e menos laços sociais como casal foram estabelecidos. Desse modo, adaptar-se à um divórcio sem filhos, pode ser mais fácil, pois o ex-casal, apenas dissolvem sua unidade familiar. A independência financeira, as questões profissionais e as tarefas de socialização também são mais fáceis, especialmente na atualidade, onde, em geral, cada membro da família possui sua carreira profissional independente (Carter & McGoldrick, 1995).

Já os casais com filhos, podem terminar o subsistema conjugal, mas continuam a ser pais dos seus filhos para sempre, os quais também permanecem conectados às duas famílias de origem. A literatura aponta que grande parte das dissoluções de casamentos ocorre em famílias com filhos menores de idade (McGoldrick & Shibusawa, 2016). Essa informação pode estar relacionada com o fato de que o nascimento de um filho pode impactar diretamente na conjugalidade, pois não será mais apenas o casal, existe também uma criança fazendo parte da família. Muitos divórcios acontecem quando a parentalidade suprime a conjugalidade e o casal deixa de vivenciar a intimidade e o foco passa a ser nos cuidados da criança (Carter & Mcgoldrick, 1995).

Nesse sentido, casais com filhos pequenos além de lidar com as próprias questões emocionais que o divórcio exige, também precisam ficar atentos aos impactos que o divórcio causa nos filhos. Estudos mostram que os filhos podem apresentar dificuldades

diante das mudanças do divórcio. Algumas dificuldades são a perda ou redução de disponibilidade de um dos pais, a mudança no padrão socioeconômico da família, a mudança de residência, escola, amizades e o novo relacionamento amoroso de um dos pais, ou dos dois pais (Greene et al., 2016; Johnson, et al., 2001; Scherzer, et al., 2018).

Por fim, embora o divórcio dos pais tenha efeitos variados sobre os filhos, a forma como os pais lidam com a situação, influencia nestes efeitos. Estudos feitos com famílias que se divorciaram quando tinham filhos pequenos mostram que os filhos estavam mais propensos a ter problemas psicológicos quando os pais apresentavam uma relação conflituosa. Assim, os problemas podem estar relacionados ao conflito e não ao divórcio em si, pois em qualquer momento da vida do casal, antes, durante ou após o divórcio, os conflitos causam impacto na vida dos filhos. Ao passo que, quando membros de famílias divorciadas demonstram cordialidade, harmonia e coesão uns com os outros, os impactos no ajustamento das crianças diminuem (Greene et al., 2016; Johnson, et al., 2001; Roizblatt, et al., 2018).

4.3 Saúde Mental Positiva

Os primeiros estudos sobre saúde mental a consideravam como sinônimo de ausência de doença mental, isto é, entendia-se a saúde como certa oposição de doença mental (Alcântara, et al., 2022). Essas duas categorias foram sendo constituídas discursivamente, ao longo do tempo, em suas dimensões culturais, sociais, políticas e econômicas. Neste modelo, as pessoas eram divididas em mentalmente doentes ou mentalmente saudáveis (Keyes, 2005).

Várias críticas e rejeição a esse modelo bipolar no contexto da saúde mental foram surgindo, com o argumento de que a ausência de transtorno constituía um critério insuficiente para a saúde mental. Com o avanço dos estudos e pesquisas sobre a saúde mental, muitas coisas foram mudando e dentre elas a maneira de se olhar para a saúde como mera ausência de doença. Os estudos por parte da psicologia e da psiquiatria têm se concentrado principalmente na redução dos sintomas da doença mental ou da psicopatologia, a fim de melhorar a saúde mental (Alcântara, et al., 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental não é caracterizada apenas como ausência de doença, mas também como "um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza seu próprio potencial, consegue enfrentar os estresses normais de vida e pode dar uma contribuição para a sua comunidade" (WHO 2005, p.12). Nesse sentido, os primeiros estudos relacionados à saúde mental positiva foram realizados pela psicóloga austríaca Marie Jahoda (1958) em seu livro intitulado "*Current Concepts of Positive Mental Health*". A autora identificou seis componentes na saúde mental positiva em uma revisão da literatura sobre teoria da personalidade e psicologia clínica disponível na época, são eles: autoaceitação, crescimento pessoal ou autorrealização, integração do eu, autonomia, percepção preservada da realidade e domínio ambiental (Keyes, 2006). Posteriormente, Gurin et al. (1960) publicaram um relatório sobre a saúde mental dos cidadãos dos Estados Unidos ("*Americans view their mental health*"), no qual utilizaram indicadores de felicidade e satisfação com domínios da vida, como o trabalho, a família e o lazer (Machado & Bandeira, 2015).

Partindo do pressuposto que a saúde mental apresenta componentes positivos, Keyes (2002) desenvolveu um modelo de saúde mental positiva. Em seu modelo, o autor aborda três aspectos da saúde mental que se inter-relacionam, são eles: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. O bem-estar emocional é caracterizado por um conjunto de fenômenos, incluindo respostas emocionais, domínios de satisfação com a vida (família, trabalho, lazer, etc.) e julgamentos globais sobre satisfação com a vida. O bem-estar emocional engloba três componentes: satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo. Dessa forma, uma pessoa com altos índices de bem-estar emocional está satisfeita com sua vida como um todo, frequentemente desfruta de afeto positivo e raramente de afeto negativo (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

O bem-estar psicológico é caracterizado pelo desenvolvimento de potencialidades individuais, onde o indivíduo possui visão positiva em relação a si mesmo e aceita aspectos da própria personalidade; tem relacionamentos afetuosos, seguros, íntimos e satisfatórios com os outros (relações positivas com os outros); é autodeterminado e independente; tem autonomia; tem um sentido de domínio e competência na gestão do meio ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais; tem metas e objetivos de vida (propósito na vida); e ter um sentimento de desenvolvimento contínuo e abertura a novas experiências (crescimento pessoal) (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

Por último, o bem-estar social é caracterizado pela capacidade de demonstrar atitudes positivas e aceitação em relação às diferenças individuais (aceitação social); crença de que a sociedade e seus membros são capazes de evoluir positivamente (atualização social); percepção de que suas atividades são úteis e relevantes para a sociedade (contribuição social); preocupação e interesse pela sociedade e outras pessoas (coerência social); e sentimento de aceitação e apoio por uma comunidade (integração social) (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

A partir deste modelo, podemos entender a saúde mental, além da ausência de doenças, como um funcionamento caracterizado por sentimentos positivos e funcionamento saudável da vida e das relações sociais que são medidos pelo bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Assim, pessoas que apresentam um alto índice de saúde mental positiva, são pessoas caracterizadas pela ausência de transtornos mentais, como depressão, e repletas de altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social. Ao passo que pessoas que apresentam um baixo índice de saúde mental positiva apresentam um estado de vazio no qual os indivíduos são desprovidos de bem-estar emocional, psicológico e social, mas não são doentes mentais (Keyes, 2006).

Além disso, conforme o modelo de saúde mental positiva, para o desenvolvimento das capacidades humanas é de grande importância o esforço conjunto para permitir que os indivíduos desenvolvam suas capacidades, como propósito na vida, integração social, crescimento pessoal, contribuição social e autonomia (Keyes, 2006). Desse modo, o aumento do bem-estar subjetivo tem sido associado a bens pessoais e sociais mais elevados como: maiores lucros nos negócios, maior produtividade do trabalhador, maior proteção contra a mortalidade, hábitos mais saudáveis, melhor funcionamento do sistema cognitivo e imunológico, aumento dos níveis socioeconômicos e maior responsabilidade cívica e envolvimento na comunidade (Keyes, 2006).

Desse modo, a saúde mental positiva desempenha uma grande influência para um estilo de vida mais saudável, menos limitações na vida diária, maior produtividade e habilidades acadêmicas, relações sociais mais saudáveis e melhor qualidade de vida (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Por isso, podemos entender que o foco na avaliação da saúde mental positiva marca uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção da saúde e prevenção da doença. Além de serem

valorizadas condições individuais, sociais e ambientais que favoreçam o desenvolvimento psicológico e biológico saudáveis (Fonte, et al., 2017).

Assim, a utilização do modelo de saúde mental positiva proposta por Keyes (2002) está de acordo com os principais componentes da definição de saúde mental formulada pela Organização Mundial de Saúde, nomeadamente, sensação de bem-estar, funcionamento eficaz do indivíduo e funcionamento eficaz dentro de uma comunidade. Sendo que o funcionamento eficaz se refere à capacidade de um indivíduo de utilizar plenamente suas habilidades e competências para satisfazer suas necessidades, objetivos e valores pessoais e interpessoais (Machado & Bandeira, 2015).

A avaliação dos aspetos positivos da saúde mental do ser humano constitui-se como um recurso determinante para a promoção da saúde das pessoas, focando em aspectos positivos da saúde, em detrimento de um modelo centrado na doença (Barry, 2009). A saúde mental positiva pode ser entendida como sentir-se bem ou como uma capacidade para perceber, compreender e interpretar o ambiente para se adaptar e modificá-lo, se necessário. Para Sequeira et al. (2014) a saúde mental pode ser influenciada pelas interações sociais, fatores físicos, biológicos, ambientais, psicológicos, espirituais, entre outros. Isto é, a saúde mental é de grande importância para que os indivíduos desenvolvam seus relacionamentos sociais, familiares de forma saudável.

4.4 Relação entre saúde mental e coparentalidade

Mesmo quando os pais apresentam formas eficazes de desempenhar os cuidados com os filhos e conseguem exercer uma boa coparentalidade, a experiência de educar os filhos pode produzir estressores e demandas que podem ser desafiadoras para muitos pais, levando assim a um aumento do sofrimento psíquico e problemas de saúde. Por isso a saúde mental dos pais pode interferir na forma como eles desempenham a parentalidade, como se relacionam com o cônjuge, como desempenham a coparentalidade, podendo essa interferência ser positiva ou negativa (Feinberg, 2003; Nomaguchi, 2012).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da saúde mental de ambos os pais no exercício da coparentalidade, pois cuidar de filhos pequenos é uma tarefa exigente e desafiadora, que está associada ao estresse parental (Cabrera et al., 2009; Frizzo et al., 2019; Williams, 2018). Diversos estudos têm mostrado associações entre a relação de coparentalidade e doença mental, indicando que uma melhor coparentalidade pode levar

a uma diminuição dos sintomas depressivos e que a saúde mental dos pais está significativamente relacionada à qualidade da coparentalidade (Ju, Liang, & Bian, 2021; Turney e Hardie, 2020; Cheung & Theule, 2019; Neece & Baker, 2008). Desse modo, entende-se que a doença mental é uma condição de saúde mental em nível individual que pode prejudicar todo o sistema familiar.

A depressão, por exemplo, pode se manifestar através do afastamento de relacionamentos sociais, incluindo relacionamentos conjugais e com os filhos, e pode dificultar responsabilidades como comparecer ao trabalho ou se concentrar em tarefas. Desse modo, os indivíduos que sofrem de depressão podem experimentar consequências negativas e, para os familiares ligados a esses indivíduos, a depressão pode ser entendida como um evento estressor (Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman, 2000). Assim, os sintomas depressivos de um indivíduo podem impactar no funcionamento familiar como um todo. Tissot et al., (2016) apontam que os sintomas depressivos dos pais têm se associado à diminuição das percepções de coparentalidade bem como a tendência de dificuldade na expressão de apoio coparental, que podem resultar em conflitos entre os genitores. Assim, uma forma da pela qual a depressão pode desestabilizar o funcionamento familiar é interferindo no apoio coparental.

Estudos têm destacado que os problemas de saúde mental de um dos pais podem afetar negativamente a visão do parceiro sobre o relacionamento conjugal bem como a forma como percebe e desenvolve a relação de coparentalidade. Dentre os problemas de saúde mental, a fragilidade emocional provocada pela depressão tende a afetar negativamente nos cuidados parentais e a relação coparental. Como consequência, isso pode levar a visões menos favoráveis do outro parceiro no que diz respeito à relação de coparentalidade (Du Rocher Schudlich, 2011; Williams & Cheadle, 2015)

Um estudo feito por com famílias onde mães foram diagnosticadas com depressão pós-parto, demonstrou que quanto mais deprimida a mãe está, menos os pais apresentam apoio coparental ao realizar uma atividade referente ao filho. Mães com sintomas depressivos apresentaram dificuldade em apoiar o seu parceiro e essa situação pode colocar muita pressão sobre o pai, aumentando o risco dele também se sentir sobrecarregado pelas responsabilidades familiares e gerar conflitos entre os pais. Por isso, salienta-se que o apoio na relação coparental é um processo mútuo e que ambos os genitores precisam de apoio para apoiar seu parceiro em troca (Tissot et al., 2016).

Frizzo et al. (2019) também investigaram a coparentalidade em famílias cujas mães apresentaram depressão pós-parto. O estudo feito na região sul do Brasil revelou que sintomas de depressão pós-parto como a irritabilidade e o cansaço associaram-se à coparentalidade, principalmente por meio de relatos de pouco apoio e depreciação coparental, bem como de fragilidades na comunicação e no relacionamento da tríade mãe-pai-bebê. Salienta-se que os sintomas de depressão pós-parto das genitoras não afetam somente as mães, mas também influenciam na qualidade das relações familiares de um modo geral.

A depressão parental está associada às percepções da relação de coparentalidade entre os genitores, sendo que essas associações parecem perdurar com o passar do tempo (Williams, 2018). Destaca-se que sintomas depressivos dos pais impactam de forma negativa não apenas em suas próprias percepções de coparentalidade, mas também nas percepções do outro genitor sobre o relacionamento de coparentalidade. O estudo de Weber, et al. (2021) feito com famílias divorciadas destacou que a divisão das responsabilidades relacionadas aos filhos não funciona de maneira satisfatória e equilibrada no pós-divórcio e que isso pode ser influenciado pelos sentimentos de sobrecarga com as atividades relacionadas aos filhos e estresse.

Estudos também mostram que o conflito e o enfraquecimento da coparentalidade estão relacionados a níveis mais altos de depressão dos pais e que baixos níveis de aliança coparental aumentam o estresse parental (Morrill et al., 2010; Solmeyer & Feinberg, 2011). Quanto maiores os níveis de ansiedade e tensão maternos referentes ao seu relacionamento coparental, é mais provável que ela use estratégias parentais ineficazes, o que pode aumentar o conflito coparental, enfraquecimento a relação coparental (Hock & Mooradian, 2013). Desse modo, podemos entender que a saúde mental individual é influenciada pelos relacionamentos familiares.

Estudos feitos com mães apontam que a saúde mental materna, é um preditor das habilidades parentais, da coparentalidade e do bem-estar da criança e tende a piorar com o tempo devido ao acúmulo de estressores associados a brigas conjugais e dificuldades econômicas, o que pode aumentar os sintomas depressivos. Ao passo que, a satisfação com a vida materna, que é considerada um componente central da saúde mental das mães, coincide com o bem-estar da família e da criança e é a base para comportamentos parentais de alta qualidade e relacionamento coparental saudável (Richter et al., 2018).

Nesse sentido, estudos mostram que a coparentalidade exercida de forma positiva está associada a resultados positivos para os pais, como maior satisfação conjugal e percepções de apoio dos pais, bem como diminuição do estresse, práticas parentais negativas e discussões sobre práticas parentais. Assim como o apoio na forma como os pais desempenham a coparentalidade está relacionado a níveis mais baixos de depressão dos pais (Feinberg, 2003; McBride & Ringo Ho, 2004), a coparentalidade cooperativa tem sido associada ao bem-estar social, emocional e psicológico dos pais (Hock & Mooradian, 2013) e o suporte coparental, o apoio do pai em sua parentalidade fornece às mães um senso de competência e ajustamento positivo (Feinberg, 2003). Assim, o apoio coparental está associado a menos estresse parental e sofrimento materno.

Estudos também apontam que a coparentalidade desempenhada de forma positiva está associada a um relacionamento conjugal baseado no apoio e a resultados positivos para os pais, como maior satisfação conjugal e percepções de apoio dos pais, bem como diminuição dos níveis de estresse e práticas parentais negativas (Fidelis, et al., 2022). Assim como a coparentalidade positiva está associada a resultados positivos para as crianças, como maior controle do esforço e menos sintomas de internalização (ansiedade e depressão) e externalização (agressividade e mau comportamento) (Hock & Mooradian, 2013; Richter et al., 2018).

Por fim, através de pesquisas anteriores podemos entender que conforme a coparentalidade for desempenhada de forma saudável e com apoio coparental, menores são os declínios em saúde mental para os membros familiares ao passo que falta de apoio coparental e coparentalidade conflituosa são associados a mais sintomas de depressão dos pais e menor satisfação com a vida. Esses resultados demonstram uma necessidade de intervenção com ambos os pais em famílias para promover o comportamento parental positivo e melhorar as relações coparentais. Assim, com base em pesquisas anteriores, o a presente pesquisa visa ampliar os estudos sobre as relações entre coparentalidade e saúde mental de pais e mães.

5. MÉTODO

5.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa se deu através de um delineamento quantitativo, ao buscar traduzir em valores numéricos as informações levantadas (Creswell, 2010; Sampieri et al., 2006). Caracteriza-se, ainda, quanto à temporalidade, como uma pesquisa transversal, descritiva e correlacional, já que buscou revelar dados sobre elementos da realidade e estabeleceu relações entre os fenômenos de interesse dentro de um recorte determinado de tempo (Shaughnessy et al., 2012).

Este estudo está inserido em um contexto de pesquisa mais amplo realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI) em conjunto com o Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC). O projeto de pesquisa guarda-chuva no qual este trabalho está inserido é denominado “Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional Infantil II” e parte de pressupostos teórico-metodológicos que consideram o sistema familiar como contexto primário de desenvolvimento de seus indivíduos e multideterminado pelo envelope social, cultural e histórico no qual se insere. Nesses termos, o projeto guarda-chuva apresenta como objetivo geral investigar as repercussões da parentalidade, bem como de variáveis que a influenciam (coparentalidade, mediação parental, intergeracionalidade das práticas parentais, rede de apoio social, rede social significativa, saúde mental dos pais, temperamento infantil e variáveis sociodemográficas da família) no desenvolvimento socioemocional de crianças com desenvolvimento típico e atípico em diversas configurações familiares, contando com a colaboração de professores e estudantes de pós-graduação de dois núcleos de pesquisas da UFSC (NEPeDI e LABSFAC), que estão inseridos na Área de Pesquisa de Saúde e Desenvolvimento Psicológico do Programa de Pós-Graduação de Psicologia.

5.2 Caracterização do campo de pesquisa

A etapa da coleta de dados desta pesquisa estava prevista para ser realizada de forma presencial com os participantes nas dependências do NEPeDI na UFSC, contemplando o contexto geográfico e cultural da Grande Florianópolis - Santa Catarina.

Com a chegada da pandemia da COVID-19, a presente pesquisa foi reorganizada para ser realizada de forma *online*. Sendo assim, este estudo caracteriza-se por ser realizado de forma *online* através de uma amostragem “bola de neve” o que caracteriza uma amostra não-probabilística e sujeita a ser não-representativa da população (Shaughnessy et al., 2012). Dessa forma, a amostra dos participantes da presente pesquisa contemplou as cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul).

5.3 Participantes

Participaram da presente pesquisa 400 mães e 102 pais, totalizando 502 participantes, todos com pelo menos 18 anos de idade, e que tinham pelo menos um filho entre 3 e 11 anos. Os participantes precisavam ter acesso à internet e responder os instrumentos, de forma online, o que exigia alfabetização de, no mínimo, ensino fundamental. Para atender os objetivos deste estudo, os participantes foram divididos em dois grupos por tipo de configuração familiar. O grupo de participantes de famílias casadas relataram serem casados ou coabitarem com o outro responsável legal da criança e o grupo de participantes de famílias divorciadas relataram não coabitar com o outro responsável legal da criança por divórcio ou separação informal.

Para responder os questionários, os participantes foram instruídos a pensar no(a) seu filho(a) focal¹. A faixa etária escolhida dos filhos se justifica pela hipótese teórica de que as características da criança ao longo de seu desenvolvimento influenciam recursivamente as atividades parentais e seus pré-requisitos (Belsky & Jaffee, 2006; Hoghughi, 2004), o que torna relevante que a amostra de participantes seja diversificada em termos de estágios de desenvolvimento infantil.

Foram incluídos os participantes que atendiam aos seguintes critérios: (a) ser pai ou mãe, casado ou divorciado, de pelo menos um filho ou filha com idade entre 3 e 11 anos com desenvolvimento típico ou atípico; (b) ter tido a criança focal após seus 18 anos de idade; (c) residir em território brasileiro; (d) coabitar há pelo menos seis meses no caso

¹No caso de ter mais de um filho na faixa etária selecionada para o estudo, foi solicitado que o participante pensasse em um deles para responder o questionário. Portanto, criança focal é o termo utilizado para designar o filho escolhido.

dos respondentes casados e (e) estar divorciado há pelo menos 6 meses e exercer a coparentalidade no caso dos respondentes divorciados.

5.4 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de três instrumentos, são eles: questionário sociodemográfico, a Escala de Relação Coparental e a Escala de Saúde Mental Positiva.

1) Questionário Sociodemográfico (QS): este instrumento foi desenvolvido em colaboração pela equipe de pesquisadores do NEPeDI e LABSFAC, o QS teve como objetivo coletar informações relevantes acerca de cada participante que possam contribuir para a compreensão das relações entre os fenômenos propostos. Trata-se de um questionário com perguntas abertas e de múltipla escolha a respeito de dados pessoais (idade, raça, escolaridade, religião) e dados familiares (composição, renda e rotina familiares) e dados da criança focal (sexo, idade, etapa de escolarização, se possui desenvolvimento típico ou atípico).

2) Escala da Relação Coparental (ERC - Coparenting Relationship Scale CRS) (Feinberg, Brown & Kan, 2012). É um instrumento para avaliar a coparentalidade com base na Teoria Ecológica da Coparentalidade de Feingberg (2003), de autorrelato composto por 35 itens divididos em sete subescalas: 1) Acordo coparental (itens 6, 9, 11, 15); 2) divisão do trabalho (itens 5, 20); 3) Suporte coparental (itens 3, 10, 19, 25, 26, 27); 4) Reconhecimento da parentalidade do parceiro (itens 1, 4, 7, 14, 18, 23, 29); 5) Sabotagem coparental (itens 8, 12, 13, 16, 21, 22); 6) Exposição a conflitos (itens 31 a 35); e, 7) Proximidade coparental (itens 1, 17, 24, 28, 30). As sete subescalas foram propostas com o intuito de abranger as quatro dimensões do Modelo Ecológico da Coparentalidade (acordo/desacordo das práticas parentais; suporte/sabotagem; satisfação com a divisão do trabalho e gestão conjunta das relações familiares).

Os participantes respondem cada item em uma escala Likert de sete pontos que varia de não verdadeiro (0) a completamente verdadeiro (6), exceto para a subescala Exposição ao conflito, na qual as categorias de resposta variam de nunca (0) a muito frequentemente (6). O estudo psicométrico da escala demonstrou excelente consistência interna, com Alfas de Cronbach entre $\alpha = 0.91$ e 0.94 (Feinberg, Brown & Kan, 2012).

A versão da ERC utilizada neste estudo (Anexo B) é uma adaptação transcultural brasileira resultante da colaboração entre a UFSC e a Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (Carvalho et al., 2018). Destaca-se que a presente pesquisa não utilizou a dimensão Proximidade Coparental, que mede o grau em que a coparentalidade aumenta a intimidade e fortalece o relacionamento do casal (Feinberg, Brown & Kan, 2012), por entender que ela não se aplica em amostra com pais divorciados e apresenta-se na relação coparental apenas entre casais que compartilham também um relacionamento conjugal (Lamela et al., 2016).

A escala é contabilizada por meio da média aritmética dos itens das dimensões. Dessa forma, nas dimensões positivas quanto mais próximo de 6 maior é a qualidade do relacionamento coparental e quanto mais próximo de zero pior a qualidade da relação coparental. Nas dimensões negativas quanto mais próximo de 6 pior é o relacionamento coparental e quanto mais próximo de zero melhor é o relacionamento coparental. Os índices de fidedignidade neste estudo foram: (a) Acordo coparental ($\alpha=0,80$); (b) divisão do trabalho ($\alpha=0,33$); (c) Suporte coparental ($\alpha=0,91$); (d) Reconhecimento da parentalidade do parceiro ($\alpha=0,89$); (e) Sabotagem coparental ($\alpha=0,82$); e, (f) Exposição a conflitos ($\alpha=0,86$).

3) Escala de Saúde Mental Positiva (ESMP) (Machado & Bandeira, 2015): é um instrumento de autorrelato de avaliação da saúde mental positiva (Keyes, 2002), composto por 40 itens que abarcam as três dimensões da saúde mental positiva (bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social). No presente estudo foi utilizada a versão resumida desta escala que inclui 14 itens considerados prototípicos das três dimensões da saúde mental positiva, sendo que três itens (1, 2 e 3) correspondem à dimensão bem-estar emocional, seis (9, 10, 11, 12, 13 e 14) correspondem à dimensão de bem-estar psicológico e cinco (4, 5, 6, 7 e 8) correspondem à dimensão bem-estar social. Esta escala é respondida por meio de uma escala Likert de frequência, que varia de 1 a 6 (Nunca – Todos os dias).

A confiabilidade da escala foi avaliada por quatro métodos diferentes (alfa de Cronbach, ômega de McDonald, confiabilidade composta e confiabilidade do item no modelo Item Response Theory Rating Scale), e os resultados mostraram pouca variância sistemática ou variância de erro nas pontuações e indicaram alta reprodutibilidade na ordem dos itens. A confiabilidade da escala é de $\alpha = 0,96$ (Machado & Bandeira, 2015).

Os índices de fidedignidade neste estudo foram: (a) bem-estar emocional ($\alpha=0,81$); (b) bem-estar psicológico ($\alpha=0,83$); (c) bem-estar social ($\alpha=0,69$).

5.5 Procedimentos de coleta de dados

A presente pesquisa foi realizada de forma *online* através de uma amostragem “bola de neve”. O link do questionário (<https://pt.surveymonkey.com/r/PDSEIfamII>) foi divulgado nas redes sociais do NEPeDI e do LABSFAC (Instagram e Facebook), em canais de comunicação institucional da UFSC e outras universidades do país, entre os estudantes de graduação e pós-graduação do curso de Psicologia da UFSC e entre grupos de contato da pesquisadora e de colegas. Os pais e mães interessados em participar do estudo acessaram o link da pesquisa, encontrando inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE e todos os instrumentos desta pesquisa foram inseridos na plataforma Survey Monkey. O consentimento foi registrado por meio de um item ao final do TCLE, onde o participante poderia optar entre: “Declaro que li e concordo em participar da pesquisa” ou “Não desejo participar da pesquisa”. Após a declaração de consentimento ao TCLE e fornecimento de um e-mail de contato para posterior para envio dos resultados da pesquisa (devolutiva de informações), os participantes foram direcionados a segunda página para preenchimento de dados sobre a criança focal e, posteriormente, declararam sua relação com a criança (mãe/madrasta ou pai/padrasto). Ao final do preenchimento do questionário, foram disponibilizados links de acesso aos sites dos núcleos de pesquisa (NEPeDI e LABSFAC) e das páginas de rede social com informações sobre as temáticas estudadas. Os participantes foram estimulados a convidar outros pais e mães que conhecessem para participar da pesquisa.

5.6 Análise dos dados

Os dados foram coletados via formulário *online*, baixados, exportados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 22.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (pontuação mínima, pontuação máxima, frequência, média, desvio padrão e teste de normalidade) das seguintes variáveis: dimensões da coparentalidade, dimensões de saúde mental positiva, idade do participante, renda, etnia, escolaridade, religião, idade e sexo da criança, quantidade de filhos, região onde mora, se fez psicoterapia, estado civil, sexo do

respondente e se o filho possui algum diagnóstico. A normalidade da distribuição das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($p > ,05$ = distribuição normal, $p < ,05$ = distribuição não normal).

Foram realizadas análises de correlação de Spearman entre as dimensões da coparentalidade e da saúde mental e as variáveis: idade do participante, renda, idade da criança e quantidade de filhos. A escolha do uso da correlação não paramétrica foi determinada considerando que todas as variáveis mencionadas não apresentaram distribuição normal dos dados segundo os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Posteriormente foram realizados testes t de Student para comparar as dimensões da coparentalidade e as dimensões de saúde mental segundo o sexo da criança, se fez psicoterapia, sexo do participante, diagnóstico da criança e estado civil. Embora o número de participantes em algumas categorias (homens e participantes divorciados) tenha sido diferente, nos testes t foi avaliado o pressuposto da normalidade da distribuição de cada variável com o teste de Kolmogorov-Smirnov e o pressuposto de homogeneidade com o teste de Levene implementando-se a correção de Welch em situações onde esse pressuposto não foi acatado (Field, 2015). Também foi utilizado o d de Cohen (Cohen, 1988) como índice de tamanho de efeito usando as seguintes normas interpretativas: sem efeito (entre 0,00 e 0,10); efeito fraco (entre 0,11 e 0,29), efeito moderado (entre 0,30 e 0,49) e efeito forte ($> 0,50$).

A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para comparar se as médias das seis dimensões da coparentalidade e das três dimensões da saúde mental positiva variavam segundo a escolaridade dos participantes. Posteriormente o teste post-hoc foi realizado para identificar onde estavam as diferenças significativas entre as médias da escolaridade dos participantes. Também foi realizada uma Análise Multivariada de Variância (MANOVA) com o objetivo de investigar em que medida os escores das seis dimensões da coparentalidade e escores das três dimensões de saúde mental variavam segundo o estado civil dos participantes.

Por fim, foi realizada correlação de Spearman entre as dimensões da coparentalidade e da saúde mental positiva. A escolha do uso da correlação não paramétrica foi determinada considerando que as variáveis mencionadas não apresentaram distribuição normal dos dados segundo os resultados do teste de

Kolmogorov-Smirnov. Os pontos de corte usados para interpretação dos coeficientes de correlação foram os seguintes: 0,00 – 0,10 = correlação irrisória; 0,11 – 0,29 = correlação fraca; 0,30 – 0,49 = correlação moderada e $> 0,50$ = correlação forte (Cohen, 1988).

5.7 Procedimentos éticos

O projeto guarda-chuva de pesquisa “Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional Infantil II” foi submetido ao Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) e obteve aprovação para realização sob o protocolo nº 2.766.021 em 11 de julho de 2018. Diante da pandemia da COVID-19, a coleta de dados foi adaptada para o ambiente virtual e o projeto de pesquisa guarda-chuva foi submetido novamente ao CEPSH-UFSC, obtendo aprovação sob parecer de nº 4.050.295 em 26 de maio de 2020. Em novembro de 2020, foi submetida uma emenda solicitando a ampliação da faixa etária da criança focais da pesquisa (de 4 a 11 anos para 3 a 11 anos), que também foi aprovada mediante parecer nº 4.452.803 em 10 de dezembro de 2020. Os participantes que assentiram com sua participação na pesquisa fizeram a leitura na íntegra do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B) e após o aceite foram direcionados à página da pesquisa. O TCLE continha informações a respeito dos objetivos da pesquisa, seus procedimentos de coleta de dados e informações de contato dos pesquisadores responsáveis e professor orientador da pesquisa. No documento, são assegurados os direitos de sigilo das informações e garantia de anonimato do participante, explicitação acerca dos riscos e benefícios da participação. Em vista dos riscos de mobilização emocional ao longo da aplicação dos instrumentos, foi assegurado o acesso a atendimento psicológico a todos os participantes. Foi garantido a todos o direito de receber, após a finalização da pesquisa, um sumário com os resultados obtidos.

6. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as análises descritivas de frequência e porcentagem das seguintes variáveis categóricas: etnia, escolaridade, religião, sexo do respondente e da criança, região do Brasil onde mora, se o participante fazia psicoterapia ou não, estado civil e se a criança possui algum diagnóstico.

Tabela 1

Estatísticas de frequência e porcentagem das variáveis categóricas.

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem (%)
Etnia	Branca	394	78,5
	Parda	83	16,5
	Preta	21	4,2
	Amarela	4	0,8
Escolaridade	Ensino Fundamental	10	2
	Ensino Médio	79	16
	Ensino Superior	149	29
	Pós-graduação	264	53
Religião	Católica	233	46,4
	Evangélica	79	15,7
	Espírita	64	12,7
	Ateu	36	7,2
	Outro	90	17,9
Sexo da criança	Feminino	259	51,6
	Masculino	243	48,4
Região onde mora	Norte	13	2,6
	Nordeste	26	5,2
	Centro-oeste	11	2,2
	Sudeste	97	19,3
	Sul	352	70,1
Fez psicoterapia?	Sim	280	55,8
	Não	222	44,2
Estado civil	Casado/união estável	396	78,9
	Separado/divorciado	106	21,1
Sexo do respondente	Feminino	400	79,7
	Masculino	102	20,3
Desenvolvimento da criança	Atípico	36	7,2
	Típico	466	92,8

A amostra total foi composta por 502 participantes, sendo 400 mulheres e 102 homens. A idade dos participantes variou entre 21 e 58 anos, sendo a idade média de 38 anos (DP = 6,12 anos). Todos os participantes eram residentes no território brasileiro, sendo a maioria (70,1%) da região Sul do Brasil. A maioria dos participantes (78,5%) se declararam da cor branca. Referente ao grau de escolaridade, a maioria dos participantes (53%) tinham pós-graduação e 149 participantes (29%) possuíam ensino superior. Dessa forma, considera-se que a grande maioria dos participantes (82%) possuíam pelo menos

ensino superior completo. Quanto à religião 233 participantes declararam ser da religião católica (46,4%). Com relação ao estado civil, 396 participantes (78,9%) eram casados e 106 (21,1%) eram divorciados. A maioria dos participantes (55,8%) relataram fazer acompanhamento psicológico. No que se refere aos filhos, 259 eram do sexo feminino (51,6%) e 243 do sexo masculino (48,4%) e a maioria (92,8%) dos filhos tinham desenvolvimento típico.

A Tabela 2 apresenta as análises descritivas (Kolmogorov-Smirnov, pontuação mínima, pontuação máxima, média e desvio padrão) das seguintes variáveis contínuas: dimensões da coparentalidade, dimensões da saúde mental positiva, idade do participante, idade da criança, renda e quantidade de filhos.

Tabela 2

Estatísticas descritivas das dimensões da coparentalidade, dimensões da saúde mental positiva e idade, renda, idade dos filhos e quantidade de filhos.

Instrumento	Dimensões	Kolmogorov-Smirnov	p	Escore mínimo	Escore máximo	Média	Desvio Padrão
Coparentalidade	Acordo coparental	0,13	0,000	0	6	4,27	6,36
	Divisão do trabalho	0,09	0,000	0	6	3,54	3,48
	Suporte coparental	0,12	0,000	0	6	3,96	10,39
	Reconhecimento da parentalidade do parceiro	0,13	0,000	0	6	4,36	10,15
	Sabotagem coparental	0,24	0,000	0	6	0,81	6,94
	Exposição a conflitos	0,22	0,000	0	6	1,07	2,08
Bem-estar	Emocional	0,19	0,000	1	6	4,62	2,87
	Social	0,06	0,000	1	6	3,24	5,62
	Psicológico	0,12	0,000	1	6	4,43	5,99
Idade do participante		0,05	0,007	21	58	38,01	6,12
Idade da criança		0,15	0,000	3	11	6,25	2,46
Renda		0,17	0,000	100	60000	8443,45	6753,39
Quantidade de filhos		0,26	0,000	1	7	1,80	0,966

Referente aos filhos dos participantes, tinham idade variando entre 3 e 11 anos de idade ($M = 2,25$; $DP = 2,46$) e a quantidade média de filhos da amostra foi de 2 filhos por participante ($DP = 0,966$). Quanto a renda das famílias, apresentaram média salarial de R\$8443,45 ($DP = 6753,39$).

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de correlação de Spearman entre as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva com as variáveis: idade do participante, idade da criança, renda e quantidade de filhos. A escolha do uso da correlação não paramétrica foi determinada considerando que todas as variáveis mencionadas (Tab. 2) não apresentaram distribuição normal dos dados segundo os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 3

Análise de correlações de Spearman.

		Idade do participante	Idade da criança	Renda	Quantidade de filhos
Coparentalidade	Acordo coparental	$\rho = -0,003$ $p = ,946$	$\rho = -0,068$ $p = ,133$	$\rho = 0,149$ $p = ,001$	$\rho = -0,074$ $p = ,105$
	Divisão do trabalho	$\rho = -0,004$ $p = ,926$	$\rho = -0,036$ $p = ,425$	$\rho = 0,083$ $p = ,071$	$\rho = -0,070$ $p = ,126$
	Suporte coparental	$\rho = -0,002$ $p = ,960$	$\rho = -0,083$ $p = ,068$	$\rho = 0,163$ $p < ,001$	$\rho = -0,010$ $p = ,830$
	Reconhecimento da parentalidade do parceiro	$\rho = 0,007$ $p = ,883$	$\rho = -0,127$ $p = ,005$	$\rho = 0,117$ $p = ,011$	$\rho = -0,047$ $p = ,305$
	Sabotagem coparental	$\rho = 0,075$ $p = ,097$	$\rho = 0,116$ $p = ,011$	$\rho = -0,156$ $p = ,001$	$\rho = 0,053$ $p = ,244$
	Exposição a conflitos	$\rho = -0,069$ $p = ,127$	$\rho = -0,031$ $p = ,504$	$\rho = -0,048$ $p = ,303$	$\rho = 0,073$ $p = ,110$
Bem-estar	Emocional	$\rho = 0,023$ $p = ,626$	$\rho = 0,002$ $p = ,967$	$\rho = 0,110$ $p = ,021$	$\rho = 0,033$ $p = ,488$
	Social	$\rho = 0,154$ $p = ,001$	$\rho = 0,053$ $p = ,260$	$\rho = 0,121$ $p = ,011$	$\rho = 0,085$ $p = ,072$
	Psicológico	$\rho = 0,070$ $p = ,135$	$\rho = -0,019$ $p = ,682$	$\rho = 0,016$ $p = ,736$	$\rho = 0,084$ $p = ,076$

Nota: ρ = rho de Spearman; p = significância estatística.

Como pode ser visualizado na tabela 3, a variável idade do participante teve correlação direta, significativa e pequena com bem-estar social ($\rho = 0,154$; $p = 0,001$), a variável idade de criança teve correlação pequena e inversa com reconhecimento da parentalidade do parceiro ($\rho = -0,127$; $p = 0,005$) e direta com sabotagem coparental ($\rho = 0,116$; $p = 0,011$), enquanto a renda correlacionou significativamente com acordo

coparental ($\rho = 0,149$; $p = 0,001$), suporte coparental ($\rho = 0,163$; $p < 0,001$), reconhecimento da parentalidade ($\rho = 0,117$; $p = 0,011$), sabotagem coparental ($\rho = -0,156$; $p = 0,001$) e com bem-estar emocional ($\rho = 0,110$; $p = 0,021$) e bem-estar social ($\rho = 0,121$; $p = 0,011$), mas todas as correlações foram pequenas.

Na tabela 4 podem ser visualizados os resultados dos testes t de Student executados para as seis dimensões da coparentalidade segundo o sexo da criança, se o respondente faz ou não psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui algum diagnóstico (típica ou atípica).

Tabela 4

Resultados dos testes t para as dimensões da coparentalidade e as variáveis sexo da criança, se o respondente faz psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui diagnóstico

Dimen.	Variável	Categ.	M	DP	t	gl	p	d
Acordo coparental	Sexo da criança	F	16,90	6,42	-0,89	432	0,37	0,09
		M	17,44	6,04				
	Fez psicoterapia	Sim	16,53	6,32	-2,36	432	0,02	0,23
		Não	17,94	6,06				
	Sexo do respondente	F	16,73	6,35	-2,70	432	0,01	0,48
		M	18,69	5,58				
	Diagnostico	Atípico	14,48	6,57	-2,49	432	0,01	0,47
		Típico	17,36	6,17				
	Estado civil	Casado	28,27	5,47	7,30*	100,1*	0,00*	1,07
		Separado	12,13	7,01				
Divisão do trabalho	Sexo da criança	F	7,14	3,38	0,21	432	0,83	0,02
		M	7,07	3,55				
	Fez psicoterapia	Sim	7,17	3,48	0,41	432	0,68	0,04
		Não	7,03	3,45				
	Sexo do respondente	F	6,75	3,46	-4,12	432	0,00	0,19
		M	8,39	3,16				
	Diagnostico	Atípico	6,64	3,72	-0,78	432	0,43	0,14
		Típico	7,14	3,44				
	Estado civil	Casado	7,38	3,32	3,45	432	0,01	0,43
		Separado	5,91	3,84				
Suporte coparental	Sexo da criança	F	23,55	10,29	-0,70	432	0,48	0,07
		M	24,24	10,39				
	Fez psicoterapia	Sim	22,75	10,57	-2,57	432	0,01	0,25
		Não	35,30	9,87				
	Sexo do respondente	F	23,01	10,69	-	432*	0,00*	0,40
		M	27,05	8,19				
	Diagnostico	Atípico	19,74	10,29	-2,32	432	0,02	0,43
		Típico	24,20	10,28				
	Estado civil	Casado	25,84	8,84	7,59*	98*	0,00*	1,03
		Separado	15,07	11,90				
	Sexo da criança	F	30,69	9,99	0,12	432	0,89	0,01

Reconhecimento da parentalidade do parceiro	Fez psicoterapia	M	30,57	10,33				
		Sim	29,85	10,17	-1,80	432	0,72	0,17
	Sexo do respondente	Não	31,61	10,05				
		F	29,28	10,54	-	432*	0,00*	0,64
	Diagnostico	M	35,52	6,60	7,00*			
		Atípico	26,96	11,51	-2,09	432	0,03	0,39
	Estado civil	Típico	30,92	9,99				
Casado		32,58	8,23	6,99*	92,3*	0,00*	1,15	
		Separado	21,89	13,01				
Sabotagem coparental	Sexo da criança	F	5,08	7,15	0,78	432	0,43	0,08
		M	4,56	6,63				
	Fez psicoterapia	Sim	5,29	6,80	1,52	432	0,12	0,15
		Não	4,27	7,01				
	Sexo do respondente	F	4,87	6,93	0,23	432	0,81	0,03
		M	4,69	6,82				
	Diagnostico	Atípico	6,58	7,83	1,46	432	0,14	0,27
		Típico	4,70	6,82				
	Estado civil	Casado	3,83	5,79	-	91,8*	0,00*	0,84
		Separado	9,36	9,32	5,06*			
Exposição a conflitos	Sexo da criança	F	1,92	1,98	-1,79	432	0,07	0,17
		M	2,27	2,17				
	Fez psicoterapia	Sim	2,23	2,11	1,57	432	0,11	0,15
		Não	1,91	2,02				
	Sexo do respondente	F	2,10	2,08	0,31	432	0,75	0,03
		M	2,03	2,08				
	Diagnostico	Atípico	2,80	2,30	1,99	432	0,05	0,37
		Típico	2,03	2,05				
	Estado civil	Casado	2,16	1,98	1,37*	101,5*	0,17*	0,20
		Separado	1,75	2,46				

Nota: Dimen = dimensões; Categ = categorias; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *gl* = grau de liberdade, *p* = significância estatística; *d* = *d* de Cohen; * = implementação da correção de Welch.

Como podemos observar na tabela 4 com relação a variável acordo parental, evidenciou-se que os participantes que não faziam psicoterapia ($t(432) = -2,36, p = 0,02$), do sexo masculino ($t(432) = -2,70, p = 0,01$), com filhos típicos ($t(432) = -2,49, p = 0,01$) e casados ($t(100,1) = 7,30, p < 0,01$) apresentam maiores escores de acordo coparental quando comparados com aqueles que faziam psicoterapia, do sexo feminino, com filhos atípicos e separados do outro genitor da criança.

Referente a divisão do trabalho pode-se observar que os participantes do sexo masculino ($t(432) = -4,12, p < 0,01$) e casados ($t(432) = 3,45, p = 0,01$) apresentaram escores maiores de divisão do trabalho quando comparados com as participantes mulheres e divorciados do outro genitor da criança.

Na dimensão suporte coparental, os participantes que não faziam psicoterapia ($t(432) = -2,57, p = 0,01$), do sexo masculino ($t(432) = 3,94, p < 0,01$), com filhos com o desenvolvimento típico ($t(432) = -2,32, p = 0,02$) e casados ($t(98) = 7,59, p < 0,01$) apresentaram escores maiores de suporte coparental do que os participantes que faziam

psicoterapia, do sexo feminino, com filhos atípicos e separados do outro genitor da criança.

Em relação ao reconhecimento da parentalidade do parceiro, os resultados evidenciaram que homens ($t(432) = -7,00, p < 0,01$), que possuíam filhos típicos ($t(432) = -2,09, p = 0,03$) e casados ($t(92,3) = 6,99, p < 0,01$) apresentaram escores maiores de reconhecimento da parentalidade do parceiro quando comparados com as participantes mulheres, que possuíam filhos atípicos e separados do outro genitor da criança.

A dimensão da coparentalidade sabotagem coparental só apresentou diferenças estatisticamente significativas segundo estado civil, evidenciando-se que os participantes separados do outro genitor da criança apresentam escores maiores de sabotagem coparental quando comparados com os participantes casados ($t(91,8) = -5.06, p < 0,01$).

Em relação com exposição de conflitos, os resultados evidenciam que os participantes que tem filhos atípicos ($t(432) = 1,99, p = 0,05$) apresentam escores maiores de exposição a conflitos quando comparados com os participantes com filhos com desenvolvimento típico.

A Tabela 5 apresenta os resultados dos testes t de Student executados para as três dimensões da saúde mental positiva segundo o sexo da criança, se o respondente faz ou não psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui algum diagnóstico (típica ou atípica).

Tabela 5

Resultados dos testes t para as dimensões da saúde mental positiva e as variáveis sexo da criança, se o respondente faz psicoterapia, sexo do respondente e se a criança possui diagnóstico

Dimen.	Variável	Categ.	M	DP	t	gl	p	d
Bem-estar Emocional	Sexo da criança	F	13,78	2,96	-	432	0,73	0,03
		M	13,87	2,79	0,33			
	Fez psicoterapia	Sim	13,58	2,91	-	432	0,05	0,19
		Não	14,12	2,82	1,96			
	Sexo do respondente	F	13,84	2,79	0,19	432	0,84	0,03
		M	13,77	3,21	-			
	Diagnostico	Atípico	12,38	3,17	-	432	0,01	0,37
		Típico	13,93	2,83	2,91			
	Estado civil	Casado	13,97	2,85	2,22	432	0,03	0,28

		Separado	13,17	2,94				
Bem-estar Social	Sexo da criança	F	16,10	5,79	-	432	0,87	0,02
		M	16,19	5,39	0,15			
	Fez psicoterapia	Sim	16,14	5,61	-	432	0,97	0,00
		Não	16,15	5,58	0,02			
	Sexo do respondente	F	16,09	5,58	-	432	0,69	0,05
		M	16,35	5,67	3,39			
	Diagnostico	Atípico	15,83	5,85	-	432	0,75	0,06
		Típico	16,17	5,58	0,31			
	Estado civil	Casado	16,27	5,63	-	432	0,30	0,13
		Separado	15,55	5,41	1,03			
Bem-estar Psicológico	Sexo da criança	F	26,77	6,11	0,68	432	0,49	0,06
		M	26,38	5,92	-			
	Fez psicoterapia	Sim	26,04	6,22	-	432	0,04	0,20
		Não	27,25	5,69	2,08			
	Sexo do respondente	F	26,61	6,06	0,15	432	0,87	0,02
		M	26,50	5,89	-			
	Diagnostico	Atípico	24,19	5,55	-	432	0,02	0,43
		Típico	26,77	6,02	2,30			
	Estado civil	Casado	26,73	5,92	1,08	432	0,27	0,13
		Separado	25,92	6,43	-			

Nota: Dimen = dimensões; Categ = categorias; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *gl* = grau de liberdade, *p* = significância estatística; *d* = *d* de Cohen.

Referente ao bem-estar emocional podemos observar que os participantes que não fazem psicoterapia ($t(432) = -1,96, p = 0,05$), que tem filhos típicos ($t(432) = -2,91, p = 0,01$) e casados ($t(432) = 2,22, p = 0,013$) apresentaram escores maiores de bem-estar emocional quando comparados com os participantes que fazem psicoterapia, tiveram filhos com diagnostico atípico e estavam separados do outro genitor da criança. O bem-estar social não apresenta diferenças estatisticamente significativas em nenhum grupo testado.

Por fim, em relação ao bem-estar psicológico os resultados evidenciam que os participantes que não faziam psicoterapia ($t(432) = -2,08, p = 0,04$) e com filhos típicos ($t(432) = -2,30, p = 0,02$) apresentam escores maiores de bem-estar psicológico comparado com pessoas que faziam psicoterapia e com filhos com desenvolvimento atípico.

Foram realizadas ANOVAs unidirecionais para comparar se as seis dimensões da coparentalidade e as três dimensões da saúde mental positiva, variavam segundo a escolaridade dos participantes. O resultado do teste encontra na tabela 6.

Tabela 6*Resultados das ANOVAs unidirecionais*

Dimensões	Variável	F	gl	p
Acordo coparental	Escolaridade	3,016	2,431	0,050
Divisão do trabalho	Escolaridade	3,587*	2,186	0,030
Suporte coparental	Escolaridade	1,410	2,431	0,245
Reconhecimento da parentalidade do parceiro	Escolaridade	1,706	2,431	0,183
Sabotagem coparental	Escolaridade	0,357	2,431	0,700
Exposição a conflitos	Escolaridade	0,301	2,431	0,740
Bem-estar Emocional	Escolaridade	0,989	2,431	0,373
Bem-estar Social	Escolaridade	3,917*	2,179	0,022
Bem-estar Psicológico	Escolaridade	1,082	2,431	0,340

Nota: p = significância estatística; gl = graus de liberdade; * = implementação de correção de Welch.

A tabela 6 nos mostra que a variável escolaridade apresentou variações nas dimensões da coparentalidade acordo coparental e divisão do trabalho. Nas dimensões de saúde mental positiva a escolaridade apresentou variação somente no bem-estar social.

Os resultados descritivos das diferenças entre os grupos estatisticamente significativas encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7*Estatísticas descritivas das dimensões de acordo coparental, divisão do trabalho e bem-estar social segundo escolaridade*

Dimensões	Grupos	M (DP)	Intervalo de Confiança (95% IC Bca)		
			Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior
Acordo coparental	Ensino Médio	15,56 (6,86)	0,77	14,01	17,18
	Ensino Superior	17,47 (5,95)	0,37	16,70	18,24
	Pós-graduação	17,53 (6,27)	0,54	16,33	18,61

Divisão do trabalho	Ensino Médio	6,13 (3,59)	0,40	5,35	6,89
	Ensino Superior	7,16 (3,32)	0,30	6,56	7,75
	Pós-graduação	7,40 (3,47)	0,22	6,97	7,81
Bem-estar Social	Ensino Médio	14,40 (6,33)	0,71	13,04	15,89
	Ensino Superior	16,17 (5,52)	0,46	15,11	17,08
	Pós-graduação	16,70 (5,28)	0,36	16,00	17,39

Nota: M = média; DP = desvio padrão

De acordo com a tabela 7 os participantes que possuíam pós-graduação, ou seja, níveis de escolaridade mais elevados, apresentaram médias maiores nas dimensões de acordo coparental (M = 17,53; DP = 6,27) e divisão do trabalho (M = 7,40; DP = 3,47) e na dimensão bem-estar social (M = 16,70; DP = 5,28).

Foi realizada uma MANOVA com o objetivo de investigar em que medida os escores das seis dimensões da coparentalidade e escores das três dimensões de saúde mental positiva variavam segundo o estado civil dos participantes. Os resultados descritivos podem ser visualizados na Tabela 8.

Tabela 8

Estatística descritivas para as variáveis coparentalidade e bem-estar variavam segundo o estado civil dos participantes e na amostra total.

Variáveis dependentes	Estado civil	Média	Desvio Padrão
Acordo coparental	Casado	18,27	5,47
	Separado/divorciado	12,13	7,01
	Total	17,16	6,24
Divisão do trabalho	Casado	7,38	3,32
	Separado/divorciado	5,91	3,84
	Total	7,11	3,46
Suporte coparental	Casado	25,84	8,84
	Separado/divorciado	15,07	11,90
	Total	23,88	10,33
Reconhecimento da parentalidade do parceiro	Casado	32,58	8,23
	Separado/divorciado	21,89	13,00
	Total	30,63	10,14
Sabotagem coparental	Casado	3,83	5,79
	Separado/divorciado	9,36	9,32
	Total	4,83	6,90
Exposição a conflitos	Casado	2,16	1,98
	Separado/divorciado	1,75	2,46

	Total	2,09	2,08
	Casado	13,97	2,85
Bem-estar Emocional	Separado/divorciado	13,17	2,94
	Total	13,82	2,88
	Casado	15,55	5,41
Bem-estar Social	Separado/divorciado	16,78	5,83
	Total	16,14	5,59
	Casado	26,73	5,92
Bem-estar Psicológico	Separado/divorciado	25,92	6,43
	Total	26,58	6,01

Como pode ser visualizado na Tabela 8, referente às dimensões positivas da coparentalidade os participantes casados apresentaram escores maiores em acordo coparental ($M = 18,27$; $DP = 5,47$), divisão do trabalho ($M = 7,38$; $DP = 3,32$), suporte coparental ($M = 25,84$; $DP = 8,84$), reconhecimento da parentalidade do parceiro ($M = 32,58$; $DP = 8,23$). Referente às dimensões negativas da coparentalidade os participantes divorciados apresentaram escores maiores em sabotagem coparental ($M = 9,36$; $DP = 9,32$) e os participantes casados apresentaram escores maiores em exposição a conflitos ($M = 2,16$; $DP = 1,98$).

Referente às dimensões da saúde mental positiva, os participantes casados apresentaram escores maiores em bem-estar emocional ($M = 13,97$; $DP = 2,85$) e em bem-estar psicológico ($M = 26,73$; $DP = 5,92$). Na dimensão bem-estar social os participantes divorciados apresentaram maiores escores ($M = 16,78$; $DP = 5,83$).

Foram feitas análises de correlação de Spearman entre as dimensões da coparentalidade e do bem-estar. A escolha do uso da correlação não paramétrica foi determinada considerando que as variáveis mencionadas não apresentaram distribuição normal dos dados segundo os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov. Os pontos de corte usados para interpretação dos coeficientes de correlação foram os seguintes: $0,00 - 0,10$ = correlação irrisória; $0,11 - 0,29$ = correlação fraca; $0,30 - 0,49$ = correlação moderada e $> 0,50$ = correlação forte (Cohen, 1988).

A Tabela 9, apresenta os resultados da análise de correlação de Spearman entre os escores das dimensões da coparentalidade e do bem-estar.

Tabela 9*Resultados das análises de correlação de Spearman*

	Acordo coparental	Divisão do trabalho	Suporte coparental	Reconhecimento da parentalidade do parceiro	Sabotagem coparental	Exposição a conflitos
Bem-estar Emocional	$\rho = 0,265$ $p < ,001$	$\rho = 0,064$ $p = ,183$	$\rho = 0,324$ $p < ,001$	$\rho = 0,262$ $p < ,001$	$\rho = -0,248$ $p < ,001$	$\rho = -0,146$ $p = ,002$
Bem-estar Social	$\rho = 0,207$ $p < ,001$	$\rho = -0,022$ $p = ,649$	$\rho = 0,217$ $p < ,001$	$\rho = 0,150$ $p = ,002$	$\rho = -0,105$ $p = ,029$	$\rho = -0,054$ $p = ,260$
Bem-estar Psicológico	$\rho = 0,267$ $p < ,001$	$\rho = 0,082$ $p = ,087$	$\rho = 0,291$ $p < ,001$	$\rho = 0,209$ $p < ,001$	$\rho = -0,215$ $p < ,001$	$\rho = -0,180$ $p < ,001$

Nota: ρ = coeficiente de correlação rho de Spearman; p = significância estatística.

A dimensão da coparentalidade acordo coparental apresentou correlações estatisticamente significativas, diretas e fracas com o bem-estar emocional ($\rho = 0,265$; $p < 0,001$), bem-estar social ($\rho = 0,207$; $p < 0,001$) e bem-estar psicológico ($\rho = 0,267$; $p < 0,001$).

A dimensão divisão do trabalho não apresentou correlação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões da saúde mental positiva. A dimensão suporte coparental correlacionou significativamente de forma positiva e moderada com bem-estar emocional ($\rho = 0,324$; $p < 0,001$) e fraca com bem-estar social ($\rho = 0,217$; $p < 0,001$) e bem-estar psicológico ($\rho = 0,291$; $p < 0,001$). A dimensão reconhecimento da parentalidade do parceiro também apresentou correlação direta e pequena com bem-estar emocional ($\rho = 0,262$; $p < 0,001$), bem-estar social ($\rho = 0,150$; $p = 0,002$) e bem-estar psicológico ($\rho = 0,209$; $p < 0,001$).

A dimensão sabotagem coparental apresentou correção inversa e fraca com bem-estar emocional ($\rho = -0,248$; $p < 0,001$), bem-estar social ($\rho = -0,105$; $p = 0,029$) e bem-estar psicológico ($\rho = -0,215$; $p < 0,001$). A dimensão exposição a conflitos só apresentou correlação estatisticamente significativas de forma inversa e fraca com bem-estar emocional ($\rho = -0,146$; $p = 0,002$) assim como com bem-estar psicológico ($\rho = -0,180$; $p < 0,001$) e não apresentou correlação estatisticamente significativa com bem-estar social.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi analisar as relações entre dimensões da coparentalidade com dimensões da saúde mental positiva de pais e mães com filhos entre três a onze anos de idade, caracterizar a coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva percebida pelos participantes e verificar se existe diferenças entre a coparentalidade exercida por pais e mães casados e divorciados. Além disso, o objetivo foi relacionar dimensões da coparentalidade com as dimensões da saúde mental positiva e as variáveis sociodemográficas e também verificar a correlação entre dimensões da coparentalidade com as dimensões da saúde mental positiva dos participantes. Assim, para melhor organização da discussão, este tópico foi dividido em três subtópicos: coparentalidade e estado civil; coparentalidade, saúde mental e variáveis sociodemográficas; e associações entre saúde mental e coparentalidade, de forma que os principais resultados encontrados sejam discutidos separadamente.

7.1 Coparentalidade e Estado Civil

Por meio da comparação estatística entre os grupos, constatou-se que os participantes casados apresentaram médias maiores em relação ao acordo coparental quando comparados com pais separados do outro genitor da criança. A literatura científica aponta que relacionamentos conflituosos, com dificuldade de acordos após o divórcio com frequência são impactados pela incapacidade dos envolvidos em lidar com os ajustamentos psicológicos necessários em uma separação. Em termos de dificuldades após a separação conjugal, a falta de acordos coparentais podem estar associados à baixa capacidade de gerenciamento de ansiedade ou adaptação a eventos estressantes (Peleg, 2014). Dessa forma, a separação conjugal pode ser entendida como um evento estressor para a família (Greene et al., 2016) e isso pode impactar na dificuldade de entendimento do ex casal em assuntos relacionados à criança.

Este achado corrobora com Schrodts & Afifi (2019) que encontraram em seu estudo que a coparentalidade em famílias divorciadas depende de como ocorreu o término do relacionamento conjugal. Caso o término tenha sido conturbado e desgastante para o casal, isso pode repercutir em uma baixa qualidade da comunicação coparental, o que pode dificultar os acordos referentes aos filhos. Por outro lado, quando os casais divorciados conseguem compartilhar os seus sentimentos em relação às frustrações e o

fim do casamento com seus ex-parceiros, isso pode refletir em uma comunicação e acordos mais assertivos.

Nesse sentido, McGoldrick e Shibusawa (2016) entendem o divórcio como uma interrupção que ocorre no ciclo vital das famílias e essa interrupção pode gerar um desequilíbrio, com ganhos e perdas para os membros da família e desacordos entre o ex casal. O processo emocional das famílias que passam por essa interrupção pode ser considerado como uma “montanha-russa emocional” com sentimentos que podem variar do alívio, se o membro da família não desejava mais aquele casamento, até a tristeza, se o membro da família desejava seguir com o casamento. Também, destaca-se que o ciclo do divórcio requer um período de adaptação, para que os integrantes da família vivam o luto do que foi perdido, para manejar a dor, a raiva, a culpa, a perda de si mesmo, do cônjuge e da família estendida. Destaca-se que muitas famílias passam pela fase do divórcio e se estabilizam permanentemente como famílias pós-divórcio (McGoldrick & Shibusawa, 2016).

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que os participantes casados com o outro genitor da criança apresentaram significativamente médias maiores de suporte coparental e reconhecimento da parentalidade do parceiro, quando comparados com pais divorciados. Isto é, na amostra estudada, os participantes casados apoiam-se mais em sua parentalidade, enfatizam mais a competência do outro, reconhecem e respeitam as decisões do outro no que diz respeito aos filhos. Este achado vai ao encontro de estudos anteriores que mostram que pais casados demonstram ter maior envolvimento, maior qualidade nos relacionamentos coparentais, valorizam-se e apoiam-se como pais e percebem mais suporte coparental do parceiro (Cummings et al., 2005; Isacco et. al., 2010; McConnell & Kerig, 2002).

Nesse sentido, Souza, Fiorini e Crepaldi (2020) estudaram uma amostra brasileira de famílias binucleares e encontraram que pais e mães avaliaram a relação coparental global com seus(as) ex-companheiros(as) de maneira negativa, principalmente nas dimensões acordo coparental, suporte coparental e divisão do trabalho. As autoras destacam que conforme os participantes perceberam, maior presença de acordo e suporte na relação coparental e reconheceram mais positivamente a parentalidade do(a) ex-companheiro(a), apresentaram maiores escores de coparentalidade global. Assim podemos entender que as dimensões da coparentalidade se inter-relacionam entre si. Souza, Fiorini e Crepaldi (2020) também destacam que quanto mais suporte as mães

perceberam na relação coparental com seus ex-companheiros, melhores escores elas apresentaram no acordo sobre as práticas parentais, referiram maior proximidade e menos conflito coparental. Por outro lado, quanto mais as mães perceberam sabotagem na relação coparental, relataram menos acordo coparental e maior presença de conflito.

A comparação estatística entre os grupos, mostrou que os participantes casados apresentaram médias maiores na divisão do trabalho quando comparados com pais divorciados do outro genitor da criança. Este achado é corroborado pelo estudo de Weber, et al. (2021) que mostrou que no período pós-divórcio as pais apresentaram dificuldade em relação à divisão das responsabilidades relacionadas aos filhos, sendo que a divisão não funciona de maneira satisfatória e equilibrada. As autoras destacam que as tarefas de cuidado e as responsabilidades são desenvolvidas, prioritariamente, pelo genitor que reside com a criança, apenas sendo divididas as atividades de lazer. Desse modo, salienta-se a importância de redirecionar para uma lógica de corresponsabilidade do pai ou da mãe que não reside com o filho e do contato mais amplo com ele.

Assim, entende-se que além dos ajustes emocionais que o divórcio exige, a divisão do trabalho relacionado à criança também aparece como um estressor para as famílias. Russell, et al. (2016) estudaram as influências na coparentalidade pós-divórcio e encontraram que as mães demonstraram estar menos propensas a se comunicar de forma positiva com o ex-parceiro quando encontravam barreiras referentes às divisões dos trabalhos relacionados à criança. Sendo assim, a dificuldade de negociação sobre as atividades e funções de cada um com relação à criação dos filhos, apresenta um impacto na satisfação com a relação coparental e com os níveis de estresse parental (Feinberg, 2003).

Estudos apontam que genitores divorciados podem envolver-se menos com seus filhos, quando comparados com genitores casados, e isso está associado ao afastamento e desentendimentos que podem existir com o outro genitor da criança (Garfield & Chung, 2006). Assim, quando as expectativas de cuidado do outro não são supridas, o estresse e a insatisfação com a dupla coparental aumentam. Desse modo, quando a divisão do trabalho relacionado à criança não atende às expectativas e crenças parentais acerca das contribuições de cada um para os cuidados da criança, a insatisfação aumenta. Assim, entende-se que a diferença no envolvimento parental não se dá somente com base estado civil, mas também na forma como se dá a relação de coparentalidade (Hohmann- Marriot, 2009).

Nesse sentido, Mallette, et. al. (2020) também analisaram a coparentalidade e envolvimento do pai em famílias separadas e encontraram que, a falta de apoio coparental e a falta de divisão das tarefas relacionadas ao filho estavam presentes na amostra estudada, sendo que um aspecto importante observado, que dificultou a divisão de tarefas foi a falta de flexibilidade dos pais. Cabe destacar que o desempenho da parentalidade não precisa ser totalmente equivalente em suas responsabilidades, afinal, cada família deve encontrar o equilíbrio que faça sentido para o seu funcionamento e dinâmica familiar. Mas, apesar das diferentes formas de exercer a parentalidade e a divisão de atividades por cada um dos pais, é de grande importância que eles se percebam como uma “equipe”, que se sintam satisfeitos em relação às combinações e que apoiem um ao outro frente às interações com os filhos (Weber, et al., 2021).

Por meio da comparação estatística entre os grupos, constatou-se que os participantes separados do outro genitor da criança apresentaram médias significativamente maiores de sabotagem coparental quando comparados com os participantes casados. O que é corroborado por Hardesty et al. (2019) que estudaram estressores pós-separação em mães norte americanas e encontraram que as mães divorciadas perceberam altos índices de sabotagem por parte do ex-companheiro e relação coparental marcada por um padrão de hostilidade, crítica e afeto negativo perante o outro pai da díade coparental. Além disso, destaca-se que a dificuldade na relação coparental é um estressor pós-separação que tem sido associado à depressão das mães.

Desse modo, podemos entender que o fim de um casamento implica em uma série de mudanças no sistema familiar (Greene et al., 2016). Enquanto passam por desafios particulares e de ordem emocional, os pais também precisam lidar com as novas relações e papéis que necessitam ser adaptados. Apesar das dificuldades e estresses que esta situação pode gerar para as famílias, destaca-se que a resiliência pós-divórcio depende das habilidades parentais e saúde mental dos pais para desenvolver relações saudáveis e de apoio mútuo. Quanto maior for o cuidado com a saúde individual e investimento na qualidade de suas relações, melhores resultados para si e para toda a família (Greene et al., 2016).

Nesse sentido, Yalcintas e Pike (2021) apontam que níveis mais altos de satisfação com a dupla coparental estão relacionados a menos conflito coparental, menos sintomas de depressão e ansiedade e a melhores índices de coparentalidade cooperativa. Assim, podemos entender que o desenvolvimento da coparentalidade se constitui como um

importante desafio para os genitores, especialmente no contexto do pós-divórcio, quando mágoas, ressentimentos e conflitos advindos da relação do casal podem estar intensificados (Souza et al., 2016).

Desse modo, Lamela et al. (2016) identificaram três perfis de coparentalidade pós-divórcio e esses perfis diferenciam-se entre níveis de bem-estar dos pais, práticas parentais e problemas psicológicos das crianças. Os pais no grupo de coparentalidade de alto conflito exibiram satisfação com a vida significativamente menor, bem como afeto negativo relacionado ao divórcio e parentalidade inconsistente significativamente mais alta do que os pais nos grupos de coparentalidade razoável e coparentalidade cooperativa. O grupo de coparentalidade cooperativa relatou níveis mais altos de funcionamento familiar positivo e menores problemas de externalização e internalização em seus filhos. Esses achados sugerem que uma aliança coparental positiva pode ser um fator de proteção para os resultados individuais e familiares após o divórcio.

Finalmente, o presente estudo encontrou que os participantes casados apresentaram médias maiores na dimensão exposição a conflitos quando comparados com pais divorciados do outro genitor da criança, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Isto é, os participantes casados também apresentam dificuldade em manejar seus próprios conflitos, expondo a criança a situações de hostilidade, ou ainda, criando triangulações, envolvendo as crianças nas soluções de seus desentendimentos (Feinberg, 2003). Apesar de muitos estudos apontarem que os índices de conflitos são grandes em famílias divorciadas (Fidelis, et al., 2022; Hardesty, et al., 2019 Mosmann et al., 2017; Teubert & Pinquart, 2010), a presente pesquisa encontrou, mesmo que não de forma estatisticamente significativa, que os participantes casados também apresentam dificuldades em lidar com a exposição a conflitos.

Tendo em vista que a presente pesquisa foi coletada em anos impactados pela pandemia da Covid-19, uma hipótese para as famílias casadas apresentarem médias altas de exposição a conflitos, pode ser pelo fato de as famílias casadas terem ficado um período integral em convivência dentro da mesma residência com o cônjuge e os filhos, precisando administrar muitas tarefas exigidas pelo distanciamento social, até então nunca vivenciados, como a delimitação e o compartilhamento de espaços na residência, distanciamento social, atividades laborais realizadas em casa, educação dos filhos, aulas virtuais, desafio de praticar atividades de lazer e visitas a familiares, entre outros

estressores característicos deste período (Silva et al., 2020; Prime et al., 2020; Stanley & Markman, 2020)

Assim, podemos entender que a perda de acesso a atividades importantes e que faziam parte das rotinas destas famílias pode ter prejudicado a relação conjugal e impactado no aumento de conflitos. Isto é, a pandemia da Covid-19 representou uma ameaça ao bem-estar das famílias devido a desafios relacionados à ruptura social, como insegurança financeira, sobrecarga de cuidados e estresse relacionado à restrição em termos de mobilidade e de mudanças na rotina, aumentando o risco de violência doméstica, dado o maior tempo de convivência entre os cônjuges, a redução nas oportunidades de pedir ajuda e o aumento no uso de álcool ou outras drogas (Silva et al., 2020; Prime et al., 2020; Stanley & Markman, 2020)

Além disso, o impacto econômico que muitas famílias sofreram neste período, aumentou o risco de práticas parentais negativas, incluindo hostilidade, coerção e agressão (Prime et al., 2020). Sendo assim, compreende-se que este período refletiu em um maior nível de estresse parental e um maior nível de irritabilidade nos filhos o que pode influenciar na intensificação de conflitos entre pais e seus filhos, gerando um ciclo que se retroalimenta (Silva et al., 2020; Marques et al., 2020)

Sendo assim, a primeira hipótese do estudo foi confirmada ao encontrar que os participantes casados apresentaram melhores índices de acordo coparental, divisão do trabalho, suporte coparental e reconhecimento da parentalidade do parceiro. Por fim, os dados apresentados nos mostram que manter o exercício da coparentalidade após a separação conjugal pode ser um grande desafio aos genitores, mas cabe ressaltar que os resultados não podem ser generalizados para todas as famílias divorciadas, pois retratam a realidade desta população investigada.

7.2 Coparentalidade e saúde mental e variáveis sociodemográficas

Os resultados da presente pesquisa mostraram que a variável sociodemográfica renda correlacionou-se com as dimensões da coparentalidade acordo coparental, suporte coparental, reconhecimento da parentalidade do outro e de forma inversa com sabotagem coparental. Referente às dimensões de saúde mental positiva, a renda dos participantes correlacionou-se com bem-estar emocional e bem-estar social. Além disso, as médias na

pontuação de acordo coparental, divisão do trabalho e bem-estar social foram maiores para pais com maior nível de escolaridade.

Isso posto, percebe-se que na amostra pesquisada, a coparentalidade foi influenciada pelas variáveis sociodemográficas renda e escolaridade. Como o nível de escolaridade é um forte indicador do status socioeconômico (Seidl-de-Moura et al. 2008), optou-se por agregá-los para a discussão. Além disso, Matsumura et al. (2019) apontam que, em uma amostra de famílias japonesas, o nível de escolaridade dos pais reflete no status socioeconômico das famílias, sendo que um nível de escolaridade mais alto determinou maior status econômico, relacionado a estar empregado e ter a capacidade de encontrar apoio social com facilidade, o que pode prevenir a depressão parental.

Trazendo este ponto para a realidade brasileira, Vieira, et al. (2010) encontraram que o nível educacional dos pais é um preditor positivo sobre as práticas de cuidado dos filhos e também tem se mostrado um bom preditor do conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil. Desse modo, o nível de escolaridade dos pais parece funcionar como um fator protetivo para o desenvolvimento infantil, embora se reconheça que existam outros fatores. Apesar de o estudo de Vieira, et al. (2010) não ter considerado a coparentalidade de forma explícita, podemos associar esta ideia ao presente estudo por entender que uma coparentalidade cooperativa também funciona como um fator protetivo para o desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, percebe-se que o nível de escolaridade dos pais tem se relacionado ao conhecimento que os pais têm sobre o desenvolvimento infantil e familiar saudáveis. Uma hipótese para essa relação é que pais com nível de escolaridade mais alto podem ter sido mais expostos a livros, a conhecimento e a um ambiente que entende a importância de estudar sobre o desenvolvimento infantil e familiar saudáveis (Seidl-de-Moura et al. 2008). Cabe destacar que, na sociedade brasileira, o acesso a universidades de ensino superior não é, muitas vezes, acessível a toda população. Os indivíduos que têm acesso à essa oportunidade são considerados um grupo privilegiado (Ribas et al., 2003; Vieira, et al., 2010). Tendo em vista que a grande maioria dos participantes da presente pesquisa possuíam, pelo menos, ensino superior, podemos considerar a amostra desta pesquisa como um grupo privilegiado.

Nessa direção, Mangelsdorf et al. (2011) destacam que altos níveis educacionais e de status socioeconômico dos pais podem estar associados com interações coparentais

mais harmônicas e com suporte coparental satisfatório. Mas, os autores salientam que a influência da variável socioeconômica pode ser indireta, no sentido de que quanto menor o nível socioeconômico, maiores são os níveis de estresse que também podem afetar negativamente a qualidade parental e coparental. Desse modo, podemos entender que o nível educacional e socioeconômico das famílias podem influenciar na coparentalidade de várias maneiras, visto que famílias com status socioeconômico mais baixos podem ter mais dificuldades em dividir responsabilidades parentais devido a recursos financeiros limitados, maior estresse e instabilidade emocional e menor acesso a serviços de apoio. Cabe destacar que a presente pesquisa não avaliou estes outros fatores, somente os níveis de escolaridade e socioeconômico, o que pode ser importante de ser avaliado em pesquisas futuras.

Assim, compreende-se como uma tendência de mudança de práticas parentais e relações coparentais mais saudáveis em um ambiente onde os genitores tenham mais acesso à educação (Seidl-de-Moura et al. 2008). Pois, à medida em que os pais com maior escolaridade valorizarem boas práticas coparentais, mais saudável será o relacionamento coparental, tendo impacto positivo para a própria saúde mental, dos pais e da família como um todo. Sendo o nível educacional e socioeconômico dos pais uma variável importante no estudo das famílias e um fator que influencia a forma como os pais se relacionam entre si e educam seus filhos. O que vai ao encontro da hipótese três do presente estudo que supunha que os participantes com maiores níveis de escolaridade e socioeconômico também apresentariam melhor qualidade no relacionamento coparental.

Referente à exposição a conflitos, os resultados evidenciaram que os participantes com filhos atípicos apresentam escores maiores de exposição a conflitos quando comparados com os participantes com filhos com desenvolvimento típico. Este achado é corroborado pelo estudo de Norlin e Broberg (2013) que mostrou que pais de crianças atípicas, em comparação com um grupo controle, relataram maiores níveis de estresse e maiores índices de exposição a conflitos do que pais do grupo de controle.

Estudos têm mostrado que pais de crianças atípicas geralmente enfrentam uma vida diária mais estressante e com maiores desafios emocionais do que pais de crianças típicas (Cummings & Davies, 2002; Norlin & Broberg, 2013). No entanto, há que se considerar as habilidades individuais de cada um e o apoio familiar que esses pais recebem para adaptar-se às peculiaridades que criar uma criança atípica exige. Em famílias de crianças com desenvolvimento típico, muitas vezes, os pais podem não

atentar-se à questão do preconceito e limitações que as características dos filhos podem trazer ao longo da vida. Já os pais de crianças atípicas, geralmente, apresentam tais preocupações e medos, o que pode gerar estresse e conflitos parentais (Kouros et al. 2008).

Nesse sentido, Portes, Amorim e Vieira (2022) estudaram relações entre os estilos parentais, as dimensões da coparentalidade e problemas de comportamento em crianças atípicas. Os autores descobriram que os estilos parentais permissivo e autoritário podem levar a uma relação coparental negativa, com pouco apoio do companheiro, exposição a conflitos e boicote das funções parentais. Essa forma de desempenhar a coparentalidade, por sua vez, pode acarretar em prejuízos comportamentais para as crianças atípicas. Desse modo, a presente pesquisa é corroborada por estudos anteriores que apontam para diferenças entre pais de crianças típicas e atípicas, onde pais de crianças atípicas passam por níveis mais altos de estresse (Neece & Baker 2008).

Os resultados da presente pesquisa mostraram que os participantes homens apresentaram médias maiores nas seguintes dimensões positivas da coparentalidade, acordo coparental, divisão do trabalho, suporte coparental e reconhecimento da parentalidade do parceiro. Este achado pode estar relacionado a questões culturais, que apontam para diferenças nas expectativas e estereótipos sociais para pais e mães em relação às responsabilidades familiares. Apesar do homem estar colaborando mais nas tarefas de casa, as mulheres ainda se dedicam duas vezes mais para cuidar das crianças e dos afazeres domésticos (Hernandez & Hutz, 2010). Assim, esta é uma hipótese de que com menos responsabilidades familiares, os homens sintam-se mais satisfeitos com a dinâmica familiar.

Por outro lado, é importante destacar que existem famílias em que os homens também se empenham em igualdade às mulheres nas tarefas do lar. Fidelis, Falcke & Mosmann, (2017) estudaram famílias brasileiras com filhos menores de um ano e identificaram que a maioria dos homens participantes do estudo, mostraram-se participativos nas tarefas de casa. Por isso, não podemos generalizar as diferenças entre pais e mães na coparentalidade, uma vez que existem diferentes dinâmicas familiares e individuais.

Referente às dimensões da saúde mental positiva, os participantes com maiores índices de bem-estar emocional e bem-estar social, também apresentaram maior nível

socioeconômico. Tal achado corrobora com Keyes (2006) que salienta que indivíduos com altos níveis de bem-estar tendem a ter altos níveis de auto realização, maiores lucros nos negócios, maior produtividade no trabalho, maior proteção contra a mortalidade, hábitos mais saudáveis, melhor funcionamento do sistema cognitivo e imunológico, aumento dos níveis socioeconômicos e maior sentimento de contribuição social e envolvimento na comunidade. Além disso, cabe destacar que pessoas com níveis socioeconômicos mais elevados podem ter maior acesso a serviços e recursos que promovam o bem-estar, como psicoterapias, o que pode aumentar os índices de saúde mental positiva (Keyes, 2005, 2006).

Por fim, ressalta-se que apesar de os resultados da presente pesquisa demonstrarem que os fatores sociodemográficos renda, escolaridade e tipo de desenvolvimento do filho exercem influência na relação coparental, os resultados não podem ser generalizados para todas as famílias, pois retratam a realidade da população investigada na presente pesquisa. Além disso, é importante destacar que o nível socioeconômico, de escolaridade e tipo de desenvolvimento do filho não são os únicos fatores determinantes na coparentalidade e que pais de diferentes classes sociais e com filhos atípicos também podem estabelecer uma coparentalidade saudável e efetiva.

7.3 Associações entre Saúde Mental e Coparentalidade

Por meio das análises estatísticas, a presente pesquisa revelou que as dimensões positivas da coparentalidade acordo coparental, reconhecimento da parentalidade do parceiro e suporte coparental apresentaram correlações com o bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. À medida em que os pais participantes, conseguem entrar em acordo em assuntos relacionados à criança, como: valores morais, disciplina e expectativas de comportamento, necessidades emocionais da criança, padrões e prioridades educativas; confiam na competência parental do parceiro, reconhecem e respeitam as suas contribuições e a sustentação das decisões e autoridade do outro e respeitam e dão suporte às decisões parentais do outro (Feinberg, 2003), eles também apresentam altos níveis de satisfação com sua vida, desfrutam de afeto positivo (bem-estar emocional), possuem visão positiva em relação a si mesmo e aceitam aspectos da própria personalidade (bem-estar psicológico) e apresentam capacidade de demonstrar atitudes positivas e aceitação em relação às diferenças individuais (bem-estar social) (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

Desse modo, podemos perceber relações entre as dimensões positivas da coparentalidade (acordo coparental, reconhecimento da parentalidade do parceiro e suporte coparental) e indicativos de saúde mental positiva. Tal achado é corroborado por Keyes (2005) que salienta que indivíduos com altos índices de saúde mental positiva, tendem a ter relações positivas com os outros, relações pessoais satisfatórias nas quais a empatia e a intimidade são expressas.

Apesar de, na literatura científica não ter sido encontrado estudos que avaliassem a saúde mental, neste contexto, através do mesmo instrumento que se utilizou na presente pesquisa, foram encontrados estudos que destacam que a saúde mental dos pais está associada às percepções da relação coparental, e que essas associações perduram ao longo do tempo (Williams, 2018). Nesse sentido, Norlin e Broberg (2013) destacam que as relações dentro da família estão interligadas. Os autores apontam que a qualidade conjugal e a qualidade da coparentalidade são preditores significativos e importantes do bem-estar parental e que as reações individuais diante dos desafios do papel parental não estão relacionadas apenas à díade criança-pai, mas também à relação com o outro genitor. Isto salienta a importância da relação saudável do casal para o bem-estar individual dos pais.

Para Schrodts e Afifi (2019), um relacionamento coparental positivo reflete em um contexto familiar confiável, onde ambos os adultos se sentem seguros para compartilhar suas preocupações e frustrações sobre seus filhos um ao outro. A segurança e a confiança que ambos os pais sentem para revelar suas preocupações referentes aos seus filhos, pode refletir em um sentimento de cooperação e apoio coparental, aumentando a proximidade coparental. Assim, o apoio coparental melhora a relação entre os pais e ajuda a evitar conflitos.

Nesse sentido, Price-Robertson, et. al., (2017) apontam que existem associações entre a saúde mental dos pais e a qualidade de seus relacionamentos coparentais. Ao controlar variáveis como felicidade no relacionamento parental, envolvimento do pai e saúde mental materna, os autores observaram que a saúde mental dos pais se relaciona significativamente à qualidade da coparentalidade. Em comparação com os pais que não relataram sofrimento psicológico, os pais com “sofrimento leve” tiveram relacionamentos coparentais de menor qualidade, enquanto os pais com “sofrimento grave” tiveram relacionamentos coparentais piores. Além disso, os autores destacam que a força da

associação entre saúde mental paterna e qualidade da coparentalidade enfraqueceu quando a variável “felicidade do relacionamento” foi incluída. Isto mostra que a coparentalidade positiva também está associada a uma maior qualidade do relacionamento conjugal (Price-Robertson, et. al., 2017).

Este achado é corroborado pelo estudo de Yalcintas e Pike (2021) ao mostrar que a coparentalidade e a satisfação com o parceiro conjugal se relacionam a problemas de internalização individuais. Os autores descobriram que uma boa relação coparental foi capaz de prevenir depressão e estresse e, ao controlar também a satisfação com o parceiro conjugal, esta preveniu ansiedade em relação à coparentalidade. Assim, podemos entender que estar satisfeito com o cônjuge reflete de forma positiva para as relações familiares. Este achado pode ser útil para o cenário da psicoterapia, em especial para a terapia de casal, pois o casal pode trabalhar para aumentar a satisfação conjugal e a coparentalidade, e isso pode beneficiar a família como um todo (Yalcintas & Pike, 2021).

Nesse sentido, entendemos que em uma relação de coparentalidade positiva, os pais cooperam entre si e apoiam-se mutuamente na criação dos filhos (Feinberg, 2003). Estudos anteriores mostram que uma relação coparental positiva pode beneficiar tanto as crianças, com um comportamento mais adaptativo, quanto os próprios pais, com um relacionamento conjugal mais satisfatório (Latham et al., 2018). O estudo de Norlin e Broberg (2013) mostrou que a qualidade conjugal e a qualidade da coparentalidade são preditores significativos e importantes do bem-estar parental e isso enfatiza a importância da relação conjugal para o bem-estar individual dos pais. Além disso, um estudo longitudinal com famílias australianas mostrou que, à medida que a saúde mental dos pais mudava ao longo do tempo, também mudava a qualidade de seus relacionamentos coparentais (Price-Robertson, et. al., 2017).

Além disso, estudos anteriores mostram que o suporte e a concordância na relação de coparentalidade podem reduzir os sintomas de depressão em pais e mães (Takeishi, et al, 2021). Böing e Crepaldi (2016) estudaram famílias biparentais brasileiras e encontraram que quanto mais as mães percebiam o suporte de seus esposos, mais endossaram a parentalidade deles. Estes resultados destacam o potencial protetivo que o suporte coparental tem para relacionamentos familiares positivos e para o desenvolvimento infantil.

Por outro lado, Ju Liang e Bian (2021) apontam que as características da personalidade e os sintomas depressivos são características individuais parentais que influenciam a relação de coparentalidade. Os autores descobriram que altos níveis de neuroticismo e depressão em pais e mães relacionaram-se com menos satisfação no relacionamento de coparentalidade e com maior vulnerabilidade na relação coparental. Esses achados auxiliam numa melhor compreensão de como o funcionamento individual dos pais reflete na relação coparental, mostrando a inter-relação da personalidade e aspectos da saúde mental.

A literatura científica também mostra que a depressão parental está associada a níveis mais baixos de relato dos pais sobre o suporte coparental (Isacco, Garfield & Rogers, 2010). Nesse sentido, Mallette et al. (2020) em um estudo feito com mães norte americanas, destacam que baixos níveis em suporte coparental e no envolvimento do pai com o filho, ao longo do tempo, estão associados a maiores índices de depressão materna e menor satisfação com a vida. No entanto, quando os pais estão ativamente envolvidos como dupla coparental e participativos na vida do filho, as mães demonstram estar mais satisfeitas e colaborativas a longo prazo. Assim, podemos entender que a relação de coparentalidade pode ser impactada de forma positiva pelo suporte que os pais oferecem às mães e conforme a quantidade de tempo que um pai passa com seu filho.

Nesse sentido, um estudo norte americano mostrou que mães que perceberam diminuição na quantidade de tempo que o pai passa com a criança, ao longo do tempo, e falta de suporte do esposo, são mais propensas a relatar níveis mais baixos de satisfação com a vida e mais sintomas depressivos (Dush, et al., 2011) Desse modo, a falta de suporte coparental, pode sobrecarregar um genitor e interferir de forma negativa em sua saúde mental. Assim, os fatores de risco para a saúde mental materna podem incluir declínios no envolvimento do pai e falta de suporte coparental (Lamela et al., 2013).

Desse modo, entendemos que o suporte recebido na coparentalidade está relacionado a melhores índices de saúde mental e isso corrobora com estudos anteriores que apontam que, o suporte e a concordância na relação de coparentalidade, podem reduzir os níveis de estresse e depressão dos pais (mãe/pai), enquanto o conflito e o enfraquecimento da coparentalidade estão relacionados a níveis mais altos de depressão (Takeishi, et al, 2021; Yalcintas & Pike, 2021 Solmeyer & Feinberg, 2011).

Nessa direção, as análises do presente estudo mostraram que exposição a conflitos apresentou correlação estatisticamente significativas de forma inversa e fraca com bem-estar emocional e com bem-estar psicológico. Ou seja, a medida em que os pais não conseguem manejar seus próprios conflitos, expondo os filhos a situações de hostilidade, ou ainda, envolvendo as crianças nas soluções de seus desentendimentos, menos satisfeitos estão com sua vida como um todo, frequentemente desfrutam de afeto negativo (bem-estar emocional) e possuem visão mais negativa em relação a si mesmo e possuem menos relacionamentos afetuosos, seguros, íntimos e satisfatórios com os outros (bem-estar psicológico) (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

Este achado corrobora com pesquisas que têm mostrado que a coparentalidade está fortemente ligada ao ajustamento dos pais e dos filhos (Feinberg, 2003; Mosmann et al., 2017; Teubert & Pinquart, 2010). A coparentalidade exercida de forma positiva e saudável se relaciona com melhores níveis de saúde mental, bem como habilidades sociais e o manejo de conflito interparental. Por outro lado, estudos indicam que conflitos na forma de desempenhar a coparentalidade desencadeiam comportamentos desadaptativos em crianças e impacto na saúde mental dos pais (Lamela & Figueiredo, 2016).

Além disso, Mosmann et al. (2018), encontraram que casais que priorizam o uso de estratégias construtivas como compreensão e suporte mútuo para resolver seus conflitos, tendem a ter maior percepção de qualidade do relacionamento conjugal e impacto positivo no ambiente familiar. Nesse sentido, os conflitos coparentais podem estar relacionados a diferentes ideias sobre os papéis e funções parentais e pensamentos divergentes sobre os valores familiares (Mangelsdorf et al., 2011) e isso corrobora com Feinberg (2003) que aponta que as atitudes parentais são parcialmente baseadas nas próprias vivências com suas famílias de origem, assim, pode ser difícil entrar em um acordo quanto às questões da criação dos filhos.

Estudos feitos com pais com depressão apontam que a depressão paterna tem um impacto negativo, não apenas nas próprias percepções de coparentalidade, mas também nas percepções das mães sobre o relacionamento coparental (McHale & Lindahl, 2011; Price-Robertson, et. al., 2017) Assim, podemos entender que a depressão de um dos genitores tem um impacto negativo nas percepções de coparentalidade cooperativa e isso pode ter consequências ao longo da vida das famílias, por isso destaca-se a importância da coparentalidade cooperativa para o bem-estar dos pais e das crianças também.

Para Lamela e Figueiredo (2016), o conflito coparental pode refletir a transferência dos conflitos conjugais para a relação coparental e isso pode acontecer pela dificuldade de estabelecer fronteiras claras nos relacionamentos familiares, o que pode ser um dos principais fatores explicativos para o conflito coparental. Essa dificuldade em estabelecer fronteiras claras nos relacionamentos pode ser prejudicial para o casal e para os filhos, pois o conflito coparental está associado ao aumento de sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento nas crianças (Lamela & Figueiredo, 2016).

A presente pesquisa encontrou que a sabotagem coparental apresentou correção inversa e fraca com bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. A medida em que a dupla coparental, não se apoia mutuamente como pais, e apresenta um padrão de hostilidade, crítica e afeto negativo perante o outro, menos satisfeitos estão com sua vida como um todo, frequentemente desfrutam de afeto negativo (bem-estar emocional), possuem visão mais negativa em relação a si mesmo, possuem menos relacionamentos afetuosos, seguros, íntimos e satisfatórios com os outros (bem-estar psicológico) e apresentam menor capacidade de demonstrar atitudes positivas e aceitação em relação às diferenças individuais e menos crenças de que a sociedade e seus membros são capazes de evoluir positivamente (bem-estar social) (Keyes, 2002; Machado & Bandeira, 2015).

Este achado é corroborado por Turney e Hardie (2020), cujo trabalho aponta evidências de que maiores índices de sabotagem coparental refletiram em maiores índices de depressão para os genitores e isso aumentou a probabilidade de separação. Além disso, a sabotagem coparental mostra uma relação positiva com os problemas de ajustamento infantil, esses aspectos nos permitem entender que a sabotagem coparental funciona como um fator de risco para o bem-estar familiar (Lamela & Figueiredo, 2016).

Estudos anteriores apontam que relações coparentais de baixa qualidade, marcadas pela presença de conflitos e sabotagem do papel parental do outro, estão associadas a uma série de problemas de saúde mental, incluindo depressão e transtornos de ansiedade (Whisman & Baucom, 2012; Lamela & Figueiredo, 2016). Dessa forma, a presente pesquisa corrobora com estes achados à medida que os baixos índices de saúde mental implicam em uma coparentalidade mais conflituosa, sendo essa uma influência bidirecional, ou seja, o conflito na coparentalidade pode levar a menores índices de saúde

mental e menores índices de saúde mental interfere na capacidade dos pais de exercer uma coparentalidade eficaz.

Lamela, et. al. (2017) estudaram associações entre depressão e agrupamentos de sintomas somáticos à parentalidade e coparentalidade de mães portuguesas. Os autores destacam que sintomas depressivos e sintomas somáticos foram associados a níveis mais altos de coparentalidade de conflito, sendo que mães com alta níveis de sintomas depressivos apresentaram maior expressão de raiva desregulada em interações parentais e coparentais. Além disso, Richardson e Futris (2019) destacam que a presença de tensão e de estressores nos sistemas familiares pode impactar na percepção sobre a qualidade do relacionamento conjugal e coparental.

Nesse sentido, estudos também apontam que a depressão diminuiu a qualidade do relacionamento conjugal e aumenta a probabilidade de separação, o que favorece a sabotagem coparental (Cooper et al., 2015 Turney & Hardie, 2020). Isso sugere que a uma forma que a os sintomas depressivos prejudicam o relacionamento coparental é por meio de seu impacto no subsistema conjugal. Assim entende-se que as associações entre depressão parental e cooperação coparental não depende, em geral, do estado civil em si, mas sim a qualidade da relação coparental. Isso explica a forma com que a saúde mental dos pais influencia na relação coparental.

Sendo assim, pais que desempenham uma coparentalidade cooperativa também apresentam maiores índices de satisfação com a vida, ao padrão de vinculação seguro e a melhores desfechos de ajustamento psicológico. Ao passo que a coparentalidade conflituosa associa-se positivamente a desfechos psicológicos menos saudáveis dos pais e a maior presença de problemas de internalização e de externalização (Lamela et al., 2013; Lamela et al., 2016). Estes achados ajudam a compreender a coparentalidade como um subsistema familiar importante para o funcionamento familiar e do bem-estar psicológico dos membros da família, em especial dos pais.

Por fim, cabe destacar que a presente pesquisa foi coletada entre os anos de 2020 a 2022, anos marcados pela pandemia da COVID-19, uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e que trouxe implicações bastante negativas para o bem estar das pessoas. Schönfeldt e Bückner (2022) investigaram a saúde mental de pais com filhos pequenos e de pessoas sem filhos, residentes da região sul do Brasil durante a pandemia da COVID-19 e encontraram que os grupos com maior vulnerabilidade em

relação à sua saúde mental foi o de participantes sem filhos e com filhos de 0 a 6 anos, com maiores escores para as escalas de depressão, ansiedade e estresse, e estresse pós-traumático, em comparação com o grupo com filhos de 7 anos ou mais. Desse modo, considera-se que a pandemia impactou a saúde mental da população e isso pode ter um impacto considerável sobre a saúde mental dos participantes analisados nesta pesquisa. Assim, os resultados discutidos neste subtópico confirmam a hipótese dois do presente estudo que supunha que os participantes com baixos índices de saúde mental também apresentariam pior qualidade no relacionamento coparental.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre as dimensões da coparentalidade e as dimensões da saúde mental positiva de pais e mães em uma amostra brasileira. Ao analisar os resultados obtidos podemos inferir que o presente estudo está corroborado por pesquisas anteriores e os resultados encontrados apoiam o modelo ecológico de coparentalidade de Feinberg (2003) que sugere que as características individuais dos pais, podem influenciar o relacionamento de coparentalidade.

No que concerne às contribuições deste estudo, foi possível perceber que o nível de escolaridade dos participantes influenciou na forma como eles exercem a coparentalidade, em especial nas dimensões de acordo coparental e divisão do trabalho, onde participantes com maiores níveis de escolaridade apresentaram médias maiores nestas dimensões. Referente às dimensões de saúde mental positiva a escolaridade dos participantes influenciou somente no bem-estar social, sendo que participantes com maiores níveis de escolaridade apresentaram médias maiores nesta dimensão.

O presente estudo demonstrou que o estado civil dos participantes influenciou na forma como eles exercem a coparentalidade, sendo que os participantes casados apresentam escores maiores em acordo coparental, divisão do trabalho, suporte coparental e reconhecimento da parentalidade do parceiro. Referente às dimensões negativas da coparentalidade os pais divorciados apresentaram escores maiores em sabotagem coparental. Além disso, os participantes com filhos atípicos apresentam escores maiores de exposição a conflitos quando comparados com os participantes com filhos com desenvolvimento típico.

Esses achados mostram que variáveis sociodemográficas como o estado civil, escolaridade e se os filhos possuem algum diagnóstico, impactam na forma como os pais desempenham a coparentalidade. Desse modo, intervenções com grupos específicos podem ser de grande valia para que pais e mães consigam desenvolver uma coparentalidade de forma mais saudável. Além disso, é importante que sejam promovidas políticas públicas e suporte para aquelas famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, que, eventualmente, possam ter alguma dificuldade para manejar conflitos familiares para que possam promover ambientes saudáveis de desenvolvimento para a família.

A presente pesquisa verificou que o estado civil dos participantes também influenciou na saúde mental. Os participantes casados apresentaram escores maiores em bem-estar emocional e em bem-estar psicológico, já na dimensão bem-estar social os participantes divorciados apresentaram maiores escores. Embora os resultados tenham demonstrado que participantes divorciados tiveram menores escores em bem-estar emocional e psicológico, a presente pesquisa não controlou outros aspectos como o estresse parental e sobrecarga de tarefas ao ter que conciliar a vida pessoal, familiar e profissional, que também podem ter influência neste aspecto, já que o momento do divórcio exige readaptação das funções e dos papéis familiares, assim como um processo de importantes mudanças. Pesquisas futuras podem se beneficiar ao incluir essa variável.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que algumas dimensões da coparentalidade se relacionaram com as dimensões da saúde mental positiva. Sendo que as dimensões acordo coparental, reconhecimento da parentalidade do parceiro, suporte coparental, apresentaram correlações com o bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. A dimensão sabotagem coparental apresentou correlação inversa com bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Por fim, a dimensão exposição a conflitos correlacionou-se de forma inversa com bem-estar emocional e com bem-estar psicológico. Assim, a presente pesquisa demonstrou que bons índices de saúde mental de pais e mães está associado a exercer uma coparentalidade de forma colaborativa e positiva. Nesse sentido, para minimizar os impactos negativos da saúde mental dos pais na coparentalidade, é importante buscar suporte e apoio e se necessário, ajuda profissional.

Desse modo, dada a importância da saúde mental e da coparentalidade para o bem-estar da família, a ciência psicológica pode contribuir no sentido de prevenção e promoção da saúde de pais e mães, ressaltando que abordar a temática da saúde mental parental, pode ser essencial para a qualidade da relação de coparentalidade e o bem-estar geral das famílias. Além disso, os achados da presente pesquisa destacam a importância de estudar a saúde mental através de seus aspectos positivos e não somente através de diagnósticos e/ou doenças mentais, pois isso pode auxiliar profissionais a intervir de forma a prevenir adversidades nas relações familiares.

Assim, entende-se como de grande importância o papel dos psicólogos que atuam com famílias, pois eles podem ajudar pais e mães a desenvolverem habilidades para administrarem seus conflitos e superarem as barreiras no relacionamento, possibilitando

que desenvolvam relações coparentais mais saudáveis, já que a dupla coparental é responsável por estabelecer as fronteiras familiares, as quais irá repercutir na qualidade das relações familiares. Desse modo, a presente pesquisa entende que o relacionamento coparental pode ser um foco para intervenções com famílias, tendo em vista seu grande impacto para a saúde dos próprios pais e também dos filhos. Assim, entende-se ser de grande importância que a dupla coparental invista em sua saúde mental para que isso seja benéfico também para a satisfação com a coparentalidade.

Apesar de a pesquisa ter sido amplamente divulgada e disponibilizada por aproximadamente dois anos, identifica-se, como primeira limitação deste estudo, a quantidade reduzida de participantes divorciados, homens e com filhos com desenvolvimento atípico, quando comparados com a porcentagem de pessoas com esse perfil presentes na população geral. Em especial para as análises quantitativas, existe a possibilidade que o número reduzido destes participantes tenha interferido no comportamento dos dados nas análises de correlações. Por esta razão, optou-se pelo uso da correlação não paramétrica, considerando que todas as variáveis não apresentaram distribuição normal dos dados. Entende-se que com um número maior de participantes, poderiam ser realizadas análises estatísticas mais sofisticadas que apontassem a direção das relações entre as variáveis, identificando fatores moderadores e mediadores das diferentes relações. Por isso, sugere-se que estudos futuros explorem essas relações mais detalhadamente em uma amostra maior.

Destaca-se também a dificuldade de engajar homens, o que converge com dados da literatura da área, visto que em estudos sobre o contexto familiar as amostras costumam ser compostas, geralmente, por mães. Diante disso, ressalta-se a importância da participação dos homens da presente amostra, possibilitando o acesso às percepções tanto das mães quanto dos pais em diferentes questões relacionadas ao contexto familiar.

Outra limitação foi o fato de a pesquisa ter sido realizada de forma *online* e que apesar dessa metodologia possibilitar uma impessoalidade maior ao processo e embora os instrumentos utilizados tenham passado por processo de análise de confiabilidade, adaptação e validação no contexto brasileiro, faz-se necessário considerar a propensão dos participantes a responderem de forma tendenciosa as questões de autorrelato apresentadas, ou seja, há que se considerar a questão da desejabilidade social. Portanto, sugere-se, que pesquisas futuras possam avaliar a coparentalidade e a saúde

mental das famílias por meio de entrevistas qualitativas mais aprofundadas, tendo em vista que cada caso é um constituído por diversas facetas. Desse modo, entende-se que aprofundar o estudo com cada família pode enriquecer a literatura científica.

Outro ponto que merece destaque é que os participantes apresentaram altos níveis de escolaridade, sendo que a maioria dos participantes possuíam pós-graduação e a grande maioria graduação. Desse modo, a amostra estudada pode não refletir a realidade brasileira de um modo geral. Este aspecto pode caracterizar um viés nos resultados desta pesquisa, pois representa uma parcela com acesso a mais recursos educacionais e provavelmente mais materiais bibliográficos.

Os resultados da presente pesquisa podem ser usufruídos por profissionais que trabalham com famílias para promover ambientes saudáveis de desenvolvimento, à medida que auxiliem as famílias a compreender que as variáveis individuais permeiam as relações interpessoais e influenciam na relação entre os subsistemas familiares. Utilizando-se de estratégias para fortalecer a dinâmica da relação coparental e assim, elaborar intervenções clínicas a partir da ampliação da compreensão das demandas familiares.

Finalmente, os achados deste estudo corroboram com estudos anteriores na literatura de que ressaltam o impacto da saúde mental dos pais no exercício da coparentalidade. O presente estudo sustenta a ideia de que as relações dentro da família estão interligadas e que a qualidade do relacionamento coparental deve receber atenção dos profissionais que atuam no âmbito familiar, assim como os pais e mães que demonstram ter dificuldades em seu relacionamento conjugal devem receber encaminhamentos apropriados. Por fim, espera-se que os resultados deste trabalho possam servir de incentivo, ainda, aos pesquisadores que se interessam em pesquisar a realidade as famílias brasileiras.

9. REFERÊNCIAS

- Alcântara, V.P., Lopes, C.A. & Alves, S.V. (2022). Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* 27(01). <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019>
- Baker, J., McHale, J., Strozier, A. & Cecil, D. (2010). Mother–Grandmother Coparenting Relationships in Families with Incarcerated Mothers: A Pilot Investigation. *Fam Process*. 49(2): 165–184. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01316.x.
- Bandeira, D.R., Azevedo, E.C., Cattani, B.C., Silva, M.A., Mendonça, E.J.F., & Frizzo, G.B. (2020). Factors associated with mental health in mothers with children under seven. *Psicothema*, 32(3), 346-351. doi: 10.7334/psicothema2019.71
- Barbosa, P.Z. & Rocha-Coutinho, M.L. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 577-587. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300011>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Belsky J, Crnic K. & Gable S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: spousal differences and daily hassles. *Child Development*. 66: 629-42.
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 38–85). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Böing, E. (2014). Relações entre Coparentalidade, funcionamento familiar e estilos parentais em uma perspectiva intergeracional. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina] Biblioteca de teses e dissertações. <https://core.ac.uk/download/pdf/30405037.pdf>
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2016). Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. *Educar em Revista*, 59, 17-33. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.44615>

Bonfim, I.G., Bastos, E.N.E., Góis C.W.L., Tófoli, L.F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(45):287-300.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

Brito, L.M.T. (2007). Família pós-divórcio: a visão dos filhos. *Psicol. cienc. prof.*, 27(1), 32-45. doi: 10.1590/S1414-98932007000100004.

Bronfenbrenner, U. (2011). *A Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humano mais humanos*. Artes Médicas.

Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & La Taillade, J. J. (2009). Predictors of coparenting in Mexican American families and links to parenting and child social emotional development. *Infant Mental Health Journal*, 30, 523-548. doi: 10.1002/imhj.20227

Carter, B., McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, T.R., Barham, E.J., Souza, C.D., Böing, E., Crepaldi, M.A. & Vieira, M.L. (2018). Cross-cultural Adaptation of an Instrument to Assess Coparenting: Coparenting Relationship Scale. *Psico-USF*, 23(2), 215-227. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230203>

Cheung, K., & Theule, J. (2019). Paternal depression and child externalizing behaviors: A metaanalysis. *Journal of Family Psychology*, 33(1), 98–108. <https://doi.org/10.1037/fam0000473>

Cohen. J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second Edition. Hillsdale. NJ: *Lawrence Erlbaum Associates*. Publishers.

Colvero, L.A, Ide C.A.C. & Rolim M.A. (2004). Família de doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 38(2):197-205.

Cooper, C. E., Beck, A. N., Högnäs, R. S., & Swanson, J. (2015). Mothers' partnership instability and coparenting among fragile families. *Social Science Quarterly*, 96(4), 1103–1116. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12161>

Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3^a ed. Porto Alegre (RS): Artmed.

Cummings E. M. & Davies P.T. (2002) Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 31–63.

Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479–489.

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, 25, 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>

Dush, C. M. K., Kotila, L. E., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2011). Predictors of supportive coparenting after relationship dissolution among at-risk parents. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 356–365. doi:10.1037/a0023652

Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95– 131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01

Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(2), 253–263. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.253>

Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting: Science and Practice*, 12(1), 1-21. doi:10.1080/15295192.2012.638870

Feinberg, M. E., Kan, M. L., & Hetherington, E. M. (2007). The longitudinal influence of coparenting conflict on parental negativity and adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 687–702. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00400.x>

Fidelis, D.Q., Falcke, D., & Mosmann, C. (2017). Conjugalidade e coparentalidade tardia. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 189-199. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1490>

Fidelis, D.Q., Heinen, M., Mosmann, C.P., Falcke, D. & Schaefer, J.R. (2022). Relações entre Conjugalidade, Parentalidade e Coparentalidade em Famílias com Crianças: Uma Revisão Sistemática. *Cadernos de Psicologia. Ribeirão Preto*, 2(2), 1-16. DOI: 10.9788/CP2022.2-03

Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. IBM book.

Fonte, C., Ferreira, C. & Alves, S. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: Relações entre psicopatologia e bem-estar. *Revista Psique*, 13, 57-74.

Fraenkel, P. & Capstick, C. (2016). Famílias contemporâneas biparentais enfrentando os desafios profissionais e familiares. In F. Walsh, *Processos Normativos da Família* (pp. 78-101). Artmed.

Frizzo, G.B., Kreutz, C.M., Schmidt, C., Piccinini, C.A. & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica: implication for research and clinical practice. *Journal of Human Growth and Development*, 15(3), 84-93.

Frizzo, G.B., Schmidt, B., Vargas, V. & Piccinini, C.A. (2019). Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. *Psico-USF*, 24(1), 85-96. <https://doi.org/10.1590/1413-8271201924010>

Fuller-Thomson E. & Minkler, M. (2000). The mental and physical health of grandmothers who are raising their grandchildren. *Journal of Mental Health and Aging*. 6. 311–323.

Garfield, C. F., & Chung, P. (2006). A qualitative study of early differences in fathers' expectations of their child care responsibilities. *Ambulatory Pediatrics*, 6, 215–220.

Gomes, L.B., Bossardi, C.N., Cruz, R.M., Crepaldi, M.A. & Vieira, M.L. (2014). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do envolvimento paterno: revisão de literatura. *Avaliação Psicológica (Online)*, 13, 19-27

Goodman, C., & Silverstein, M. (2002). Grandmothers raising grandchildren: Family structure and well-being in culturally diverse families. *The Gerontologist*, 42(5), 676–689. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.676>

Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N., & Féres-Carneiro, T. (2015). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *Revista Da SPAGESP*, 16(2), 3–15. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200002&lng=pt&tlng=pt)

29702015000200002&lng=pt&tlng=pt. Gracia, E. & Musito, G. (2000). *Psicologia social de la familia*. Barcelona: Paidós.

Greene, S. M., Anderson, E. R., Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S., & Hetherington, E. M. (2016). Risco e resiliência após o divórcio. In F. Walsh, *Processos Normativos da Família* (pp. 102-127). Artmed.

Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2010). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421.

Hirdes, A. & Silva, M.K.R. (2014). Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saude Debate* 38(102):582-592.

Hock, R. M., & Mooradian, J. K. (2013). Defining coparenting for social work practice: A critical interpretive synthesis. *Journal of Family Social Work*, 16(4), 314–331. <https://doi.org/10.1080/10522158.2013.795920>.

Hoghugh, M. (2004). Parenting - An Introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and Research for Practice* (pp. 2–18). London: sage publications inc. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781848608160.n1>

Hohmann-Marriott, B. (2009). Father involvement ideals and the union trajectories of unmarried parents. *Journal of Family Issues*, 30, 898–920.

- Hollist, C. S., Falceto, O. G., Seibel, B. L., Springer, P. R., Nunes, N. A., Fernandes, C. L. C., & Miller, R. B. (2016). Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira [Postpartum depression and marital satisfaction: A longitudinal study in a Braziliansample]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-13. doi:10.5712/rbmfc11(38)1044
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
- Insabella, G. M., Williams, T., & Pruett, M. K. (2003). Individual and coparenting differences between divorcing and unmarried fathers: Implications for family court services. *Family Court Review*, 41, 290–306.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Sistema de Estatísticas Vitais: Divórcios. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?edicao=10697&t=resultados>
- Isacco, A., Garfield, C. F., & Rogers, T. E. (2010). Correlates of coparental support among married and nonmarried fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(4), 262–278. <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1037/a0020686>
- Johnson, P., Thorngren, J.M. & Smith, A. J. (2001) Parental divorce and family functioning: effects on differentiation levels of young adults. *The Family Journal*. 9 (3), 265-272. <https://doi.org/10.1177/1066480701093005>
- Ju, J., Liang, L., & Bian, Y. (2021). The coparenting relationship in chinese families: The role of parental neuroticism and depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(9), 2587-2608. doi:10.1177/02654075211016549
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3): 539.

Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.

Kouros C. D., Papp L. M. & Cummings E. M. (2008) Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology* 22, 667–77.

Lamela, D. & Figueiredo, B. (2016). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 92(4), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.09.011>

Lamela, D., Figueiredo, B., & Bastos, A. (2013). Perfis de vinculação, coparentalidade e ajustamento familiar em pais recém-divorciados: diferenças no ajustamento psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 19-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100003>

Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216.

Latham, R. M., Mark, K. M., & Oliver, B. R. (2018). Coparenting and children's disruptive behavior: Interacting processes for parenting sense of competence. *Journal of Family Psychology*, 32(1), 151–156. <https://doi.org/10.1037/fam0000362>

Leiferman, J. A.; Ollendick, T. H.; Kunkel, D. & Christie, I. C. (2005). Mothers' mental distress and parenting practices with infants and toddlers. *Archives of Womens Mental Health*. 8: 243–247

Loureiro, S. R. (2000). *Transtornos de personalidade e avaliação psicodiagnóstica*. In F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini & R. Primi (Org.). Contextos e questões da avaliação psicológica. (pp. 51-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, W.L. & Bandeira, D.R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200207>

Mackintosh, V.H., Myers, B.J. & Kennon, S.S. (2006). Children of Incarcerated Mothers and Their Caregivers: Factors Affecting the Quality of Their Relationship. *J Child Fam Stud*. 15, 579–594 <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9030-4>

Maher, J.; Saugeres, L. (2007). To be or not to be a mother?: Women negotiating cultural representations of mothering. *Journal of Sociology*, 43(1), 5-21.

Mallette, J.K., Futris, T.G., Oshri, A. & Brown, G.L. (2020). Paternal Support and Involvement in Unmarried Fragile Families: Impacts on Long-Term Maternal Mental Health. *Family Process*, 59(2). doi: 10.1111/famp.12456

Mangelsdorf, S. C; Laxman, D. J. & Jessee, A. (2011). Coparenting In Two-Parent Nuclear Families. In J. P. McHale & K. M. Lindahl (Eds.) *Coparenting: A conceptual and clinical examination of Family systems* (pp.39-59). doi:10.1037/12328-007

Margolin, G., Gordis, E.B. & John, R.S. (2001). Coparenting: a Link Between Marital Conflict and Parenting in Two-Parent Families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3-21

Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H. & Inadera, H. (2019). Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Education level and risk of postpartum depression: Results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 19(419).

McConnell, M. C., & Kerig, P. K. (2002). Assessing coparenting in families of school-age children: Validation of the Coparenting and Family Rating System. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34, 44–58.

McGoldrick, M., & Shibusawa, T. (2016). O ciclo de vida familiar. In F. Walsh (Ed.), *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (pp. 375-398). Porto Alegre: Artmed.

McHale JP. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*. 31(6): 985-96.

McHale JP. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*. 28:370–392

McHale, J.P. & Lindahl, K.M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. Washington, DC: American Psychological Association.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento* (J. A. Cunha, Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974).

Monteiro, M.F.G. (1998). *Saúde reprodutiva*. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: a base de tudo*. p. 172-183. São Paulo: Cortez.

Morrill, M. I., Hines, D. A., Mahmood, S., & Co'rdova, J. V. (2010). Pathways between marriage and parenting for wives and husbands: The role of coparenting. *Family Process*, 49(1), 59–73. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01308.x>

Mosmann, C. P., Costa, C. B., Einsfeld, P., Silva, A. G. M., & Koch, C. (2017). Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: Associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes. *Estudos de psicologia*, 34(4). <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400005>

Mosmann, C., Costa, C. B. D., Silva, A. G. M. D. & Luz, S. K. (2018). Filhos com sintomas psicológicos clínicos: Papel discriminante da conjugalidade, coparentalidade e parentalidade. *Trends in Psychology*, 26, 429-442. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-17Pt>

Neece C. & Baker B. (2008) Predicting maternal parenting stress in middle childhood: the roles of child intellectual status, behaviour problems and social skills. *Journal of Intellectual Disability Research* 52, 1114–28.

Nomaguchi, K. M. (2012). Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent–child relationship quality. *Social Science Research*, 41, 489–498. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.08.001>

Oliveira, J.L.A.P. & Crepaldi, M.A. (2018). Relação entre o pai e os filhos após o divórcio: revisão integrativa da literatura. *Actualidades em Psicologia*, 32(124), 91-109 doi: <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.29021>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Recuperado em 20 de nov. 2020, da World health organization: www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Paraventi, L. (2018). Construção e evidências de validade de uma medida das dimensões da parentalidade para pais e mães de crianças pré-escolares. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/205032>

Park, K. (2005). Choosing childlessness: Weber's typology of action and motives of the voluntary childless. *Sociological Inquiry*, 75(3), 372-402.

Peleg, O. (2014) The relationships between stressful life events during childhood and differentiation of self and intergenerational triangulation in adulthood. *Int. J. Psychol.* 49, 262–470.

Pereira M.A.O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2003; 7(12):71-82.

Perren S, Von Wyl A, Bürgin D, Simoni H, Von Klitzing K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 26:173–183. <http://doi.org/10.1080/01674820400028407>.

Portes, J. R. M., Amorim, M. V. L. C., & Vieira, M. L. (2022). Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: estudo correlacional. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 78-89. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.5>

Prati, L. E., & Koller, S. H.. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica*, 23(1), 103–118. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000100007>

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>

Richardson, E. W., & Futris, T. G. (2019). Foster caregivers' marital and coparenting relationship experiences: A dyadic perspective. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 68(2), 185–196. <https://doi.org/10.1111/fare.12354>

Richter, N., Bondu, R., Spiess, C. K., Wagner, G. G., & Trommsdorff, G. (2018). Relations among maternal life satisfaction, shared activities, and child well-being. *Frontiers in Psychology*, 9, 739.

Roizblatt, A.S., Leiva, V.M. & Maida A.M.M. (2018). Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 166-172. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166>

Russell, L.T.; Beckmeyer, J.J.; Coleman, M. & Ganong, L. (2016). Perceived Barriers to Postdivorce Coparenting: Differences Between Men and Women and Associations with Coparenting Behaviors. *Family Relations*: 450–461. DOI:10.1111/fare.12198

Ruzzi-Pereira, A. (2007) Doença Mental Materna: ações de parenting e suporte social. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. McGraw-Hill.

Schönffeldt, S.D.G. & Bücker, J. (2022). Saúde mental de pais durante a pandemia da COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 71(2), 126-132. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000378>

Schrodt, P., & Afifi, T. D. (2019). Venting to unify the front: Parents' negative relational disclosures about their children as mediators of coparental communication and relational quality. *Journal of Family Communication*, 19(1), 47-62. <https://doi.org/10.1080/15267431.2018.1531006>

Seidl-de-Moura, M. L., Lordelo, E., Vieira, M. L., Piccinini, C. A., de Oliveira Siqueira, J., Colino Magalhães, C. M., Ramos Pontes, F. A., Salomão, N. M., & Rimoli, A. (2008). Brazilian mothers' socialization goals: Intracultural differences in

seven Brazilian cities. *International Journal of Behavioral Development*, 32(6), 465–472. <https://doi.org/10.1177/0165025408093666>

Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). Pesquisa de levantamento. In J. J. Shaughnessy, E. B. Zechmeister, & J. S. Zechmeister (Eds.), *Metodologia de pesquisa em psicologia* (9ª, pp. 150–189). Porto Alegre: AMGH Editora.

Silva, I. M. D., Schmidt, B., Lordello, S. R., Noal, D. D. S., Crepaldi, M. A., & Wagner, A. (2020). As relações familiares diante da COVID-19: recursos, riscos e implicações para a prática da terapia de casal e família. *Pensando famílias*, 24(1), 12-28. ISSN 1679-494X.

Soares, M.V.B. & Carvalho, A.M.P. (2009). Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 17(5): 632-638. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000500006>.

Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 504–514. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.006>

Souza, F.M.; Fiorini, M.C. & Crepaldi, M.A. (2020) Relações entre Coparentalidade, Envolvimento Parental e Práticas Parentais de Pais e Mães de Famílias Binucleares. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* v. 02. doi:10.12957/epp.2020.52584

Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.

Souza, M.S., Baptista, M.N. & Alves, G.A.S. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, (28), 32-44.

Souza, P. B. M., Ramos, M. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. C. (2016). Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura. *Estilos da Clínica*, 21(3), 700-720. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i3p700-720>

Stanley, S., & Markman, H. (2020). Helping couples in the shadow of COVID-19 [Ahead of print]. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12575>

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038

Takeishi, Y., Nakamura, Y., Yoshida, M., Kawajiri, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2021). Associations between Coparenting Relationships and Maternal Depressive Symptoms and Negative Bonding to Infant. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 375. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040375>

Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The Association Between Coparenting and Child Adjustment: A meta-analysis. *Parenting*, 10(4), 286–307. <https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>

Tissot, H., Favez, N., Frascarolo, F., & Despland, J. N. (2016). Coparenting behaviors as mediators between postpartum parental depressive symptoms and toddler's symptoms. *Frontiers in Psychology*, 7. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01912

Turney, K. & Hardie, J.H. (2020). The repercussions of parental depression for perceptions of coparental cooperation. *Journal of Marriage and Family*. 1-16 doi:10.1111/jomf.12708

Vieira, M. L., Seidl-de-Moura, M. L., Lordelo, E., Piccinini, C. A., Dal Forno Martins, G., Mafioletti Macarini, S., Ribeiro Moncorvo, M. C., Ramos Pontes, F. A., Colino Magalhães, C. M., Ribeiro Salomão, N. M., & Odália Rimoli, A. (2010). Brazilian Mothers' Beliefs About Child-Rearing Practices. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(2), 195–211. <https://doi.org/10.1177/0022022109354642>

Walsh, F. (2016). Diversidade e complexidade nas famílias do século XXI. In F. Walsh, *Processos Normativos da Família* (pp. 3-27). Artmed.

Weber, A. S., Machado, M. S., & Pereira, C. R. R. (2021). Coparentalidade na Guarda Compartilhada. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(e221957), 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221957>

Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y.

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2

Williams, D. T. (2018). Parental depression and cooperative coparenting: A longitudinal and dyadic approach. *Family Relations*, 67, 253-269. doi: 10.1111/fare.12308

Williams, D. T., & Cheadle, J. E. (2015). Economic hardship, parents' depression, and relationship distress among couples with young children. *Society and Mental Health*, 6, 73–89. <https://doi.org/10.1177/2156869315616258>

World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.

10. APÊNDICES

Apêndice A- Carta convite aos pais para participação na pesquisa

Prezados pais,

É com imensa satisfação que viemos lhe fazer um convite,

Somos Psicólogos, pesquisadores e fazemos parte de um grupo de pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), trabalhamos com o desenvolvimento infantil e julgamos ser muito importante a participação dos pais em nossa pesquisa, por isso estamos entrando em contato para pedir seu apoio colaborando com nossa pesquisa, respondendo ao questionário. Nossa pesquisa é de âmbito nacional para todos os pais, mães, madrastas e padrastos de crianças de 3 a 11 anos, 11 meses e 29 dias, salientamos que as respostas ficam salvas e o questionário pode ser respondido aos poucos. O importante para nós é que vocês consigam responder a todo nosso questionário, o tempo para responder as questões é de aproximadamente 45 minutos. Para responder ao nosso questionário é só clicar no link: <https://pt.surveymonkey.com/r/PDSEIfamII>

Desde já agradecemos a sua participação, sabemos que estamos vivendo em um momento de pandemia com muitos desafios, por isso mais do que nunca sua participação é valiosa para nós neste momento.

Fraternal abraço a todos.

Prof. Dr. Mauro, Luís Vieira

Coordenador da pesquisa

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto guarda-chuva: “Parentalidade e Desenvolvimento Socioemocional Infantil II”



Pesquisa Famílias PDSEI II

Parentalidade e desenvolvimento socioemocional infantil II

Vimos por meio deste convidar você a participar da pesquisa **“Parentalidade e desenvolvimento socioemocional infantil II”**, cujo objetivo é investigar, através de levantamento on-line, o desenvolvimento socioemocional da criança com desenvolvimento típico ou atípico e sua relação com fatores relativos à parentalidade. Esse estudo é importante para ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a parentalidade e o desenvolvimento socioemocional infantil e irá contribuir com produção de conhecimento para promover relações familiares adequadas e saudáveis, além de promover o autoconhecimento dos participantes. O pesquisador responsável Prof^o Dr^o Mauro Luís Vieira, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a **Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. **Sua participação é voluntária**, não remunerada e acontecerá por meio de respostas suas a um formulário on-line sobre o tema, cujo tempo aproximado de preenchimento é de **uma hora**. Seus dados serão tratados de forma confidencial e respeitando sua privacidade, portanto **nenhuma informação que o identifique será divulgada em publicações resultantes da pesquisa**. O material será utilizado somente para fins de pesquisa e só os pesquisadores terão acesso direto às informações nele relatadas, pois os questionários receberão apenas um código e suas repostas serão somadas às repostas das outras famílias. Você é livre para decidir participar, pode parar ou desistir da participação a qualquer momento, e tem assegurada a retirada de seus dados a qualquer momento conforme a sua vontade, sem que isso lhe traga prejuízo algum. A sua participação na pesquisa pode permitir reflexões sobre suas vivências e sentimentos sobre ser pai ou mãe. Ao relatar suas experiências, isso poderá gerar algum desconforto emocional caso julgue ter recordado alguma experiência desagradável. Caso isso ocorra, o(a) senhor(a) poderá interromper as suas respostas aos questionários a qualquer momento, sem que isso implique em prejuízo para você. Além disso, os(as) pesquisadores(as) envolvidos(as) neste projeto detêm domínio das técnicas de intervenção de manejo de situações emocionais reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), estão aptos(as) a realizar práticas inerentes ao profissional de Psicologia, têm cadastro no Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina (CRP-

12) e se comprometem a prestar atendimento psicológico na modalidade on-line ou presencial, caso manifeste necessidade. A participação na pesquisa não prevê nenhum gasto, mas caso existam eventuais despesas decorrentes da sua participação, estas serão ressarcidas integralmente pelo pesquisador responsável. Fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. **A devolução dos resultados da pesquisa será feita via e-mail após a finalização da pesquisa ou presencialmente, em data a ser agendada.** Os dados da sua participação ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, em formato digital, de posse do pesquisador responsável, podendo ser descartados (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se você concordar em participar da pesquisa, solicitamos declare seu consentimento abaixo.

Demais informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas por contato com o pesquisador responsável Mauro Luís Vieira por meio de telefone (48 3721-8606) ou e-mail (maurolvieira@gmail.com), ou diretamente no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), CFH, Bloco E, Campus Trindade, Florianópolis/SC. Você poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, que é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400 ou por telefone (48 37216094) ou e-mail (cep.propesq@contato.ufsc.br).

Após a leitura do presente termo, caso haja aceite, **selecione a opção “Declaro que li e concordo em participar da pesquisa”**, localizada abaixo da apresentação do TCLE on-line, acusando que leu e está de acordo com o Termo apresentado. Você será direcionado ao início do questionário.

* 1. Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. O TCLE na íntegra poderá ser baixado e impresso [neste link](#). Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa.

Não desejo participar da pesquisa.

Apêndice C - Artigo de Revisão Sistemática da literatura, submetido para a Revista Aletheia

Relação entre coparentalidade e saúde mental: uma revisão sistemática da literatura

Autores: M.a Jaíne Foletto Silveira (UFSC), M.a Vanessa Cirolini Lucchese (UFSC), M.a Thamires Pereira Barbosa (UFSC), Ana Paula Regalin Simionatto (UFSC) e Dr. Mauro Luís Vieira (UFSC).

R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n -Trindade, Florianópolis -SC, 88040-900.
Fone: (048) 3721-2435 E-mail: jainefoletto@hotmail.com

Resumo: A relação de coparentalidade está relacionada ao manejo e suporte em relação aos cuidados dos filhos. A saúde mental é um estado de bem-estar individual que pode ser influenciada por diversos fatores e é importante para que os indivíduos desenvolvam relacionamentos saudáveis. O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão sistemática da literatura para identificar relações entre coparentalidade e saúde mental de pais e mães. Para isso, consultou-se as bases de dados Pubmed, PsycINFO, Scielo, Scopus e Web of Science. Nesta revisão, foram incluídos artigos empíricos publicados entre os anos de 1995 e 2022. Foram recuperados 525 artigos. Desses, 14 foram analisados. Os resultados mostraram que baixos índices de saúde mental refletem em uma coparentalidade menos colaborativa e que há diferenças entre pais e mães e entre famílias casadas e divorciadas. Por fim, os estudos ressaltaram a importância de intervenções de grupo que fortaleçam a coparentalidade dos pais.

Palavras-chave: Coparentalidade; saúde mental; família.

Relationship between coparenting and mental health: a systematic literature review

Abstract: The coparenting relationship is related to management and support in relation to the care of the children. Mental health is an individual state of well-being that can be influenced by many factors and is important for individuals to develop healthy relationships. The objective of this article was to carry out a systematic review of the literature to identify relationships between coparenting and mental health of fathers and mothers. For this, Pubmed, PsycINFO, Scielo, Scopus and Web of Science databases were consulted. In this review, empirical articles published between 1995 and 2022 were included. A total of 525 articles were retrieved. Of these, 14 were analyzed. The results showed that low levels of mental health reflect less collaborative coparenting and that there are differences between fathers and mothers and between married and divorced families. Finally, the studies highlighted the importance of group interventions that strengthen parental co-parenting.

Keywords: Coparenting; mental health; family.

Introdução

O termo coparentalidade tem sido estudado com frequência no contexto familiar. Frizzo et al (2005) destacam que o uso do termo coparentalidade é bastante recente e parece ter surgido no contexto de famílias divorciadas, pois quando os pais se separam, a relação coparental é a forma segundo a qual os pais continuam a se relacionar. Feinberg (2003) define coparentalidade como a relação entre os genitores na divisão de deveres e cuidados com os filhos. A relação coparental está relacionada ao manejo e suporte em

relação aos cuidados dos filhos que os genitores têm entre si na díade coparental, sem envolver dimensões da conjugalidade e da parentalidade, ou seja, não inclui os aspectos românticos, sexuais, emocionais ou financeiros do relacionamento adulto.

Apesar de o termo coparentalidade ser frequentemente utilizado no âmbito de famílias em que houve a separação conjugal, a coparentalidade também está presente em famílias nucleares, porque, em caso de divórcio, a relação que se construirá no pós-divórcio estará baseada na qualidade do relacionamento estabelecido, enquanto o casal ainda estava junto. Sendo assim, a coparentalidade é construída por uma dupla coparental ao se tornarem pais, com o intuito de assumir os cuidados, a educação, a formação e as decisões a respeito da vida de uma criança (Belsky et al., 1995; Frizzo et al., 2005; McHale, 1995).

Feinberg (2003) propôs o Modelo Ecológico da Coparentalidade, que estabelece que a coparentalidade está relacionada a quatro principais componentes: 1) concordância ou discordância quanto a aspectos relativos aos cuidados e educação da criança; 2) divisão de trabalho relacionado à criança; 3) apoio (ou falta de) ao papel coparental; e 4) manejo conjunto das interações familiares. Este modelo sugere que fatores individuais, familiares e extrafamiliares afetam a relação de coparentalidade entre os pais. Dessa forma, pais que apresentam sintomas depressivos, podem acabar afastando-se dos membros da família, apresentando desinteresse e reclamações persistentes, o que leva à dificuldade de cooperação na criação dos filhos, aumenta o conflito e angústia entre os parceiros e abala na qualidade da relação conjugal. Sendo assim, o modelo ecológico possibilita compreender que a saúde mental dos pais afeta a relação de coparentalidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental não é caracterizada apenas como ausência de doença, mas também como "um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza seu próprio potencial, consegue enfrentar os estresses normais de vida e pode dar uma contribuição para a sua comunidade" (WHO 2005, p.12). Para Sequeira et al. (2014), a saúde mental pode ser influenciada pelas interações sociais, fatores físicos, biológicos, ambientais, psicológicos e espirituais, entre outros. Ou seja, a saúde mental é de grande importância para que os indivíduos desenvolvam seus relacionamentos sociais, familiares de forma saudável.

Mesmo quando os pais apresentam formas eficazes de realizar os cuidados com os filhos e conseguem exercer uma boa coparentalidade, a experiência de criação dos

filhos pode produzir estressores e demandas que podem ser desafiadoras para muitos pais, levando assim a um aumento do sofrimento psíquico e problemas de saúde. Por isso a saúde mental dos pais pode interferir na forma como eles desempenham a parentalidade, como se relacionam com o cônjuge, como efetivam a coparentalidade, podendo essa interferência ser positiva ou negativa (Feinberg, 2003; Nomaguchi, 2012).

Cuidar de filhos pequenos é uma tarefa exigente e desafiadora, que está associada ao estresse parental e depressão. Sendo assim, estudos tem mostrado a importância da saúde mental de ambos os pais no exercício da coparentalidade (Cabrera et al., 2009; Frizzo et al., 2019; Williams, 2018). Sintomas depressivos podem impactar no funcionamento familiar como um todo. Nessa direção, sintomas depressivos dos pais tem se associado à diminuição das percepções de coparentalidade bem como a tendência de dificuldade na expressão de apoio coparental, que podem resultar em conflitos entre os genitores (Tissot et al., 2016).

Du Rocher Schudlich et al. (2011) e Williams e Cheadle (2015) destacam que problemas de saúde mental de um dos pais pode afetar negativamente a visão do parceiro sobre o relacionamento conjugal, bem como a forma como percebe e desenvolve a relação de coparentalidade. Dentre os problemas de saúde mental, a fragilidade emocional provocada pela depressão tende a afetar negativamente nos cuidados parentais e de coparentalidade, e como consequência, isso pode levar a visões menos favoráveis do outro parceiro no que diz respeito à relação de coparentalidade.

O estudo de Tissot et al. (2016) em que mães foram diagnosticadas com depressão pós-parto, demonstrou que quanto mais deprimida a mãe está, menos os pais apresentam apoio coparental ao realizar uma atividade referente ao filho. Os autores destacaram que mães com sintomas depressivos apresentaram dificuldade em apoiar o seu parceiro. Essa situação pode colocar muita pressão sobre o pai, aumentando o risco dele também se sentir sobrecarregado pelas responsabilidades familiares e gerar conflitos entre os pais.

Frizzo et al. (2019) também investigaram a coparentalidade em famílias cujas mães apresentaram depressão pós-parto. O estudo revelou que sintomas de depressão pós-parto como a irritabilidade e o cansaço associaram-se à coparentalidade, principalmente por meio de relatos de pouco apoio e depreciação coparental, bem como de fragilidades na comunicação e no relacionamento da tríade mãe-pai-bebê. Salienta-se que os sintomas

de depressão pós-parto das genitoras não afetam somente as mães, mas também influenciam na qualidade das relações familiares de um modo geral.

Tendo em vista as possíveis correlações entre a coparentalidade e a saúde mental de pais em diferentes contextos, bem como a escassez de estudos que subsidiem a atuação dos psicólogos brasileiros que atuam na área da família, torna-se relevante identificar estudos empíricos que possibilitem a compreensão e o reconhecimento desses fenômenos. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi, a partir de uma revisão sistemática da literatura, identificar estudos empíricos que tenham examinado associações entre a coparentalidade e a saúde mental de pais e mães.

Método

Fontes de informação e estratégias de busca e critérios de elegibilidade

Foram consultadas as bases de dados Pubmed, PsycINFO, Scielo, Scopus e Web of Science, durante os meses de maio a julho de 2022. O *string* de busca utilizado foi o seguinte: "Coparenting" OR "Coparentalidade" OR "Coparentalidad") AND ("Mental Health" OR "Saúde Mental" OR "Salud Mental") nos idiomas português, inglês e espanhol. A fim de compreender as tendências metodológicas, os objetivos e resultados, realizou-se um levantamento sistemático da literatura científica, foram incluídos artigos empíricos publicados entre 1995 e 2022 (recorte que se justifica pelo fato do termo coparentalidade ter sido utilizado em 1995) com o intuito de identificar estudos empíricos sobre as variáveis-alvo desta revisão. Os artigos selecionados deveriam abordar as relações entre coparentalidade e saúde mental de pais em diferentes contextos. Não foram incluídos nesta revisão estudos que não tivessem instrumento específico para medir as variáveis e estudos que abordassem os reflexos da coparentalidade e da saúde mental para os filhos, pois, o objetivo deste estudo foi focar nos pais/mães.

Seleção dos estudos e extração dos dados

Os títulos, resumos e as palavras-chave de todos os estudos encontrados por essa estratégia de pesquisa foram analisados cuidadosamente com o intuito de identificar artigos potencialmente elegíveis para a revisão. Os artigos integrais foram analisados quando não era possível decidir pela inclusão ou exclusão da publicação por esses indicadores. A seleção dos artigos foi realizada por duas juízas de forma independente. Os desacordos entre as juízas foram avaliados por uma terceira juíza, que tinha o papel de resolver possíveis divergências. Após a busca nas bases de dados, as informações referentes ao título e resumo dos artigos foram importadas para o START®, software por

meio do qual realizou-se a seleção e extração dos dados conforme o protocolo de revisão sistemática. Após verificação dos critérios de elegibilidade, foram extraídas as seguintes informações dos artigos: participantes, país e ano do estudo, instrumento(s) utilizado(s) para medir a coparentalidade, instrumento(s) utilizado(s) para medir a saúde mental e principais correlações encontradas.

Resultados

O processo de pesquisa e exclusão está descrito na figura 1. Dos 525 artigos identificados nas bases de dados selecionadas, 183 estavam duplicados. Após a leitura inicial dos títulos e resumos, 307 artigos foram excluídos, pois não estavam disponíveis nos idiomas selecionados e/ou não apresentavam instrumentos para a avaliação das variáveis e/ou focavam na saúde mental dos filhos. Dos 35 artigos lidos na íntegra, 14 cumpriram os critérios de inclusão e foram utilizados nesta revisão. O título do artigo e participantes estão na tabela 1.

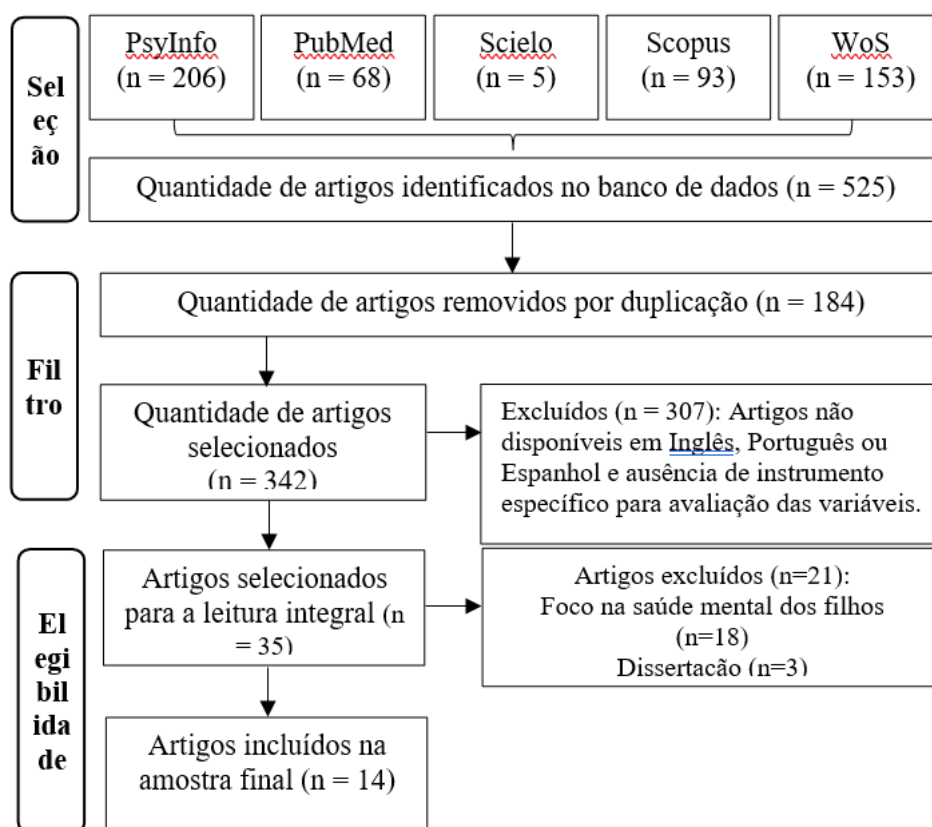


Figura 1. Fluxograma da revisão dos artigos

Tabela 1: Título do artigo e participantes.

Título do Artigo	Participantes
Coparenting and Mental Health in Families with Jailed Parents	86 díades pais cuidadores presos (n=172)
Associations between Coparenting Relationships and Maternal Depressive Symptoms and Negative Bonding to Infant	24 mães que criam seu primeiro filho com um coabitante (companheiro)
Parental Depression and Cooperative Coparenting: A Longitudinal and Dyadic Approach	4.898 mães e 3.830 pais
	126 pais que estavam à espera do filho
Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations	169 casais heterossexuais adultos, que esperavam o 1º filho e viviam juntos
Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being	178 mães e 141 pais
Co-parenting and Marital Satisfaction Predict Maternal Internalizing Problems When Expecting a Second Child	51 mães no 3º trimestre de sua segunda gravidez
The coparenting relationship in Chinese families: The role of parental neuroticism and depressive symptoms	1.419 famílias chinesas (822 famílias nucleares e 597 famílias extensas)
Relationship dynamics and divorcing mothers' adjustment: Moderating role of marital violence, negative life events, and social support	135 mães recrutadas dentro de 4 meses após o divórcio
Longitudinal associations between fathers' mental health and the quality of their coparenting relationships	4.933 famílias
Cognitive-affective depression and somatic symptoms clusters are differentially associated with maternal parenting and coparenting	652 mães
Correlates of Coparental Support Among Married and Nonmarried Fathers	2.062 pais e mães
The Repercussions of Parental Depression for Perceptions of Coparental Cooperation	3.494 mães com filhos com companheiros atualmente encarcerados
Paternal Support and Involvement in Unmarried Fragile Families: Impacts on Long-Term Maternal Mental Health	3.712 pais e mães solteiros e 1.186 pais e mães casados

Quanto ao ano de publicação, quatro estudos são do ano de 2020 e quatro estudos de 2021, os demais estudos foram publicados entre 2008 e 2019. Os estudos foram publicados em 13 revistas diferentes, sendo que a única que continha 2 estudos foi o *Journal of Social and Personal Relationships* (2).

Referente à nacionalidade dos estudos, a maioria (7) foram realizados nos Estados Unidos, sendo que 4 destes estudos norte americanos utilizaram dados de um estudo maior, o *Fragile Families and Child Well-being Study* (FFCWS), que é um estudo longitudinal norte americano que iniciou em 1998 e acompanha famílias de aproximadamente 4.700 casais (3.600 não conjugais e 1.100 conjugais) em 75 hospitais

de 20 grandes cidades dos Estados Unidos. Os demais estudos foram feitos em Portugal, Áustria, China, Inglaterra, Suécia, Austrália e Japão.

Em relação ao método, verificou-se que todos os estudos apresentaram abordagem quantitativa e a maioria dos estudos (9) apresentou corte longitudinal. Apenas um estudo era piloto (Philipp, et. al., 2020). No que diz respeito aos participantes, a maioria dos estudos (10) foram pesquisas realizadas com pais e mães, sendo dois estudos realizados onde um dos pais estava preso (Tadros et al., 2021 e Turney & Hardie, 2020). Por fim, três estudos foram realizados apenas com as mães e um estudo focou na participação dos pais homens (Price-Robertson, Baxter, & Mathews, 2017).

Para mensurar a coparentalidade, o instrumento mais utilizado nos estudos analisados (4) foi um questionário próprio elaborado por pesquisadores do *Fragile Families and Child Well-being Study* (FFCWS) que avalia um índice de 5 itens de Apoio Coparental. Três estudos utilizaram a Escala de Relacionamento Coparental (Feinberg et al., 2012) e dois estudos utilizaram a *Parenting Alliance Measure* (PAM). Os demais estudos utilizaram questionários e escalas utilizadas em seus países. Para mensurar a saúde mental, o instrumento mais utilizado nos estudos analisados (4) foi o *Composite International Diagnostic Interview-Short Form* (CIDI-SF). Dois estudos utilizaram a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Os demais estudos utilizaram questionários e escalas utilizadas em seus países.

Discussão

Nesta revisão sistemática, foram identificados estudos empíricos que tivessem investigado a relação entre coparentalidade e saúde mental de pais em diferentes contextos. Em resumo, os resultados das investigações integradas nesta revisão indicam relações significativas entre a coparentalidade e a saúde mental dos pais. A maioria dos estudos que analisaram essas relações apresentou a ideia de que a depressão é um estressor com repercussões para todo o sistema familiar, pois os sintomas depressivos diminuem a qualidade do relacionamento conjugal, o que reflete em uma menor cooperação coparental.

Alguns estudos apontaram diferenças entre o gênero dos genitores. Williams (2018) identificou que o efeito da depressão na coparentalidade é maior para os pais do que para as mães. As discussões sobre este achado mostraram que pais deprimidos podem se afastar não apenas do papel de coparentalidade, mas também de seu parceiro íntimo

dado que homens e mulheres manifestam problemas de saúde mental de forma diferente (por exemplo, mulheres apresentam mais distúrbios internalizantes enquanto os homens exibem distúrbios externalizantes).

Ju, Liang, & Bian (2021) também apontaram efeitos significativos para o gênero, pois as mães do estudo relataram níveis mais altos de neuroticismo, sintomas depressivos mais altos e pior relação coparental do que os pais. Os altos níveis de neuroticismo e depressão em pais e mães relacionaram-se com menor satisfação no relacionamento de coparentalidade. Esses resultados vão ao encontro do estudo de Feinberg (2003), que aponta duas características individuais parentais essenciais que determinam a relação de coparentalidade: as características de personalidade e os sintomas depressivos. Sendo assim, os resultados corroboram com o modelo ecológico de coparentalidade, que postula que pais deprimidos podem se afastar do parceiro, apresentando queixas ou outros comportamentos negativos, o que leva à dificuldade de cooperação na criação dos filhos (Feinberg, 2003).

Nesse sentido Turney e Hardie, (2020) identificaram que tanto a depressão parental anterior quanto a atual têm consequências prejudiciais para a cooperação coparental. Sendo o coeficiente para a depressão atual dos pais (homens) especialmente alto (quase duas vezes maior que o coeficiente para a depressão atual das mães). Norlin e Broberg (2013) identificaram que o gênero desempenha um papel importante na parentalidade de crianças com deficiência intelectual (DI), pois mães de crianças com DI estavam em maior risco de mal-estar do que os pais (homens) e os pais (homens) de crianças com DI experimentaram maior estresse parental do que os pais (homens) do grupo controle. Esses achados estão de acordo com pesquisas que também mostram que a depressão paterna tem implicações para outros aspectos da vida familiar, assim como o envolvimento do pai (Cheung & Theule, 2019 e Neece & Baker, 2008).

Outro fator utilizado para analisar a coparentalidade foi a configuração familiar. Isacco, et. al. (2010) fizeram comparações entre pais casados e separados. A principal diferença foi que pais casados que relataram maior envolvimento e maior qualidade de relacionamento com as mães perceberam mais apoio coparental. Por outro lado, esta relação não foi significativa com pais não casados. Essa diferença indica uma sobreposição entre os processos de coparentalidade, pois os pais casados provavelmente misturam seu papel parental e o papel de marido (Cummings et al., 2005; McConnell &

Kerig, 2002). Sendo assim, pais casados são mais propensos a considerar o relacionamento com o cônjuge em questões não parentais e parentais como partes relacionadas do mesmo sistema familiar do que pais não casados. Este estudo também observou que tanto os pais casados quanto os separados que estavam deprimidos e ansiosos perceberam menos apoio coparental.

Os estudos feitos com uma amostra onde um dos pais estava preso apontaram correlações negativas significativas entre os comportamentos externalizantes dos cuidadores e as percepções dos pais encarcerados sobre a aliança coparental. Ou seja, conforme os sintomas externalizantes dos cuidadores aumentaram, os pais encarcerados perceberam menor qualidade da coparentalidade (Tadros et al., 2021) Esses achados sugerem que a forma de agir dos pais, impacta nas relações diádicas, alterando assim o funcionamento e o bem-estar familiar. Além disso, Turney e Hardie (2020) mostraram que pais não residentes podem ter menos interação para avaliar a cooperação coparental e que os pais encarcerados enfrentam desafios particulares na cooperação coparental.

Dois estudos apontaram a importância de grupos de pais, pois a transição para a parentalidade é uma fase desafiadora e, muitas vezes, é associado a conflitos no relacionamento conjugal e um aumento nos problemas de saúde mental (Kapusta et al. 2017). Em vista disso, Philipp, et al. (2020) fizeram uma intervenção educacional de coparentalidade para ensinar habilidades de coparentalidade e apoiar futuros pais no estabelecimento de uma aliança coparental eficaz. Os pais que participaram do grupo apresentaram significativamente menos conflitos pós-parto do que antes e apresentaram mais índices de apoio mútuo. Com isso, entende-se que a intervenção foi eficaz no fortalecimento da qualidade do relacionamento e apoio mútuo dos pais participantes.

Nesse sentido, Feinberg e Kan (2008) também avaliaram um programa de prevenção psicossocial com pais e observaram que o grupo de pais que participaram de uma intervenção relataram mais coparentalidade positiva, níveis de ansiedade e depressão materna menores e níveis mais baixos de interações disfuncionais pais-filhos do que o grupo de pais que não participaram da intervenção. Além disso, os pais da intervenção relataram maior proximidade parental com seu parceiro. Ressalta-se que essa intervenção foi significativa tanto para o relato da mãe quanto o do pai.

Hardesty, et al. (2019) e Mallette, et. al. (2020) estudaram famílias de mães separadas do pai de seu filho. Hardesty, et al. (2019) apontaram que as mães com maior

conflito coparental após a separação apresentaram mais sintomas depressivos, TEPT e problemas de saúde física. Mallette, et. al. (2020) destacaram que o apoio coparental para mães solteiras diminuiu ao longo do tempo e que mães que relataram menor quantidade de tempo que o pai passou com a criança ao longo do tempo eram mais propensas a relatar níveis mais baixos de satisfação com a vida e mais sintomas depressivos. Isso mostra que o menor envolvimento do pai e a falta de apoio coparental podem ser fatores de risco para a saúde mental materna. Esses achados corroboram com estudos que mostraram que o conflito coparental é um estressor pós-separação que tem sido associado à depressão das mães (Whiteside & Becker, 2000).

Nesse sentido, Takeishi, et al. (2021) revelaram que uma melhor relação coparental foi associada a menores sintomas depressivos após o parto. Isso indica que a relação positiva de coparentalidade pode prevenir a depressão materna durante o período pós-parto. Além disso, o estudo apontou que a maior participação dos pais nos cuidados com os filhos pode prevenir a depressão materna. O estudo também mostrou que o nível de escolaridade foi associado a menores sintomas depressivos.

Referente à satisfação conjugal, o estudo de Yalcintas e Pike (2021) apontou que níveis mais altos de satisfação conjugal estavam relacionados a menos sintomas de depressão e ansiedade e a coparentalidade com depressão e estresse. Esses achados mostram diferenças entre problemas internalizantes maternos. Para depressão e estresse, apenas a coparentalidade foi o preditor independente. Esses achados destacam a importância de estudar os problemas internalizantes de forma diferenciada e vão ao encontro da pesquisa de Lamela, et. al. (2017) que mostraram que problemas específicos de parentalidade e coparentalidade se associam a altos níveis de sintomas depressivos maternos.

Price-Robertson, et. al. (2017) estudaram associações longitudinais entre a saúde mental dos pais (homens) e a qualidade de suas relações coparentais. Em comparação com os pais que não relataram sofrimento psicológico, os pais com “sofrimento leve” tiveram relacionamentos coparentais de menor qualidade, enquanto os pais com “sofrimento grave” tiveram relacionamentos coparentais ainda piores. A força da associação entre saúde mental paterna e qualidade da coparentalidade enfraqueceu quando a variável “felicidade do relacionamento” foi incluída, isso mostra que a coparentalidade positiva está associada a uma maior qualidade do relacionamento. Além

disso, à medida que a saúde mental dos pais mudava ao longo do tempo, também mudava a qualidade de seus relacionamentos coparentais.

Por fim, ressalta-se que os estudos mostraram a importância da saúde mental de ambos os pais na coparentalidade e destacaram o papel da depressão dos pais na formação de suas próprias percepções de coparentalidade e de seus parceiros. Nesse sentido, também indicaram que uma abordagem de intervenção com grupos de pais, focada em melhorar as relações familiares pode ter um impacto positivo significativo e no bem-estar de pais e filhos.

Considerações finais

Pretendeu-se, por meio desta revisão, analisar as relações entre a coparentalidade e a saúde mental de pais em diferentes contextos e países. As investigações psicológicas têm destacado o impacto de variáveis individuais, como a saúde mental dos pais na relação de coparentalidade. Assim, os estudos apoiam o Modelo Ecológico de Coparentalidade quando revelam que características de nível individual dos pais, estão associadas à relação coparental para mães e pais. Desse modo, entende-se que a maneira como as famílias agem como sistemas onde as experiências individuais impactam as relações diádicas, podem alterar o funcionamento e o bem-estar da família.

Quanto às contribuições da psicologia para este fenômeno, entende-se que compreender a coparentalidade é importante, pois está ligado ao bem-estar dos pais e dos filhos. As pesquisas mostraram como pode ser vantajoso desenvolver intervenções clínicas de grupo que se concentrem em gerar habilidades de coparentalidade e de gerenciamento de conflitos, não só em famílias que já possuem filhos, mas também em famílias que estão em transição para a parentalidade, pois podem funcionar de forma protetora ao criar um ambiente saudável para os pais e futuros pais.

Todavia, é importante ressaltar que, além das intervenções, também é necessário investimento em estudos empíricos na área para oferecer informações mais próximas à realidade de diferentes configurações familiares, tendo em vista que alguns estudos apontaram diferenças entre pais casados e divorciados. Nesse sentido, destacam-se algumas limitações desse estudo, como o uso de descritores relacionados apenas à saúde dos pais, o que inviabilizou a recuperação de estudos relacionados aos impactos para os filhos também.

Outra limitação refere-se à inclusão de artigos somente nos idiomas inglês, português e espanhol e a escolha das fontes de dados, o que pode ser considerado um

fator que restringiu o acesso a um maior número de pesquisas, tendo em que existem pesquisas em outros idiomas e que possam ter sido publicadas em outras fontes de informação. Por fim, é possível concluir que nossos resultados contribuem para a literatura brasileira mostrando a importância de desenvolver estudos na área e de desenvolver intervenções psicológicas que promovam o bem-estar familiar.

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 - e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com processo de número 306811/2019-7.

Referências

Belsky J, Crnic K. & Gable S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: spousal differences and daily hassles. *Child Development*. 66: 629-42.

Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & La Taillade, J. J. (2009). Predictors of coparenting in Mexican American families and links to parenting and child social emotional development. *Infant Mental Health Journal*, 30, 523-548. doi: 10.1002/imhj.20227

Cheung, K., & Theule, J. (2019). Paternal depression and child externalizing behaviors: A metaanalysis. *Journal of Family Psychology*, 33(1), 98–108. <https://doi.org/10.1037/fam0000473>

Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479–489.

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, 25, 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>

Feinberg M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*. 3: 95-131.

Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American*

Psychological Association (Division 43), 22(2), 253–263. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.253>

Frizzo, G.B., Kreutz, C.M., Schmidt, C., Piccinini, C.A. & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica: implication for research and clinical practice. *Journal of Human Growth and Development*, 15(3), 84-93

Frizzo, G.B., Schmidt, B., Vargas, V. & Piccinini, C.A. (2019). Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. *Psico-USF*, 24(1), 85-96. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240107>

Hardesty, J. L., Ogolsky, B. G., Raffaelli, M., & Whittaker, A. (2019). Relationship dynamics and divorcing mothers' adjustment: Moderating role of marital violence, negative life events, and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(11–12), 3651–3672. <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1177/0265407519833178>

Isacco, A., Garfield, C. F., & Rogers, T. E. (2010). Correlates of coparental support among married and nonmarried fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(4), 262–278. <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1037/a0020686>

Ju, J., Liang, L., & Bian, Y. (2021). The coparenting relationship in chinese families: The role of parental neuroticism and depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(9), 2587-2608. doi:10.1177/02654075211016549

Kapusta, N.D. Philipp, A.C. & Feinberg, M.E. (2017) Co-parenting during transition to parenthood: creating a healthy nurturing environment for children. *Austin Child Adolesc. Psychiatry*, 2, 1008.

Lamela, D., Jongenelen, I., Morais, A. & Figueiredo, B. (2017). Cognitive-affective depression and somatic symptoms clusters are differentially associated with maternal parenting and coparentin. *Journal of Affective Disorders*, 219, P. 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.006>.

Mallette, J.K., Futris, T.G., Oshri, A. & Brown, G.L. (2020). Paternal Support and Involvement in Unmarried Fragile Families: Impacts on Long-Term Maternal Mental Health. *Family Process*, 59, 789–806. doi: 10.1111/famp.12456

McConnell, M. C., & Kerig, P. K. (2002). Assessing coparenting in families of school-age children: Validation of the Coparenting and Family Rating System. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34, 44–58.

McHale JP. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*. 31(6): 985-96.

Neece C. & Baker B. (2008) Predicting maternal parenting stress in middle childhood: the roles of child intellectual status, behaviour problems and social skills. *Journal of Intellectual Disability Research* 52, 1114–28.

Nomaguchi, K. M. (2012). Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent–child relationship quality. *Social Science Research*, 41, 489–498. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.08.001>

Norlin, D., & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 57(6), 552–566. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01564.x>

Philipp, A. C., Lee, J. K., Stamm, T. A., Wininger, M., Datler, W., & Kapusta, N. D. (2020). Coparenting Intervention for Expectant Parents Affects Relationship Quality: A Pilot Study. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 252(1), 33–43. <https://doi.org/10.1620/tjem.252.33>

Price-Robertson, R., Baxter, J. & Mathews, S. (2017). Longitudinal associations between fathers' mental health and the quality of their coparenting relationships. *Clinical Psychologist*, 21:3, 215-226, DOI: 10.1111/cp.12072

Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.

Tadros, E., Fanning, K., Jensen, S., & Poehlmann-Tynan, J. (2021). Coparenting and Mental Health in Families with Jailed Parents. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8705. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168705>

Takeishi, Y., Nakamura, Y., Yoshida, M., Kawajiri, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2021). Associations between coparenting relationships and maternal depressive

symptoms and negative bonding to infant. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 375-384. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040375>

Tissot, H., Favez, N., Frascarolo, F., & Despland, J. N. (2016). Coparenting behaviors as mediators between postpartum parental depressive symptoms and toddler's symptoms. *Frontiers in Psychology*, 7: 1912. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01912

Turney, K. & Hardie, J.H. (2020). The repercussions of parental depression for perceptions of coparental cooperation. *Journal of Marriage and Family*. 1-16 doi:10.1111/jomf.12708

Whiteside, M. F., & Becker, B. J. (2000). Parental factors and the young child's postdivorce adjustment: A meta-analysis with implications for parenting arrangements. *Journal of Family Psychology*, 14, 5–26. doi:10.1037//0893-3200.14.1.5

Williams D. T. (2018). Parental depression and cooperative coparenting: A longitudinal and dyadic approach. *Family relations*, 67(2), 253–269. <https://doi.org/10.1111/fare.12308>

Williams, D. T., & Cheadle, J. E. (2015). Economic hardship, parents' depression, and relationship distress among couples with young children. *Society and Mental Health*, 6, 73–89. <https://doi.org/10.1177/2156869315616258>

World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.

Yalcintas, S., & Pike, A. (2021). Co-parenting and Marital Satisfaction Predict Maternal Internalizing Problems When Expecting a Second Child. *Psychological studies*, 66(2), 212–219. <https://doi.org/10.1007/s12646-021-00620-z>

11. ANEXOS

Anexo A - Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Qual sua relação com a criança: () Pai biológico () Pai adotivo () Padrasto

2. Qual a sua cidade de residência: _____

3. Há quanto tempo (em anos) você reside nessa cidade? _____

4. Qual sua idade? _____

5. Qual seu estado civil?

() Casado

() Separado ou divorciado

() Solteiro

() Viúvo

6. Qual é a sua etnia (ou cor de pele)?

() Branca

() Parda

() Preta

() Indígena

() Amarela

Outra (especifique): _____

7. Qual sua religião?

() Católica

() Evangélica

() Adventista

() Espirita

() Ateia

() Outra (especifique): _____

8. Quantas vezes você frequenta atividades religiosas (Por ex: missa, culto, encontro, palestra)? () Nunca () Uma vez por ano () Uma vez por mês () Duas ou três vezes por mês () Uma vez por semana () Mais de uma vez por semana

9. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? (responda em reais):

10. Qual sua escolaridade? (assinale a mais alta que você já completou)

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Técnico
- Ensino Superior (Graduação)
- Pós-graduação profissional (Especialização)
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

11. Você vive com alguma doença crônica e/ou deficiência? () Sim () Não

11.1. Se você respondeu SIM na pergunta acima, por favor, indique qual a doença crônica e/ou deficiência você vive com:

12. Considerando a recente experiência brasileira com a Covid-19 (Novo Coronavírus), você e sua família estão ou estiveram em isolamento social (quarentena)?

- Sim, por um período prolongado
- Sim, apenas por alguns dias
- Não

13. Você realiza ou já realizou acompanhamento psicoterápico (com psicólogo/a)? () Sim () Não

13.1 Se você respondeu SIM na pergunta acima, por favor, indique por quanto tempo realiza ou realizou acompanhamento (especifique se são anos ou meses):

_____ Se você respondeu NÃO, escreva o número 0

14. Você realiza ou já realizou acompanhamento psiquiátrico? () Sim () Não

15. Você utiliza algum medicamento receitado para questões psicológicas (ansiedade, depressão, dependência química, esquizofrenia e/ou outros)?

- Sim () Não

16. Incluindo você, quantas pessoas (adultos e crianças) moram em sua casa? _____

17. Quem vive na sua casa? (Se necessário, assinale mais de uma opção)

- Moro sozinho
- Meu companheiro ou companheira
- Filho(s) biológico(s)
- Filho(s) adotivo(s)
- Enteado(s)
- Outras crianças e jovens menores de 18 anos (ex. de criação, filhos de parentes e amigos) Outros parentes adultos
- Amigos adultos

18. Com quem você pode contar para cuidar de seu (sua) filho (a) em sua ausência?

Obs.: Se tiver mais de uma pessoa, indique a que mais te ajuda cuidar da criança. Indique a **relação dessa pessoa com a criança**: mãe, avó, irmão, etc.: _____

19. Em uma semana típica, quais são os dias que você é responsável por cuidar da criança? (Se você e sua família estão em distanciamento social, responda pensando sobre a rotina **ANTES** desse período).

- Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira Sexta-feira Sábado Domingo

20. Nesses dias, quantas horas por dia (aproximadamente) você é responsável pelos cuidados com a criança? Considere apenas as horas em que você está presente com ela, descontando horário escolar e de sono.

- Entre 2 e 4 horas
- Entre 4 e 8 horas
- Mais de 12 horas por dia

21. Nessas horas, tem mais alguém que se responsabiliza pela criança junto com você?

- Sim, sempre
- Sim, às vezes
- Não

22. Quantas horas diárias você utiliza para:

- Sono (média de horas por noite): _____
- Atividade física: _____
- Trabalho remunerado: _____
- Trabalho doméstico: _____

· Lazer: _____

23. Sua família de origem (pais, irmãos, avós, etc.) reside na mesma região (mesma cidade ou cidades vizinhas) que você?

Sim Não

24. Qual o estado civil de seus pais biológicos (Caso um ou ambos os pais sejam falecidos, assinalar a opção que melhor corresponde quando estavam vivos)?

Casados Divorciados ou separados

ADOÇÃO

Vamos fazer algumas perguntas a respeito da adoção de seu(sua) filho(a).

1. Quantos anos a criança tinha quando você a adotou? _____

2. A criança já passou por devoluções antes de ser adotada por você? Sim Não

FAMÍLIA SOLO

1. Qual a opção melhor representa o fato de você ser o principal responsável pela criança?

Sou divorciado ou separado do outro responsável pelo meu(minha) filho(a)

Sou viúvo

Sou pai adotivo

Produção independente (por meio de barriga solidária)

Outro (especifique): _____

FAMÍLIA DIVORCIADA

Você assinalou que está divorciado ou separado do outro responsável legal da criança. Pedimos que responda mais algumas questões sobre isso.

1. Há quanto tempo você está divorciado/separado? (especifique se são meses ou anos): _____

2. Qual o tipo de guarda estipulada?

Não estipulamos guarda

Unilateral para o pai

Unilateral para a mãe

Guarda compartilhada (divisão igualitária de responsabilidades entre pai e mãe)

3. Qual o regime de visitação do genitor não-guardião?

- A visitação é livre, combinada conforme disponibilidade dos dois
- Todo fim de semana
- A cada 15 dias, nos fins de semana
- Outro (especifique): _____

4. Quantos anos tinha a criança quando vocês se separaram/divorciaram?

5. Você se casou novamente?

- Sim, **atualmente** estou casado com outra pessoa
- Não, não recasei

Anexo B - Escala de Relacionamento Coparental- ERC

Escala de Relação Coparental (ERC):

Configuração familiar: _____

O participante responderá sobre:

() Somente companheiro

() Somente pai

() Ambos

() Outro _____ (informar relação dessa pessoa com a criança)

Para cada item, selecione a resposta que melhor descreve a maneira como você e seu **companheiro (e/ou o pai da criança)** trabalham juntos quando estão exercendo a função de pais.

- Se seu companheiro é o pai da criança, responda somente uma vez.
- Caso não tenha um companheiro, responda também somente uma vez – sobre o pai da criança.
- Se seu companheiro e o pai da criança são pessoas diferentes, responda duas vezes. Nesse caso, a resposta sobre o pai da criança será registrada na última coluna que está em branco.

0	1	2	3	4	5	6
Não é verdadeiro sobre nós		Um pouco verdadeiro sobre nós		Algo verdadeiro sobre nós		Muito verdadeiro sobre nós

	N V	1	P V	3	A V	5	M V	E com o pai da criança?
1. Eu acredito que a <u>meu companheiro / pai do(a) meu(a) filho(a)</u> é um bom pai.	0	1	2	3	4	5	6	
3. <u>Meu companheiro / O pai do(a) meu(a) filho(a)</u> pergunta a minha opinião sobre assuntos relacionados a seu papel de pai.	0	1	2	3	4	5	6	

	N V	1	P V	3	A V	5	M V	E com o pai da criança?
4. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> dá muita atenção ao(à) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
5. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> gosta de brincar com nosso(a) filho(a) e deixa para mim o trabalho pesado.	0	1	2	3	4	5	6	
6. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> e eu temos as mesmas metas para nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
7. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> ainda quer fazer suas próprias coisas ao invés de ser um pai responsável.	0	1	2	3	4	5	6	
8. É mais fácil e divertido brincar sozinha com nosso(a) filho(a) do que quando o <u>meu companheiro</u> / <i>pai do(a) meu(a) filho(a)</i> também está presente.	0	1	2	3	4	5	6	
9. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> e eu temos ideias diferentes sobre como criar nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
10. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> me diz que estou fazendo um bom trabalho ou demonstra de outra forma que acredita que estou sendo um(a) bom(a) mãe/pai.	0	1	2	3	4	5	6	
11. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> e eu temos ideias diferentes sobre as rotinas do nosso(a) filho(a) para comer, dormir, entre outras.	0	1	2	3	4	5	6	
12. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> faz piadas ou comentários sarcásticos (maldosos, “de	0	1	2	3	4	5	6	

	N V	1	P V	3	A V	5	M V	E com o pai da criança?
gozação”) sobre a maneira como eu sou como mãe/pai.								
13. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> demonstra que não confia nas minhas habilidades como mãe/pai.	0	1	2	3	4	5	6	
14. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> demonstra que percebe os sentimentos e necessidades do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
15. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> e eu temos diferentes expectativas em relação ao comportamento de nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
16. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> tenta mostrar que ele cuida do(a) nosso(a) filho(a) melhor do que eu.	0	1	2	3	4	5	6	
18. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> tem muita paciência quando interage com nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
19. Nós conversamos sobre a melhor maneira de atender às necessidades do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
20. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> não se preocupa em dividir de forma justa o cuidado do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
21. Quando nós três estamos juntos, <u>meu companheiro</u> / <i>o pai do(a) meu(a) filho(a)</i> compete comigo pela atenção do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
22. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> sabota (prejudica) meu papel de mãe/pai.	0	1	2	3	4	5	6	

	N V	1	P V	3	A V	5	M V	E com o pai da criança?
23. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> está disposto a fazer sacrifícios pessoais para ajudar a cuidar do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
25. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> demonstra que aprecia o quanto eu me esforço para ser um(a) bom(a) mãe/pai.	0	1	2	3	4	5	6	
26. Quando eu estou no meu limite no papel de mãe/pai, <u>meu companheiro</u> / <i>o pai do(a) meu(a) filho(a)</i> me dá o suporte extra que preciso.	0	1	2	3	4	5	6	
27. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> me faz sentir como se eu fosse o(a) melhor mãe/pai possível para nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
29. <u>Meu companheiro</u> / <i>O pai do(a) meu(a) filho(a)</i> demonstra que não gosta de ser incomodada pelo(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	

ERC - Continuação

Agora, descreva as coisas que você faz quando você e **seu atual companheiro (o pai ou o padrasto do seu filho ou filha)** estão presentes fisicamente com o seu(sua) filho(a) (ex: no mesmo cômodo, no carro, em passeios). Considere apenas as vezes em que vocês três estão juntos (mesmo que sejam só algumas horas por semana).

0	1	2	3	4	5	6
Nunca		Às vezes (uma ou duas vezes por semana)		Frequentemente (uma vez ao dia)		Muito frequentemente (várias vezes ao dia)

Com que frequência em uma semana típica, quando vocês três estão juntos, você:

	N	1	AV	3	F	5	MF	E com o pai da criança?
31. Encontra-se em uma conversa um pouco tensa ou sarcástica com <u>seu companheiro</u> / o pai do(a) seu(a) filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6	
32. Discute com <u>seu companheiro</u> / o pai do(a) seu(a) filho(a) sobre seu(a) filho(a), na presença de seu(a) filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6	
33. Discute seu relacionamento ou questões conjugais não relacionadas ao(à) seu(a) filho(a), na presença de seu(a) filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6	
34. Um ou ambos falam coisas cruéis ou que magoam o outro na frente do(a) seu(a) filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6	
35. Gritam um com o outro quando o(a) seu(a) filho(a) pode ouvir?	0	1	2	3	4	5	6	

Anexo C - Escala de Saúde Mental Positiva (ESMP)

Escala de Saúde Mental Positiva (ESMP):

Por favor, responda às questões a seguir sobre como você tem se sentido durante o último mês. Assinale a resposta que melhor representa a frequência com que você teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita.

Durante o último mês, com que frequência você sentiu:

	Nunca	Uma ou duas vezes	Cerca de uma vez por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por	Quase todos os dias	Todos os dias
1. Feliz.	1	2	3	4	5	6
2. Interessada pela vida.	1	2	3	4	5	6
3. Satisfeita.	1	2	3	4	5	6
4. Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade.	1	2	3	4	5	6
5. Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança).	1	2	3	4	5	6
6. Que nossa sociedade está se tornando um lugar melhor para pessoas como você.	1	2	3	4	5	6
7. Que as pessoas, em geral, são boas.	1	2	3	4	5	6
8. Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você.	1	2	3	4	5	6
9. Que você gostava da maior parte de suas características de personalidade.	1	2	3	4	5	6
10. Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia.	1	2	3	4	5	6

11. Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
12. Que você teve experiências que a desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor	1	2	3	4	5	6
13. Que você foi confiante para pensar ou expressar suas ideias e opiniões próprias.	1	2	3	4	5	6
14. Que sua vida tem um propósito ou um sentido.	1	2	3	4	5	6