

## Entendimento da perinatalidade a partir do modelo de seleção por consequências

### Understanding perinatality from the perspective of the selection-by-consequences model

Carolina Neves da Rocha<sup>1</sup>, Ila Marques Porto Linares<sup>2</sup>, Julia Vasconcellos Pacheco Weiss<sup>2</sup>

[1] Consultório particular [2] Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento | **Título abreviado:** Perinatalidade pelo modelo de seleção por consequências | **Endereço para correspondência:** Carolina Neves da Rocha – Rua Antônio Rodrigues Cajado, 1400, Centro – São Carlos/SP, CEP: 13560-051 | **Email:** cnrocha.psi@gmail.com | **doi:** org/10.18761/PACasdj44a6

**Resumo:** Saúde mental perinatal é uma área que estuda o período em torno do nascimento de um bebê e seus impactos sobre as pessoas envolvidas neste processo, especialmente a mulher que está se tornando mãe. O presente trabalho teve como objetivo levantar variáveis funcionais e contextuais a partir das reflexões de mulheres, mães e analistas do comportamento, sobre suas experiências pessoais. Para isso, foram entrevistadas três mulheres, que, além de estarem envolvidas com ensino, pesquisa e/ou supervisão em Análise do Comportamento, tinham tido filhos entre 1 ano e 2 anos e 2 meses. A partir das reflexões geradas pelas entrevistas, foram levantados conceitos e processos comportamentais envolvidos na perinatalidade, organizados nas seguintes categorias: condições antecedentes; repertório/classes de respostas; consequentes; aspectos filogenéticos; contingências entrelaçadas e metacontingências e; colaterais emocionais. Os dados foram discutidos sob a luz do modelo de seleção pelas consequências e articulados com a literatura levantada sobre perinatalidade. O estudo teve como principal contribuição levantar diversas variáveis que podem ser melhor investigadas em estudos posteriores, bem como serem consideradas na prática clínica em casos que envolvam a transição para a parentalidade.

**Palavras-chave:** período perinatal, saúde mental perinatal, análise do comportamento, psicologia clínica.

**Abstract:** Perinatal mental health is a research area that investigate the period around the birth of a baby and its implications, especially on the woman who's becoming a mother. This study aimed to raise functional and contextual variables from the reflections of women, mothers and behavior analysts, about their personal experiences. For this, three women were interviewed, who were behavior analysts, involved in teaching, research and/or supervision, and who had had children from 1 year to 2 years and 2 months before. From their reflections, concepts and behavioral processes involved in perinatality were apprehended, organized into the following categories: antecedent conditions; repertoire/classes of responses; consequences; phylogenetic aspects; interlocking behavioral contingencies and metacontingencies and; emotional collaterals. Data were discussed under the light of the selection by consequences model and articulated with the literature surveyed. The main contribution of the study was to raise several variables that can be better investigated in further studies, as well as being considered in clinical practice in cases involving the transition to parenthood.

**Keywords:** perinatal period, perinatal mental health, behavior analysis, clinical psychology.

Notas dos autores:

Agradecemos ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Perinatalidade é o termo utilizado para se referir ao período em torno do momento do nascimento de um ou mais bebês, tradicionalmente considerado desde a concepção até o fim do primeiro ano de vida deste (Macedo et al., 2014) e é entendido como um período de transição para a parentalidade. Este período é, principalmente para a mulher, composto por intensas mudanças na vida e tem sido demonstrado como uma fase de risco para o desenvolvimento de sofrimento psicológico e transtornos psiquiátricos, como a depressão perinatal (Arrais et al., 2014; Macedo et al., 2014; National Institute for Health and Care Excellence - NICE, 2014).

O período perinatal tem sido descrito por alguns autores como Maldonado (2017) e Rosenberg (2007) como uma “crise do desenvolvimento” que, enquanto tal, predispõe a estes riscos, mas também impulsiona o desenvolvimento psicossocial, a partir da resolução gradativa dos conflitos e restabelecimento do equilíbrio em um novo papel. Maldonado (2017) compara esta crise com outras fases do desenvolvimento da mulher como a adolescência e o climatério. Rosenberg (2007) e Maldonado (2017) enfatizam que a forma como estas resoluções acontecerão depende da história passada e do contexto em que as mulheres vivenciam a gestação e o nascimento de um filho.

Estas mudanças intensas e a vulnerabilidade aumentada para o sofrimento psicológico justificam o surgimento de uma área de estudo e intervenção denominada Saúde Mental Perinatal. Pesquisadores desta área investigam os fatores envolvidos no surgimento de transtornos típicos da perinatalidade e discutem as diferenças e semelhanças entre os transtornos identificados neste período com outros momentos da vida. A depressão perinatal é o quadro mais conhecido e estudado, seguido pela psicose pós-parto, mas outros distúrbios também têm sido apontados como prevalentes nesta fase, como os transtornos de ansiedade (Nogueira et al., 2014; Matthey et al., 2003), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), principalmente relacionado ao parto (Zambaldi et al., 2009), bem como a recorrência ou agravamento de condições prévias como Transtornos de Personalidade e Alimentares (Howard et al., 2014).

Com relação a depressão no período perinatal, a prevalência deste distúrbio no mundo varia

bastante entre os países, ficando em torno de 10 a 15% nos países ocidentais (Zubaran, 2014). No Brasil, a prevalência de sintomatologia depressiva levantada no estudo epidemiológico Nascer no Brasil foi de 26,3%, em uma amostra significativa de 23894 mulheres brasileiras (Theme-Filha et al., 2016). Zubaran (2014) apresenta diversos estudos e metanálises comparativas e conclui que a depressão perinatal é um fenômeno universal, apesar de fatores culturais e socioeconômicos poderem impactar a maneira pela qual esta se manifesta. Vale ressaltar que outras pessoas envolvidas com a chegada de um bebê também podem sofrer com as mudanças implicadas no nascimento de um bebê, desenvolvendo também depressão, ansiedade e outras formas de sofrimento. Atualmente, tem-se ampliado o olhar das pesquisas sobre perinatalidade para além da mulher, incluindo principalmente os pais (e.g. Paulson & Bazemore, 2010) e os avós (e.g. Winefield & Air, 2010).

Percebe-se, a partir de levantamento da literatura, um esforço dos pesquisadores da área de saúde mental perinatal em produzir conhecimento sobre este período da vida por meio da compreensão dos transtornos psiquiátricos prevalentes neste período. Este enfoque alinha-se com o modelo tradicionalmente aderido pela psicologia e psiquiatria, em uma perspectiva análoga ao modelo médico, ou seja, direcionado a descrever sintomas que seriam manifestações de uma patologia interna subjacente (Banaco et al., 2010). Em contrapartida, existem outras formas de entender o sofrimento humano, dentre elas a proposta pela Análise do Comportamento (AC), entendendo que “transtornos” têm a mesma natureza dos demais comportamentos humanos (Vilas-Boas et al., 2012), entendendo-os como multideterminados e fruto da interação do homem com o seu contexto (Pardo & Alvarez, 2001).

Para entender esta multideterminação do comportamento humano, Skinner propôs o modelo de seleção pelas consequências (Skinner, 1981/2007), um modelo que, explica, ao mesmo tempo, a complexidade do comportamento humano e sua continuidade em relação ao comportamento de outros seres vivos (Andery, 1999). Skinner parte da teoria da evolução das espécies, de Charles Darwin, que argumenta que as espécies evoluem a partir de pequenas variações entre os indivíduos. Aquelas variações que

potencializem a sobrevivência e, por conseguinte, a reprodução de um indivíduo, são transmitidas para a geração seguinte e assim por diante.

Se os ambientes se mantivessem estáveis ou mudassem lentamente, este mecanismo evolutivo seria suficiente para manter os organismos adaptados. Porém, ambientes em constante mudança selecionaram a susceptibilidade dos organismos se adequarem a estes ambientes durante o seu período de vida, por meio dos processos de condicionamento respondente e operante (Andery, 1999). No processo de condicionamento operante, variações nas respostas individuais dos organismos são fortalecidas ou enfraquecidas pelas consequências que produzem. Este é, portanto, um mecanismo análogo ao modelo de seleção proposto por Darwin, em nível ontogenético, ou seja, ao longo da história de vida de um indivíduo da espécie.

No caso dos humanos, a aquisição da capacidade verbal e a sensibilidade e codependência entre membros das comunidades possibilitou mais um salto evolutivo, com o desenvolvimento da cultura - conjuntos de práticas sociais transmitidas entre membros e entre gerações, potencializando a aprendizagem e a adaptação de cada membro, por não depender mais das suas próprias experiências para aprender novos comportamentos. Para Skinner, então, a evolução da cultura ocorreria por meio de mecanismo similar aquele dos níveis filogenético e ontogenético: variações entre práticas de um grupo social e seleção daquelas que favorecem a manutenção da própria cultura (Skinner, 1981/2007).

Alinhada com este modelo de seleção por consequências, Glenn (1991) propôs alguns conceitos que potencializam a análise dos comportamentos envolvidos no nível cultural, como metacontingências e contingências entrelaçadas que podem ser úteis para interpretar variáveis levantadas no nível da cultura. Quando observamos comportamentos de pessoas afetando outras pessoas, por exemplo, quando a resposta de uma pessoa funciona como estímulo discriminativo para a resposta de uma outra pessoa, estamos diante do que Glenn (1991) definiu como contingências entrelaçadas. Quando um conjunto dessas contingências entrelaçadas se repetem numa dada cultura, sendo replicadas por diversos membros de uma mesma geração ou sendo passadas de uma geração para outra, estamos dian-

te do que Glenn denominou metacontingências. As contingências que são replicadas, por sua vez, são chamadas práticas culturais. Estas práticas se mantêm na cultura não pelo efeito sobre os comportamentos individuais de seus membros, mas pelas consequências que geram para própria cultura.

Em resumo, aderir ao modelo explicativo da seleção pelas consequências, significa dizer que todo ser humano tem: uma história filogenética, fruto da evolução da espécie em que é membro; um repertório único de acordo com sua história de vida; e é também suscetível à mediação dos outros membros de sua comunidade verbal/social, de acordo com as práticas culturais que compartilham. Portanto, analisar qualquer comportamento humano demanda levantar e compreender a interação entre variáveis destes três níveis (Sampaio & Andery, 2012).

Partimos, então, do pressuposto de que o período perinatal engloba um conjunto de comportamentos complexos que variam de acordo com a interação de aspectos filogenéticos, ontogenéticos e culturais para cada pessoa envolvida no nascimento de um bebê. Para algumas delas, este momento da vida pode gerar sofrimentos passíveis de serem caracterizados na nossa cultura como depressão perinatal ou outros transtornos. Para outras, pode gerar mudanças mais facilmente assimiladas, ainda que intensas e desafiadoras.

Portanto, tendo em vista a complexidade e a relevância dos impactos do período perinatal sobre a saúde e bem-estar das mulheres, bebês e familiares, enquanto uma situação complexa em diversos níveis, justifica-se compreender de forma ampla esta fase da vida e a AC pode contribuir compreendendo a história e o contexto gerador e mantenedor de sofrimento psicológico.

Em um levantamento da literatura analítico-comportamental, foram encontrados apenas dois trabalhos sobre perinatalidade. Galli e Carneiro (2010) descreveram os quadros de *blues* puerperal (ou disforia puerperal), depressão pós-parto e psicose pós-parto a partir de publicações da área de psicologia perinatal e interpretaram tais descrições por meio de processos comportamentais. Já Nunes (2018) buscou realizar um levantamento bibliográfico dos fatores de risco para a depressão perinatal, com o objetivo de apreender variáveis de contingências ambientais em vigor no contexto das mulheres

que receberam este diagnóstico. A autora encontrou uma extensa lista de fatores correlacionados e de risco para a depressão perinatal, alguns contraditórios entre si, o que limitou as conclusões possíveis. Além disso, os fatores descritos foram, em sua maioria, topográficos e pouco claros (p. ex., “estresse” e “tabagismo”) e não permitiram acesso a informações sobre contingências ambientais em vigor.

Diante do levantamento da literatura, percebeu-se que as descrições encontradas nos trabalhos da área de saúde mental perinatal, focadas na descrição de transtornos, não pareciam ser suficientes para embasar uma análise a partir do modelo de seleção por consequências. Portanto, o presente estudo buscou acessar as reflexões de mulheres que eram, ao mesmo tempo, mães e analistas do comportamento, sobre suas experiências pessoais e articulações com a teoria que embasava suas práticas profissionais e acadêmicas. A partir dessas reflexões, então, objetivou-se levantar e sistematizar variáveis funcionais e contextuais envolvidas no período perinatal por meio do modelo de seleção por consequências de Skinner (1981/2007).

## Método

### Participantes

Participaram da pesquisa três mulheres (P1, P2, P3). Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter tido filho há mais de um ano, ou seja, passado o período descrito na literatura como perinatalidade; estarem envolvidas com ensino e/ou supervisão em AC, o que evidenciaria seu contato ativo com a AC e; aceite ao convite para participar do estudo. As participantes foram selecionadas por meio de indicações pessoais das pesquisadoras.

Em relação ao nível de escolaridade, a média de tempo de formação era de 10 anos, sendo que uma das participantes tinha título de especialista, outra era mestre e especialista e a terceira era pós-doutoranda e especialista. Todas atuavam com clínica, sendo duas terapeutas de adultos e uma infantil. Além disso, duas atuavam também com orientação parental. Todas eram supervisoras de estágio em clínica analítico-comportamental, sendo duas em clínica de adultos e uma em clínica infantil e orientação parental, e uma delas era também docente de

especialização em clínica analítico-comportamental.

As três participantes eram casadas e brancas, com idade média de 32,6 anos. Quanto aos filhos, todas tinham somente um filho, com idades entre um ano e dois anos e dois meses.

### Materiais

Para a realização das entrevistas, foram utilizados um questionário de caracterização e um roteiro de perguntas norteadoras (Tabela 1). Para gravação da entrevista que aconteceu de forma presencial, foi utilizado o aplicativo de gravação de áudio no celular da pesquisadora. Já no caso das entrevistas que aconteceram de forma remota, via internet, estas foram realizadas e gravadas por meio da plataforma Zoom. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado pelas participantes em todas as entrevistas.

**Tabela 1. Roteiro de perguntas norteadoras**

1. Você já ouviu falar em psicologia perinatal?
2. O que você previa e imaginava sobre o período perinatal, pela sua formação e experiência profissional, e que foi compatível com a sua experiência? O que não foi compatível?
3. Quais conceitos da AC você vê aplicação mais imediata ao entendimento da perinatalidade? Teve algo que, a partir da sua experiência pessoal, te fez refletir ou questionar algo da sua experiência em AC – teóricas ou da sua prática profissional?
4. Tendo em vista o modelo de seleção por consequências proposto pela AC, o que você percebe de variáveis de cada nível de seleção neste momento da vida da mulher, principalmente?

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, via Plataforma Brasil, e foi aprovado em 13 de junho de 2019, sob o protocolo 14898219.6.0000.8148.

### Procedimento

Inicialmente, foi realizada uma primeira versão do roteiro de perguntas norteadoras que tinham como objetivo potencializar a produção de relatos que evidenciassem variáveis funcionais e contextuais a partir da experiência pessoal e profissional das participantes. Em seguida, foi realizada uma

entrevista piloto com uma colaboradora, analista do comportamento, mãe e interessada em psicologia perinatal que, além de responder às perguntas propostas, opinou sobre elas e sugeriu adequações em relação aos objetivos e à clareza das perguntas. A partir desta entrevista, o roteiro inicial foi readequado e, então, foram realizadas três entrevistas com as participantes selecionadas para o estudo. Além das perguntas do roteiro, ao longo das entrevistas a pesquisadora responsável fez outras perguntas com o intuito de ampliar ou aprofundar os conceitos e aspectos abordados pelas participantes, buscando potencializar, assim, a produção de conteúdo relevante para o objetivo do estudo.

Uma das entrevistas foi realizada presencialmente e duas de forma remota, via *internet*, e todas foram gravadas integralmente, mediante consentimento das participantes.

### Análise de dados

As três entrevistas foram transcritas na íntegra. Primeiramente, os dados de identificação das participantes – tempo de formada, formação, atuação profissional, idade do(a) filho(a), estado civil, raça e idade da participante – foram sistematizados. Em seguida, as entrevistas transcritas foram lidas e foram feitos destaques dos trechos e apontamentos das informações mais relevantes para responder ao objetivo do estudo. Após este procedimento ter sido realizado com as três entrevistas, a pesquisadora principal voltou-se aos destaques feitos e buscou consensos e dissensos entre as informações, aglutinando-as e gerando uma primeira versão de categorias e subcategorias de análise. As categorias referiram-se a variáveis funcionais e contextuais possíveis de serem apreendidas a partir das reflexões das participantes sobre suas experiências pessoais, em articulação com a teoria da AC. Duas colaboradoras, analistas do comportamento e com experiência em pesquisa, foram convidadas para opinar sobre essa versão das categorias. A partir de seus apontamentos, as categorias foram revistas e refinadas, e uma nova leitura das transcrições foi feita para identificar últimos exemplos que se encaixavam nas categorias finais. A categorização final serviu de base para a redação dos resultados e discussão, buscando-se responder ao objetivo proposto pelo estudo.

## Resultados e discussão

As variáveis funcionais e contextuais levantadas na análise dos dados advindos das entrevistas foram organizadas em categorias gerais, a saber: condições antecedentes, repertório/classes de respostas, consequentes, aspectos filogenéticos, contingências entrelaçadas e metacontingências e colaterais emocionais. Dentro de cada categoria, foram propostas subcategorias e itens em termos de conceitos da AC. Esta categorização, bem como a identificação das participantes cujos relatos apontavam referências a cada item, é apresentada na Tabela 2.

### Condições antecedentes

Dentro da categoria condições antecedentes, as variáveis levantadas foram: operações motivadoras (OMs), regras e mudanças em controle de estímulos. Quanto às operações motivadoras, os itens identificados foram: estímulos aversivos, privações e alterações hormonais. Estes três itens foram citados por todas as participantes.

Em relação a estimulação aversiva, o grande aumento de demandas e a sobrecarga, principalmente sobre a mulher, foram os principais aspectos considerados por estas mulheres. Condições aversivas são entendidas como OMs, pois estabelecem momentaneamente a sua própria retirada como reforçador e evocam quaisquer comportamentos que, no passado, foram efetivos em produzir essa retirada (Aureliano & Borges, 2012), como explicitado na fala da participante P2: “Então, eu lembro que... por exemplo, um período que a minha mãe se disponibilizasse a ficar com o bebê, nossa, era assim, uma coisa... impressionante!”. Outro efeito possível das condições aversivas evidenciado pelas participantes foi a redução momentânea da efetividade de outros estímulos estabelecidos como reforçadores positivos na história daquela mulher, inclusive reforçadores primários, como na fala de P3: “Sexo deixa de ser reforço (...) você tá toda ferrada, com dor, então um pedaço importante da vida também fica de lado por um bom tempo, e eu acho que nunca volta a ser o que era antes”.

É interessante citar que a participante P3 falou que são tantas e tão variadas as estimulações negativas neste contexto que ela comparou o pós-parto

**Tabela 2. Conceitos e processos comportamentais aplicáveis ao período perinatal, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, e identificação das participantes (P1, P2, P3) que os citaram**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Itens</b>	<b>Citado por</b>
Condições antecedentes	Operações motivadoras	Estímulos aversivos	P1, P2, P3
		Privações	P1, P2, P3
	Regras	Alterações hormonais	P1, P2, P3
		Regras sociais	P1, P3
		Conflitos entre regras de grupos sociais distintos	P1, P2, P3
	Mudanças em controle de estímulos	Regras culturais	P2, P3
			P2
Repertório/Classes de respostas			P2, P3
Consequentes	Reforçamento negativo	Condicionamento de novos estímulos aversivos	P2, P3
	Reforçamento positivo	Reforçadores incondicionados na interação com o bebê	P2, P3
		Busca de novos reforçadores	P1
		Atraso de reforço	P3
	Punição positiva	Dor	P3
	Punição negativa	Retirada de reforçadores	P3
Extinção		P2	
Aspectos filogenéticos	Predisposições para agir		P3
	Especificidades anatômicas e fisiológicas		P2
Contingências entrelaçadas e metacontingências	Suporte social		P1, P2, P3
	Participação do pai		P1
Colaterais emocionais	Culpa		P1
	Ansiedade		P3

ao estresse crônico moderado, protocolo utilizado como modelo experimental para o estudo da depressão: “Dá até pra pensar numa coisa meio *chronic mild stress*, sabe? Estresse crônico e moderado, porque demora meses. É crônico porque não vai passar em um dia ou uma semana. São meses desse jeito, as vezes ano...”

Uma vez que a estimulação aversiva foi citada como tão prevalente e extensiva no período perinatal, uma implicação desta condição foi explicitada nas falas das participantes, a saber o condicionamento de novos estímulos aversivos. Elas descreveram experiências que podem exemplificar como este processo pode acontecer via pareamen-

to entre estímulos aversivos e outros previamente neutros que passam a adquirir função aversiva, como citado por P2 na seguinte experiência:

Por exemplo, o momento de ir dormir, que foi sempre um momento muito bom para mim, se tornou um momento aversivo. Porque eu já começava a pensar: “Putz, eu vou deitar, mas provavelmente daqui a duas horas eu vou ter que estar de pé de novo, mas eu to muito cansada”. Então, o próprio deitar na cama acabou condicionado como estimulação aversiva. (P2)

Porém, o condicionamento de novos aversivos pode acontecer também via comportamento verbal, isto é, pela transferência de funções entre estímulos que são colocados como equivalentes por meio de enunciados verbais, como no exemplo de P3:

(...) os estímulos viram aversivos não só via condicionamento direto, mas eu acho que as mulheres criam muitas regras... Criam não, elas são bombardeadas por muitas regras, e aí acontece todo um processo verbal que vai aumentando muito o sofrimento da mulher. Então eu acho que isso que a gente tava conversando, de que, ah, ser mãe é a coisa mais gostosa do mundo. Ah, eu não to gostando disso que eu to vivendo, logo eu sou uma péssima mãe. (P3)

Outro item que foi citado por todas as participantes dentro da subcategoria de OMs foram as privações. Privações são OMs incondicionadas, portanto, estabelecidas pela história filogenética do organismo, que estabelecem o valor reforçador de estímulos específicos para saciar estas privações, além de evocar comportamentos que produziram estes reforçadores no passado (Michael, 1993). A privação de sono e seus efeitos foram especialmente enfatizados. Elas descreveram que o efeito desta privação foi muito mais intenso do que previam, pois esta afetava o seu comportamento como um todo. Primeiramente, relataram sentir-se mais sensíveis, irritadas e nervosas. Em segundo lugar, podemos supor que esta sensibilidade aumentada possa afetar também a saliência dos estímulos aversivos, como o choro do bebê, e aumentar a tendência a agir de forma a minimizar ou elimi-

nar estes estímulos. Em terceiro lugar, esta pode ser uma importante variável para se estudar no campo da saúde mental perinatal, visto que parecer haver uma associação entre problemas de sono e sintomatologia depressiva neste período da vida, ainda que não esteja clara a direção desta influência (Marques et al., 2014).

A participante P3 citou também outras privações que podem estar em vigor neste momento da vida, como a privação de contato social:

(...) então você fica muito em casa com o bebê, as pessoas no começo vão visitar e eventualmente cada um segue sua vida e você fica muito sozinha com o bebê em casa, então você perde o contato com os amigos (...). Então, assim, você perde um conjunto de reforçadores importantíssimos, eu acho que o mais importante, o reforço social. Rola um isolamento. (P3)

Dada a ênfase unânime das participantes aos estímulos aversivos e privações de reforçadores no período, bem como sua relevância para o entendimento de quadros clínicos em geral, sintetizamos na Tabela 3 os exemplos citados por elas.

**Tabela 3. Condições aversivas e privações citadas pelas participantes**

Condições aversivas	Demandas aumentadas e sobrecarga Choro do bebê Cobranças e imposições sociais Dor – recuperação do parto e amamentação
Privações	Contato social Sono “Liberdade” – controle do próprio tempo

Ainda em relação a OMs, as participantes citaram também as alterações hormonais, que foram entendidas como OM pelo seu potencial efeito sobre os valores reforçadores dos estímulos e sobre o repertório das mulheres neste momento, predispondo-as a emitir certas classes de respostas em diferentes momentos da perinatalidade. Essas alte-

rações, especificamente do período perinatal, desenvolvem-se no decorrer do ciclo gravídico-puerperal e as interações entre a mulher e o seu meio. Michael (1993) cita as alterações hormonais como OM incondicional no reforçamento do comportamento sexual. Segundo o autor, estas alterações podem “eliciar (ou sensibilizar para uma eliciação mais fácil por outros estímulos) certos comportamentos” (tradução livre). Esta visão converge com a compreensão de Valente e Macedo (2014) em seu capítulo sobre os fatores neurobiológicos da depressão perinatal, de que as alterações hormonais intensificariam os fatores estressores presentes na vida da mulher durante o período perinatal, ou seja, atuariam aumentando a “força” de estímulos aversivos neste momento da vida.

Outra subcategoria dentre as condições antecedentes apontada nos relatos de todas as participantes foram as regras que descrevem a maternidade e o que é ser mãe, ou seja, descrições de contingências que podem explicitar condições antecedentes, respostas esperadas e/ou consequências previstas (Skinner, 1982) para relações comportamentais envolvidas na maternidade. As regras citadas por duas das participantes foram aquelas provenientes do grupo social, que descrevem respostas que, mais do que serem supostamente efetivas no cuidado com o bebê, sinalizam consequências sociais por aquele grupo, como reconhecimento e aprovação. A outra participante, P1, falou dessas regras em termos de “autorregras”, mas com o mesmo sentido das regras sociais, advindas da comunidade que “julga”, ou seja, que provê as consequências para os comportamentos da mulher:

Então também são algumas autorregras que a gente vai criando e a gente é forçado, talvez por se comparar ou talvez pelas pessoas que julgam, de que a gente precisa se comportar daquela forma e se não for assim, você não é uma boa mãe. (P1)

Ainda em relação às regras sociais, as participantes explicitaram especificidades desta variável na contemporaneidade decorrente, dentre outras coisas, da internet e de novas formas de conexão entre as pessoas. Estas conexões ampliam a ação e a influência por grupos sociais distintos, diversifi-

cando as fontes de regras sociais que as mulheres têm contato durante este período da vida. Por um lado, este contato ampliado promove um contato com regras possivelmente mais correspondentes à realidade de muitas mulheres, como a disseminação da ideia de “maternidade real”, levantada como bandeira por muitas mulheres na internet, como citado por P1: “(...) aí outras pessoas foram falando ‘Maternidade real, você não precisa dar conta de tudo, se você der conta de tudo é bom pros outros, menos pra você’. Por outro lado, estas regras diversas podem ser conflitantes entre si, podendo se tornar mais uma fonte de sofrimento para as mulheres, como explicitado na fala de P3: “Você fica o tempo todo sendo bombardeada por essas regras, e fazendo relações na sua cabeça, se autoavaliando e se categorizando, se classificando como mãe boa, má... e é horrível, porque você sempre vai errar.”

Além das regras advindas dos grupos sociais em que as mulheres estão inseridas, duas participantes expuseram também regras culturais de um âmbito mais amplo, que também impactam sobre o comportamento das mulheres, como fica claro nesta fala de P2:

E aí eu comecei a perceber o quanto a mulher tá imersa numa organização cultural que, primeiro, leva provavelmente para uma cesárea, a uma interação com o bebê que é cheia de interferências que são vendidas como necessárias, né, sem que de fato sejam. (P2)

As regras sociais, podem aparecer com diversas topografias - conselhos, prescrições, orientações, provérbios (por exemplo, “ser mãe é padecer no paraíso”) e ficou evidente nas falas das participantes que elas podem ter diversas funções. Elas podem funcionar, por exemplo, como estímulo aversivo punitivo (um “conselho” dado quando a mulher está tentando agir para atender ao bebê) ou como OM (no sentido de evocarem a fuga-esquiva da reprovação social sinalizada pela regra proferida). Ou seja, mais do que motivar respostas que sejam efetivas com o próprio filho, podem levar a mulher a agir na direção de se esquivar de julgamento e comparação social, podendo dificultar o aprendizado do repertório necessário para se lidar com o bebê efetivamente. De qualquer forma, sendo uma das funções

das regras, para Skinner (1982), manter o comportamento sob controle de reforçadores atrasados, as regras sobre maternagem também podem ser úteis neste momento. Acreditamos que seja um desafio para a prática da psicologia perinatal, manejar e equilibrar a oferta de regras que auxiliem no desenvolvimento do novo repertório, sem afastar as mulheres das contingências de relação com seus bebês.

Por fim, ainda dentre as condições antecedentes, P2 evidenciou as mudanças em controle de estímulos que ela percebeu acontecer com a chegada do filho:

Você tem uma nova classe ali de estímulos discriminativos para as quais você começa a responder, tanto em relação ao seu bebê, quanto em relação à sua rede de apoio. Então, a relação com o meu marido mudou muito, com a minha mãe mudou demais né? (...) Novos discriminativos se estabelecendo e, ao mesmo tempo, outros discriminativos perdendo sua função, né? Mudando completamente as contingências de reforçamento diferencial. (P2)

Segundo os relatos e exemplos dados pelas participantes, esta modificação no controle de estímulos pode ocorrer tanto via experiência direta, com o pareamento de estímulos, quanto via verbal, com a transferência de função entre estímulos por meio de enunciados como, por exemplo, “ser uma boa mãe é...”. Estas são mudanças que possivelmente alteram todo o contexto de comportamento das mulheres.

### Repertório/Classes de respostas

Com relação ao próprio repertório e classes de respostas, duas participantes (P2 e P3) chamaram a atenção para a grande readequação do repertório necessária diante de contingências tão transformadas. Por mais que as pessoas tenham acesso a descrições mais ou menos acuradas das contingências possíveis de acontecer, ainda na gestação ou antes dela, o estabelecimento do novo repertório acontecerá, efetivamente, ao se comportar no novo contexto e em contato com as consequências destas respostas, como fica claro na fala da participante P2:

Então, acho que o mais impressionante pra mim foi notar que, após algum tempo, eu já tinha um

novo repertório estabelecido de uma forma extremamente natural, não planejada, de propósito... e que dava conta mesmo, né? De cuidar do bebê, de praticamente todas as necessidades que ele tinha ali. (P2)

Dessa forma, podemos supor que muitas respostas que produziam consequências reforçadoras em outros contextos não funcionem mais no período perinatal, assim como respostas nunca emitidas antes possam ser necessárias para produzir consequências importantes. É provável que, por um tempo, haja uma espécie de conflito entre o repertório prévio e o repertório ainda em construção, e este seja um dos desafios do período perinatal.

Se somarmos a este contexto a questão do excesso de regras levantado anteriormente, evidencia-se a importância de estratégias que favoreçam a sensibilidade às contingências em que estas pessoas estão vivendo e, por conseguinte, a facilitação do aprendizado dos repertórios necessários. Este é um possível caminho de trabalho em psicologia desde a gestação.

Esta visão da perinatalidade como um período de “insuficiência” dos repertórios prévios e sua superação por meio do desenvolvimento dos novos repertórios na prática, em contato direto com as novas contingências, corrobora com a perspectiva da transição para a parentalidade como crise desenvolvimental apresentada por Maldonado (2017) e Rosenberg (2007), que engloba os desafios e riscos, mas também o potencial de desenvolvimento pessoal a partir da “resolução gradativa dos conflitos e restabelecimento do equilíbrio”.

### Consequentes

Quanto aos consequentes, foram descritos e citados pelas participantes processos de reforçamento negativo, reforçamento positivo, punição positiva, punição negativa e extinção. No que se refere ao reforçamento negativo, este foi descrito com mais detalhes na categoria “Condições antecedentes”, que seria a consequência das respostas de eliminação dos estímulos aversivos presentes no contexto descrito.

Em relação ao reforçamento positivo, duas participantes (P2 e P3) refletiram sobre a possibilidade de existirem reforçadores incondicionados na relação cuidador-bebê, ou seja, reforçadores

estabelecidos na história filogenética da espécie. Estes reforçadores estariam relacionados, principalmente, ao contato físico entre mãe e bebê. Faz sentido que este tipo de reforçador tenha sido selecionado na história das espécies, selecionando e mantendo comportamentos de aproximação e cuidado com o bebê, que depende deste contato para sua sobrevivência, principalmente enquanto outros reforçadores ainda não foram construídos nesta nova relação. Como explicitado por P3, grande parte dos reforçadores envolvidos em maternar têm um importante atraso, devido às limitações inerentes ao próprio desenvolvimento da criança. Este atraso no reforço, somado ao aumento de demandas, sobrecarga e privações já citados, pode ter um efeito importante sobre o comportamento das pessoas envolvidas no cuidado do bebê, especialmente a mulher:

Então assim, você abre a mão de muita coisa no aqui e agora para um pedaço grande do reforçado do que é ser mãe... são vários, né? Mas um pedaço grande que não vai vir agora. Tem um pedaço grande que vai vir depois. (C)

A participante P1 citou também a busca de reforçadores em novos contextos, especialmente no contexto social por meio de novas amizades e participação em grupos de gestantes e puérperas, ainda mais em um contexto de privação de reforçadores sociais prévios, como citado anteriormente.

Uma das participantes (P3) citou também processos de punição positiva e negativa, ou seja, a apresentação de estímulos aversivos e a retirada de estímulos reforçadores, respectivamente, contingentes às respostas da mulher. Em relação à punição positiva, ela citou a dor, decorrente do parto e da amamentação. Já em relação à punição negativa, ela citou a perda de diversos reforçadores, mas dando ênfase, neste trecho, à “perda de liberdade”:

Perda de liberdade. Eu acho que essa é, das punições negativas, uma das piores. Porque você controla o seu tempo. Ah, agora eu quero ver um filme, agora eu quero comer, agora eu quero... Xixi! Necessidades básicas. Agora, eu tenho que fazer tudo em torno da rotina do bebê. Então, eu acho que essa coisa da liber-

dade, perder a liberdade, é um aversivo muito grande. (P3)

As consequências descritas foram relacionadas às novas respostas neste novo contexto e podemos refletir sobre como vai ocorrendo um reforçamento diferencial para que essas respostas sejam mantidas ou não no repertório da mulher. A participante P2 sugeriu também que ocorreria um processo de extinção em diversos momentos do período perinatal. Ela se referiu a comportamentos que podem ter OM em vigor, como a privação de contato social, mas que não há mais ocasião para acontecer (estímulos discriminativos) ou, se forem evocadas, não produzem mais a consequência que produziam antes. A extinção seria, então, esta quebra da relação prévia entre respostas e a produção de um reforçador. Isto tende a enfraquecer a classe de respostas que não produz mais os reforçadores que a mantinha, mas gera também outros efeitos como reações emocionais tipicamente nomeadas como frustração, aumento momentâneo na frequência das respostas e variabilidade de topografias de respostas, alternadas com períodos de pausa comportamental (Millenson, 1970).

### Aspectos filogenéticos

Duas participantes citaram também alguns aspectos filogenéticos que podem estar envolvidos no comportamento materno no período perinatal. A participante P3 citou brevemente a possibilidade de existirem comportamentos instintivos, como predisposições a agir de uma dada forma neste período. Já a participante P2 comentou sobre os processos fisiológicos envolvidos no parto, por exemplo:

Em relação ao primeiro nível me chama a atenção o grau de especificidade a que o corpo chega para que todas essas experiências aconteçam. Então, um dos meus motivos de priorizar o parto normal, natural, foi saber que durante milhões de anos o processo acontece assim com tantos outros seres vivos, então porque, pra mim tinha que ser diferente?” (P2)

Como uma espécie que faz parte da classe dos mamíferos, humanos têm um aparato anatomo-fisiológico que os prepara para a possibilidade de

gestar um bebê, pari-lo e amamentá-lo. Apesar das outras categorias já apresentadas apontarem para a não suficiência deste aparato para que tudo transcorra sem problemas, parte-se de uma história filogenética da espécie que pode impactar, hoje, na mulher que vive o período perinatal.

### Contingências entrelaçadas e metacontingências

A partir dos relatos das participantes, também foi possível levantar variáveis do nível cultural, que podemos interpretar a partir da proposta de Glenn (1991). Uma participante citou exemplos de contingências entrelaçadas, em que comportamentos de outras pessoas afetam o comportamento da mulher no contexto perinatal. Um desses exemplos é o suporte social, como enfatizado por P1:

(...) minha mãe não mora aqui, meus pais não moram aqui, nem os pais do meu marido, minha sogra né? Então, assim, só a gente mesmo que tinha que contar. Então eu acho que antes a gente tinha mais apoio, tinha avó, tinha tia. (...) Então a gente acabou ficando sobrecarregado por não ter mais essa rede de apoio (P1)

Neste caso, a prática cultural de oferecer ou não suporte para a família que acabou de ter um filho impactaria o comportamento de todos os membros ao afetar as contingências dispostas para se adaptar ao novo contexto. A falta ou pobreza desse suporte, ou rede de apoio, é apontado na literatura como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos no período perinatal (Arrais et al., 2014), bem como conflitos com o pai e a família neste momento da vida (Nunes, 2018).

Ainda relacionada a este aspecto, a mesma participante explicitou outra variável, também do contexto social e cultural – a mudança na participação do homem/pai nos cuidados e criação do bebê: “Como que hoje a maternidade pode ser muito mais compartilhada, né? Ter mais cooperação, que o homem faça parte.” (P1).

Se somarmos a estas práticas citadas contingências mais amplas, como os esquemas de trabalho contemporâneos e a intensa urbanização, por exemplo, que podem afetar indiretamente as mulheres, ao enfraquecer as redes comunitárias, aumentar o

isolamento e, inclusive, dificultar a aprendizagem por modelo, uma vez que as mulheres têm pouco ou nenhum contato com outras mulheres que tiveram filhos. É possível que este seja um problema maior para as mães de hoje em dia do que foi para as gerações anteriores que estavam mais próximas física e socialmente.

### Colaterais emocionais

Por fim, foram citados dois itens entendidos como colaterais emocionais que, por serem subprodutos de contingências operantes e respondentes, podem estar relacionados com muitas das variáveis citadas nas outras categorias, e têm especial relevância clínica. Uma delas foi a culpa, emoção que pode ter origem em diversas contingências descritas, especialmente relacionadas às regras sociais e culturais, como no seguinte trecho:

E aí tem a questão da culpa que eu acho que pega muito para as mães, então... se eu vou dar a chupeta... se eu dou a chupeta, eu me sinto culpada por [me comparar com] uma mãe que não deu. Se eu amamentei, [existe] o esforço disso. E aí eu não consigo amamentar, qual a culpa que gera. (...) eu acho que deixar a maternidade mais leve também tem a ver com minimizar essas culpas que eu acho que a própria sociedade vai criando [por meio de] esses padrões de perfeição, né? (P1)

Já a participante P3 citou a ansiedade como colateral de contingências complexas, enfatizando a falta de controle, mas que podemos também relacionar a outras contingências já citadas, como a extinção, a estimulação aversiva e condicionamento de novos aversivos etc.

Pensando em ansiedade, cara. É imprevisível. Um bebê dorme bem uma noite, na outra não vai dormir. Num dia ele faz cocô mole, no outro cocô duro... num dia... você não sabe prever, você não tem controle de muita coisa. (...) é muito assustador, acho que é meio desamparo aprendido, assim... as vezes a punição vem no nada, de forma imprevisível, incontrolável, eu acho que tem isso um pouco também... (P3)

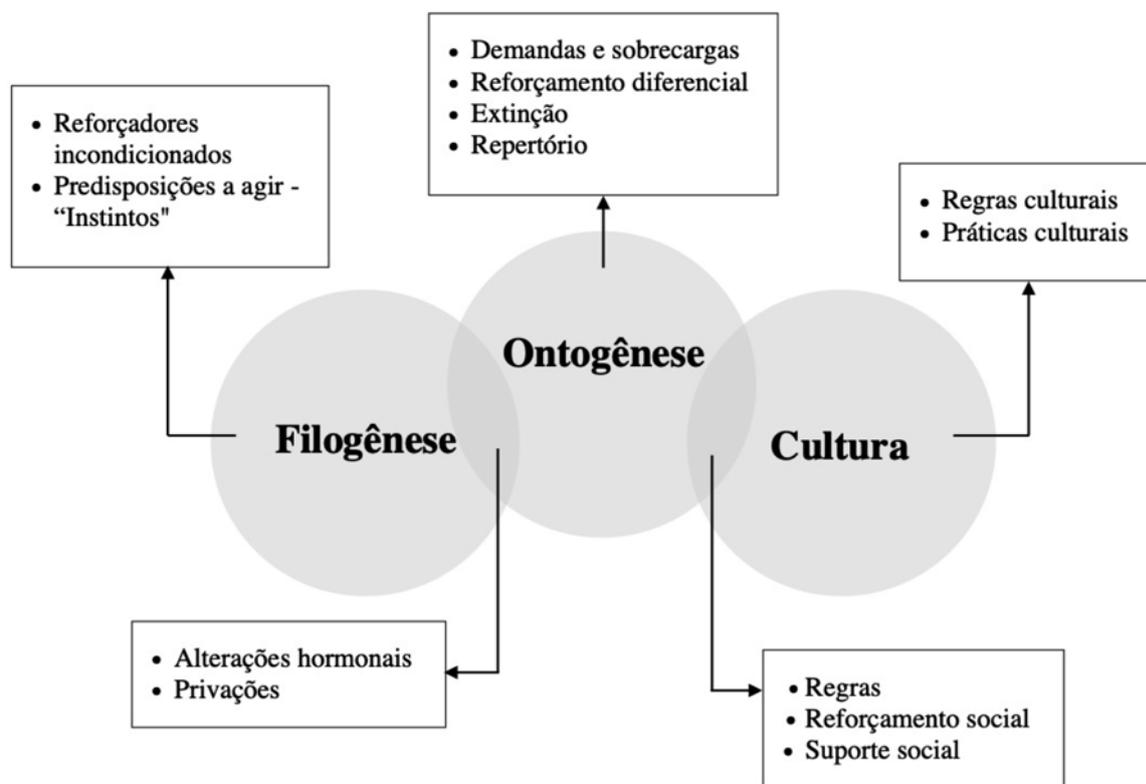


Figura 1. Variáveis discutidas relacionadas aos três níveis de seleção propostas por Skinner (1981/2007) e suas intersecções.

Em resumo, levantamos uma diversidade de variáveis a partir da categorização proposta a partir da análise dos dados das entrevistas realizadas. Algumas foram mais detalhadas e exemplificadas pelas próprias participantes, enquanto outras foram apontadas de forma mais superficial e talvez até especulativa. A fim de organizar os conceitos levantados em termos do modelo de seleção pelas consequências de Skinner (1981/2007), propusemos na Figura 1 uma sistematização visual que os engloba em três círculos representando os três níveis de seleção – filogênese, ontogênese e cultura – e suas intersecções.

A partir dos dados levantados e discutidos, é possível apreender que as transformações de contexto decorrentes da chegada de um bebê afetem todo o repertório dos envolvidos nesta chegada, em especial da mulher, exigindo-se uma ampla gama de novas respostas. É provável que esse cenário ocasione, pelo menos por algum tempo, um conflito entre o repertório prévio e o novo,

que vai sendo construído no contato efetivo com as novas contingências. Tudo isto provavelmente não ocorre sem colaterais emocionais, como aqueles típicos da extinção. Esta reflexão corrobora com dados sobre a alta prevalência das alterações de humor denominadas *blues puerperal* (Macedo et al., 2014) e de um nível aumentado de ansiedade (Matthey *et. al.*, 2003). Além disso, esta visão endossa o esforço atual de expandir o olhar para além da área da saúde mental perinatal para além da depressão pós-parto, como argumenta Macedo et al. (2014) pois, apesar de ser um diagnóstico muito prevalente, é somente um dos possíveis “resultados” dessa combinação de fatores e histórias. O nascimento de um bebê é realmente um período de mudanças muito intensas, de forma sistêmica, envolvendo até outras pessoas do entorno, as funções delas para a mulher e da mulher para elas. Faz sentido ser um momento de vulnerabilidade para diversos tipos de desafios e sofrimentos.

## Considerações finais

Uma das contribuições do presente estudo foi o levantamento de uma diversidade de variáveis em todos os níveis de seleção. Por conseguinte, os resultados e discussões propostos podem potencializar uma série de perguntas de pesquisas interessantes, com diversas abordagens e delineamentos, na área de perinatalidade sob a ótica da AC. Por exemplo, dentre as características filogenéticas relacionadas à perinatalidade que foram apreendidas neste estudo, levantou-se a hipótese da existência de estímulos reforçadores incondicionados decorrentes do próprio contato físico com o bebê, bem como predisposições a comportamentos específicos de cuidado. Estas são hipóteses muito relevantes que podem ser exploradas em pesquisas futuras.

O estudo levantou também importantes questões para a prática clínica em casos que envolvem a transição para a parentalidade, como as mudanças que ocorrem nos diversos componentes das contingências comportamentais. Aspectos que foram citados e enfatizados pelas três participantes foram o aumento drástico de demandas e sobrecarga sobre as mulheres e as inúmeras privações, especialmente a privação de sono e de contato social. Estas são variáveis muito relacionadas ao nível ontogenético, porém podem estar relacionadas também às contingências dispostas as práticas e regras culturais que impõem sobre as mulheres praticamente todas as responsabilidades sobre a criança e restringem as possibilidades de ampliação das suas respostas para além do ambiente doméstico. Portanto, é primordial levar em conta, mesmo no atendimento clínico individual, as intersecções entre as histórias de vida e a cultura em que se está inserido, inclusive para a terapia não ser mais um espaço de replicação de práticas culturais mantenedoras de sofrimento das mulheres mães.

Ademais, tem havido um esforço em “naturalizar” ou despatologizar o processo de perinatalidade de alguns autores, como Maldonado (2017) e Rosenberg (2007), que defendem a ideia da perinatalidade enquanto crise evolutiva, biologicamente determinada por mudanças metabólicas complexas, mudanças no contexto de vida da mulher e de seu papel social. Esta ideia conversa com

a proposta da AC em termos filogenéticos, ontogenéticos e culturais. Também são enfatizadas nas propostas de Maldonado (2017), as mudanças de identidade, ou seja, de aspectos da subjetividade que, para a AC, está intimamente relacionada ao terceiro nível de seleção. O processo de mudança de aspectos da subjetividade é um campo de importante discussão para futuros trabalhos e de extrema relevância clínica.

Vale apontar que, apesar do ineditismo e contribuições do estudo, a quantidade de participantes, bem como sua homogeneidade em termos de características sociodemográficas, pode ser vista como uma limitação do estudo. No entanto, foi uma escolha priorizar o aprofundamento das entrevistas ao invés da variabilidade de relatos. Ou seja, tendo sido um estudo qualitativo inicial e exploratório, acreditamos que a quantidade de participantes atingiu os objetivos propostos. Reconhecemos também que existem divergências acerca de alguns conceitos abordados neste trabalho. Porém, enquanto um estudo exploratório de relações iniciais entre a AC e a perinatalidade, decidimos nos ater às explicações mais difundidas como, por exemplo, a explicação mais difundida sobre a seleção por consequência no trabalho de Skinner (1981/2007) e de Andery (1999) e sobre regras de Skinner (1982).

Além disso, outra limitação foi a restrição temporal dos relatos das participantes. Devido à amplitude do termo “perinatalidade”, as participantes do presente estudo acabaram citando mais fatores que relacionados ao momento logo após o nascimento do bebê do que durante a gestação ou depois de passados os primeiros meses e em que se sentiram mais adaptadas ao novo contexto. Esta ênfase faz sentido, pois estes primeiros meses são quando a maioria das contingências realmente muda e impacta de forma mais direta o comportamento. Porém, é importante investigar as mudanças que ocorrem ainda na gravidez ou antes, durante o planejamento ou tentativa de engravidar, que podem ser menos evidentes e até negligenciadas por não serem tão abruptas.

Reconhecemos que outra forma de olhar para os dados das entrevistas do presente estudo seria em relação aos facilitadores e dificultadores da adaptação da nova mãe. Olhando desta forma, poderíamos discutir como potencializar os facili-

tadores e minimizar os dificultadores, o que seria de grande valia para a área de psicologia perinatal. Outra forma ainda seria enxergar a perinatalidade ou o puerpério como uma situação de resolução de problemas, em que novos contextos exigem novas repostas não estabelecidas previamente. Esta visão levantaria perguntas como: quais são os comportamentos precorrentes e quais comportamentos poderíamos desenvolver em uma intervenção pré-natal, por exemplo? Portanto, outras formas de discutir os dados da presente pesquisa também poderiam ampliar os debates sobre o período perinatal por meio da ótica da Análise do Comportamento.

## Referências

- Andery, M. A. P. A. (1999). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. In Banaco, R. A. (org.) *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Vol. 1. (2a. ed., pp. 199-208). ARBytes.
- Arrais, A. R., Mourão, M. A. & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Aureliano, L. F. G., & Borges, N. B. (2012). Operações motivadoras. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica Analítico Comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 32-9). Artmed.
- Banaco, R. A., Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas Analítico Comportamentais Discutem a Psicopatologia. In E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas*. (pp. 175-191). Roca.
- Galli, M. W. & Carneiro, L. (2010). Aspectos Psicológicos da Gravidez e Pós-parto. In M. M. C. Hubner, Garcia, M. R., P. Abreu, E. Cillo & P. Faleiros. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas*. (pp. 168-173). ESETEC Editores Associados.
- Glenn, S. S. (1991). Contingencies and metacontingencies: Relations among behavioral, cultural and biological evolution. Em P. A. Lamal (Ed.). *Behavioral analysis of societies and cultural practices*. (pp. 39-73). Hemisphere.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Macedo, A. F., Pereira, A. T. & Marques, M. (2014). Psiquiatria perinatal - perspectiva histórica e aspectos nosológicos. Em A. F. Macedo & A. T. Pereira (Coord.), *Saúde mental perinatal: maternidade nem sempre rima com felicidade*. (pp. 27-50). Lidel.
- Maldonado, M. T. (2017) *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Ideias & Letras.
- Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., Maia, B. M. & Macedo, A. F. (2014). Sono e regulação emocional no período perinatal. In A. F. Macedo & A. T. Pereira (Coord.), *Saúde mental perinatal: maternidade nem sempre rima com felicidade*. (pp. 27-50). Lidel.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?, *Journal of Affective Disorders*, 74(2). [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00012-5)
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16(2): 191-206. <https://doi.org/10.1007/BF03392623>
- Millenson, J.R. (1970) *Princípios de Análise do Comportamento*. Coordenada Editora.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Consultado a fevereiro de 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Nogueira, V., Marques, M., Roque, C. & Pereira, A. T. (2014). Ansiedade perinatal. In A. F. Macedo & A. T. Pereira (Coord.), *Saúde mental perinatal: maternidade nem sempre rima com felicidade*. (pp. 77-100). Lidel.
- Nunes, P. L. (2018). *Fatores correlacionados à depressão perinatal*. [Monografia de conclusão de curso não publicada]. Centro Paradigma - Ciências do Comportamento.

- Pardo, H. G., & Álvarez, M. P. (2007). *La invención de trastornos mentales: escuchando al fármaco o al paciente?*. Alianza Editorial.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303(19). <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Rosenberg, J. L. (2007) Transtornos psíquicos da puerperalidade. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. (pp. 109-17). Manole.
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012). Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica Analítico Comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 77-86). Artmed.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo*. Cultrix-Edusp. (Original de 1974).
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-37. (Originalmente publicado em 1981, em *Science*, 213(4057), 501-504)
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G. N., & Leal, M. C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Valente, J. & Macedo, A. F. (2014). Fatores de risco neurobiológicos de depressão perinatal. In A. F. Macedo & A. T. Pereira (Coord.), *Saúde mental perinatal: maternidade nem sempre rima com felicidade*. (pp. 51-76). Lidel.
- Vilas Boas, D. L. O., Banaco, R. A. & Borges, N. B. (2012). Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica Analítico Comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 95-101). Artmed.
- Winefield, H., & Air, T. (2010). Grandparenting: diversity in grandparent experiences and needs for healthcare and support. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 8. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00187.x>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A. & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4). <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400006>
- Zubaran, C. (2014) Aspectos culturais nas perturbações mentais do pós-parto. In A. F. Macedo & A. T. Pereira (Coord.), *Saúde mental perinatal: maternidade nem sempre rima com felicidade*. (pp. 207-220). Lidel.

### Histórico do Artigo

Submetido em: 23/05/2022

Aceito em: 20/12/2022

Editor Associado: Monalisa de Fátima Freitas Carneiro Leão