

# Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto

LÍLIA TAVARES (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o puerpério determinam uma vulnerabilidade psicológica na mulher que experimenta nestes períodos uma crise de maturação normal e organizativa através de modificações psicológicas que lhe são próprias. Uma crescente incidência de depressão durante o puerpério tem sido muito bem documentada (Cutrona, 1982; O'Hara et al., 1984; O'Hara & Zekoski, 1988). A depressão pós-parto é uma perturbação largamente reconhecida que afecta cerca de 12% das mulheres que dão à luz (O'Hara et al., 1984), e que pode ter sérias consequências para a mulher e para o filho dado que afecta a sua relação com ele. Este quadro, de distímia asténica irritável, pode começar na maternidade sob a forma de «blues pós-parto» que se prolonga. Algumas mudanças fisiológicas normais na gravidez e no puerpério são similares aos sintomas de depressão — perda de interesse sexual, alteração do apetite, fadiga, etc.. Por outro lado, esta sintomatologia engloba ainda abatimento, crises de lágrimas, sentimentos de vergonha, de incapacidade, de intolerância e rejeição em relação ao bebé.

Existem bastantes teorias que pretendem explicar a etiologia da depressão pós-parto. Alguns estudos baseiam-se em factores etiológicos de ordem fisiológica e hormonal; outros em causas psicológicas, relacionais e

sociais. Alguns autores sugerem que as variáveis ginecológicas e obstétricas não estão especificamente relacionadas com a depressão pós-parto (O'Hara, 1987). Existe uma evidência considerável de que o ajustamento psicológico e afectivo da mulher antes e durante a gravidez esteja fortemente associada àquele síndrome. Tal situação depende em grande medida da carência de apoio social, especialmente dos familiares mais próximos. A percepção que a mulher tem do seu relacionamento marital, avaliado no seu grau de satisfação em termos de proximidade do relacionamento e do apoio do cônjuge, está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto (O'Hara et al., 1983).

Mulheres que experienciam níveis elevados de *stress* durante a gestação e após o parto e/ou que carecem de um cônjuge confidente e disposto a auxiliar nas tarefas familiares e cuidados com o bebé, parecem ser particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da depressão pós-parto (O'Hara, 1987).

O'Hara procurou estudar a relação entre a sintomatologia depressiva de homens e mulheres durante a gestação e o período pós-natal e entre o relacionamento conjugal de ambos os cônjuges. Além disso, procurou associar estas variáveis com o apoio social — maternal e afectivo — provido pelos homens após o parto (1985).

Porque outros estudos o não fizeram, procurou-se correlacionar directamente a sintomatologia depressiva e a qualidade do

(\*) Psicóloga Clínica.

relacionamento marital de ambos os cônjuges nos períodos pré e pós-natal. Estudou-se também o efeito dos *life events* (acontecimentos existenciais) adicionais vivenciados pelos cônjuges durante a gestação e pós-parto, uma vez que alguns estudos encontraram relação entre o *stress* que estes acontecimentos introduzem no humor da mulher e a depressão puerperal (Paykel, 1979).

Dada a importância das relações que a mulher estabelece no seu ajustamento ao nascimento de uma criança, e à situação de dependência em que a gravidez e o puerpério colocam a mulher face ao seu meio relacional, procurou-se neste estudo identificar a qualidade do relacionamento conjugal como um preditor de perturbações psicológicas no pós-parto. Os estudos neste âmbito têm sido efectuados, na sua grande maioria, nos EUA, pelo que se tornava necessário estudar estas inter-relações na população portuguesa.

### 1.1. *Conceitos Principais*

#### **Depressão durante a Gravidez**

Trata-se de um conjunto de sintomas que traduzem um estado depressivo, normalmente ligeiro, decorrente da gestação e de todas as modificações que têm lugar neste período e que são particularmente fomentadoras de *stress*.

#### **«Blues Pós-Parto»**

Refere-se a um síndrome afectivo ligeiro que se manifesta frequentemente — em 39% a 85% das mulheres que dão à luz — com a duração de algumas horas até vários dias, podendo estender-se até à segunda semana do pós-parto. Os «blues» são normalmente caracterizados por sintomas tais como humor depressivo, crises repetidas de choro, irritabilidade, ansiedade, labilidade do humor, confusão, perturbações do sono e do apetite. Pelo menos quatro daqueles sintomas têm de estar presentes para o diagnóstico de «blues». Frequentes são, também, a astenia e os sentimentos de incapacidade manifestados pela puérpera, as queixas de não saber ocupar-se do bebé e uma vivência de esgotamento. A puérpera mostra-se muito susceptível, irrita-se com facilidade e queixa-se frequentemente de ser desprezada.

Tanto quanto se pode determinar, a única

consequência prejudicial dos «blues» é poder anteceder a depressão pós-parto — em mais de 10% dos casos — não se sabendo ao certo se são um factor causal da depressão ou se ambos apontam para causas comuns (O'Hara, 1987).

#### **Depressão**

A maior parte, senão todas as características das depressões que ocorrem noutros momentos, prejudicam a capacidade da mulher actuar nas suas diversas funções de mãe, esposa, profissional, etc.. A depressão pós-parto caracteriza-se por abaixamento do humor e/ou irritabilidade notória e, em muitos casos, sintomas típicos de depressão, como perturbações do apetite e do sono, fadiga, perda de interesse e culpabilidade. Pode acompanhar-se também de sentimentos de vergonha, de desespero, resultando num sentimento de incapacidade. A puérpera queixa-se de não saber ocupar-se do bebé afirmando que os choros deste a inquietam e irritam. Pode preocupar-se excessivamente com a saúde do bebé ou com o seu bem-estar — multiplicando assim as consultas pediátricas — e mostra-se culpabilizada pela sua falta de amor ou de desejo de cuidar do recém-nascido.

A puérpera sente-se «mudada», compreende mal as suas reacções, inquieta-se com a sua saúde, na medida em que experimenta um grande abatimento físico e intelectual. A fim de reduzir a sua angústia intolerável, evita os contactos, põe o filho à distância ou delega os seus cuidados às pessoas que a rodeiam. Na maioria dos casos, estas depressões evoluem espontaneamente no sentido da melhoria e remissão em algumas semanas ou meses (Lemperième et al., 1984).

Autores há que afirmam que este síndrome se pode estender de três meses para além de um ano do pós-parto, embora estes investigadores tenham efectuado «follow-ups» apenas até à nona semana do pós-parto (O'Hara, 1987).

#### **Relacionamento Conjugal**

É um processo em movimento ao longo de uma continuidade que pode ser avaliado em termos de proximidade a um bom ou deficiente relacionamento (Spanier, 1976). Trata-se do grau de satisfação marital ou do nível de relação

conseguida pelos cônjuges — marido e mulher ou dois indivíduos a viver maritalmente. Esta interacção contempla a contribuição dos vários aspectos da relação, tais como a comunicação, a afectividade, a compatibilidade sexual, as actividades sociais, as diferenças de valores, etc., que atestam da qualidade deste relacionamento.

### **Apoio Social do Cônjuge**

Compreende o apoio efectivo providenciado pelo cônjuge quer sob o ponto de vista material — actividades de suporte — quer afectivo — intimidade e suporte afectivo/emocional. Alguns aspectos deste apoio são:

- Tempo que o pai passa com a criança;
- Frequência com que ajuda a alimentar, a dar banho, a mudar fraldas, a brincar, etc.;
- Tempo com que se ocupa das demais tarefas familiares;
- Apoio afectivo dado à cônjuge, etc.

### **Life Events**

Acontecimentos significativos vivenciados nos seis meses anteriores à avaliação e que pudessem alterar o estado de humor dos sujeitos.

## **1.2. Hipótese(s)**

1.2.1. Hipótese Principal: Existe uma inter-relação entre o humor e o relacionamento conjugal de homens e mulheres durante a gravidez e no pós-parto.

1.2.1.1. Os homens sentem menos sintomatologia depressiva no decurso da gestação e pós-parto que as esposas.

1.2.1.2. Há correlações positivas e significativas entre a sintomatologia depressiva de ambos os cônjuges no segundo e terceiro trimestres de gravidez e na sexta semana do pós-parto.

1.2.1.3. A sintomatologia depressiva dos homens avaliada na sexta semana prediz o nível de sintomatologia depressiva das mulheres na nona semana do pós-parto.

1.2.1.4. Há correlações positivas e significativas entre a satisfação

conjugal de ambos os cônjuges no segundo e terceiro trimestres de gravidez e na sexta semana do pós-parto.

1.2.1.5. A sintomatologia depressiva e a satisfação conjugal dos homens na sexta semana do pós-parto mostram significativa correlação com a satisfação das mulheres em relação ao apoio dado pelos cônjuges na nona semana do pós-parto.

1.2.1.6. Existe correlação estatisticamente significativa entre o nível da sintomatologia depressiva e a qualidade do relacionamento conjugal nas mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez e na sexta semana do pós-parto.

1.2.1.7. A satisfação conjugal e os *life events* das mulheres avaliados na sexta semana do pós-parto mostram significativa associação com a sua sintomatologia depressiva avaliada no mesmo momento.

1.2.1.8. A satisfação conjugal e os *life events* dos homens avaliados na sexta semana do pós-parto mostram significativa associação com a sua sintomatologia depressiva avaliada no mesmo momento.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Sujeitos**

Os sujeitos foram 34 mulheres e os seus cônjuges, contactados inicialmente no segundo trimestre de gravidez nas consultas externas de Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital de Santa Maria, Clínica de São Gabriel e consultas particulares em alguns consultórios da especialidade.

Os sujeitos acederam participar no estudo, comprometendo-se seguir um protocolo do segundo trimestre de gravidez até à nona semana do pós-parto. As características demográficas dos elementos da amostra são apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1  
*Características Demográficas da Amostra*

VARIÁVEL	ESTATÍSTICA		
	HOMENS	MULHERES	DÍADE
<b>IDADE (ANOS)</b>			
M	30.4	28.2	
SD	4.7	4.9	
Amplitude	22-41	19-39	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Primário (%)	20	15	
Secundário (%)	59	50	
Pós-Secundário (%)	21	35	
M (anos)	9.9	10.7	
SD	4.4	4.8	
Amplitude	4-19	4-18	
EMPREGADOS (%)	100	65	
<b>RELAÇÃO</b>			
Casados (%)			91
Marital (%)			9
Duração (anos)			
M			4.7
SD			3.5
<b>NÚMERO DE FILHOS EM CASA (%)</b>			
0			59
1			32
2			6
3			3

## 2.2. Instrumentos

**Inventário Depressivo de Beck:** o IDB (Beck et al., 1961) foi utilizado como instrumento de auto-avaliação da intensidade de sintomas depressivos. O IDB tem sido regularmente utilizado como primeira medida para avaliar a depressão ante e pós-parto quer no homem quer na mulher. É constituído por uma sub-escala cognitivo-afectiva e outra somática. O *score* total representa a combinação do número de

categorias de sintomas de que se compõe e a intensidade dos sintomas particulares:

- 10 — 16: Depressão Branda
- 17 — 24: Depressão Moderada
- > 25: Depressão Severa

**Escala de Relacionamento Conjugal:** a ERC foi utilizada para avaliar a qualidade do relacionamento conjugal. Sendo traduzida e adaptada da Dyadic Adjustment Scale (DAS;

Spanier, 1976), serviu-nos como orientador de recolha de dados.

**Escala de Avaliação de Acontecimentos Existenciais:** a EAAE foi baseada na Échelle d'Auto-Évaluation d'Événements Existentiels de Andrews (*in* Cottraux et al., 1985) que comporta 45 itens, dos quais foram retirados 3, a saber: a interrupção voluntária e involuntária de gravidez e o acontecer da menopausa nos seis meses anteriores à avaliação. Os *life events* estão agrupados em *clusters*: Saúde, Vida Familiar e Social, Trabalho e Acontecimentos Monetários e Legais.

**Questionário de Apoio Conjugal no Pós-Parto:** baseado no The Post-Partum Social Support Questionnaire (Hopkins, 1984), o QACPP é constituído por 18 itens e destina-se a avaliar junto da mulher a amplitude do apoio provido pelo cônjuge num leque de suportes materiais e afectivos. Cada um dos itens é pontuado duas vezes em duas escalas de 7 pontos cada de cotação 1 (nunca) a 7 (sempre). A mulher é solicitada a responder inicialmente assinalando quão frequentemente o cônjuge dá um tipo particular de apoio — frequência actual — após o que relata a frequência com que desejava que esse apoio ocorresse — frequência desejada. Para cada item calcula-se uma diferença cuja soma expressa o grau de insatisfação da mulher face ao apoio do cônjuge no pós-parto.

### 2.3. Procedimento

As mulheres foram abordadas no segundo trimestre de gravidez assim como os seus cônjuges — se estivessem presentes —, tendo lugar o primeiro contacto numa consulta obstétrica. Cada cônjuge foi abordado após o acedimento da mulher ao pedido de colaboração num estudo acerca do humor na gravidez e no pós-parto. Se os cônjuges não estivessem presentes, as mulheres levavam os instrumentos que seriam devolvidos em envelope previamente selado e endereçado. Os instrumentos relativos ao terceiro trimestre de gravidez, terceira, sexta e nona semanas de pós-parto foram enviados e devolvidos pelo correio sem qualquer encargo por parte dos sujeitos. Os homens participaram

em apenas três dos momentos de avaliação das mulheres. O quadro 2 resume os momentos de avaliação e os instrumentos completados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1. Prevalência e Curso da Sintomatologia Depressiva

De um modo geral a sintomatologia depressiva decresceu ao longo das avaliações em ambos os cônjuges.

De acordo com as previsões — Hipótese 1.2.1 —, os homens evidenciaram níveis mais baixos de sintomatologia depressiva que as suas mulheres nos três momentos comuns de avaliação durante a gravidez e após o parto.

A menor intensidade da sintomatologia depressiva vivenciada pelos homens no decurso das avaliações, pode dever-se, por um lado, à dificuldade em admitir um aumento da sua sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto da mulher e, por outro lado, ao facto de a mulher se encontrar mais sensível ao seu modo de estar num período particularmente vulnerável da sua existência.

Apurámos que o padrão de sintomas no IDB das mulheres mostra algumas mudanças interessantes ao longo dos diferentes momentos de avaliação. Enquanto que no segundo trimestre de gravidez, o nível médio de intensidade da escala cognitivo-afectiva (itens A—N) eram significativamente mais elevados que o nível médio da sub-escala somática (itens O—U), no terceiro trimestre e na terceira semana do pós-parto estes mostraram-se mais pronunciados. No entanto, nos últimos dois momentos de avaliação do pós-parto, foi a vertente cognitivo-afectiva que predominou em relação aos sintomas somáticos.

Os resultados que daqui se retiram estão de acordo com as razões da escolha destes momentos de avaliação. Por um lado, o segundo trimestre de gravidez é um período em que já terão escasseado algumas manifestações somáticas, tais como as indisposições matinais do início da gravidez, e a fadiga associada com o trazer consigo o bebé, do final da gestação, ainda não terá tido início. Sendo menos evidentes estes sintomas, a grávida estará mais

QUADRO 2

*Avaliações e Instrumentos Completados no Pré e Pós-Parto*

SUJEITOS	PRÉ-PARTO		PÓS-PARTO		
	2º Trim.	3º Trim.	3ª Semana	6ª Semana	9ª Semana
	IDB ERC	IDB ERC	IDB ERC	IDB ERC EAAE	IDB ERC QACPP
	IDB ERC	IDB ERC		IDB ERC EAAE	

disponível para vivenciar as preocupações que são mais de índole cognitivo-afectiva. A avaliação do terceiro trimestre deu-nos informação acerca do aumento da sintomatologia somática que se manteve mais elevada na terceira semana do pós-parto.

Das três avaliações efectuadas aos cônjuges, os sintomas cognitivo-afectivos prevaleceram sempre em relação aos somáticos no IDB dos homens, tendo-se verificado o mesmo no IDB das mulheres no segundo trimestre de gravidez e na sexta e nona semanas do pós-parto. Usando o *score* mínimo de 10 como limite inferior de depressão branda (O'Hara, 1985; O'Hara et al., 1984), de 26.5% das mulheres e 18% dos homens durante o segundo trimestre de gravidez; 26.5% das mulheres e 6% dos homens no terceiro trimestre de gravidez e 15% das mulheres e 6% dos homens na sexta semana do pós-parto deram conta no mínimo de sintomas de depressão branda.

A percentagem de mulheres com depressão pós-parto legítima, isto é, aquela que ocorre no puerpério na ausência de depressão significativa na gravidez, foi de apenas 3%. Parece claro, deste modo, que a depressão durante a gravidez é um factor de risco apreciável para a depressão pós-parto.

O relativo bom humor mostrado pelas mulheres na avaliação, imediatamente após o parto (terceira semana), merece ser salientado. No nosso estudo, mesmo as mulheres que se

mostravam deprimidas durante a gravidez e nas duas avaliações subsequentes do pós-parto, deram conta de um relativo bem-estar e optimismo na terceira semana do pós-parto.

No caso particular da mulher portuguesa, os *scores* baixos do IDB da terceira semana do puerpério podem decorrer de uma certa relutância em divulgar sentimentos negativos num inventário de auto-avaliação devido a normas culturais que levam as mulheres a crer que se deveriam sentir eufóricas ou sentirem-se gratificadas pelo facto de terem conseguido ser mães e não terem entrado ainda na rotina e deixado de ser o primeiro objecto de atenções.

### 3.2. Intercorrelações entre a Sintomatologia Depressiva dos Cônjuges

Na avaliação do segundo trimestre de gravidez não se encontrou significativa entre os IDB de ambos os cônjuges ( $r=.117$ ) — pelo que a Hipótese 1.2.2. se verifica parcialmente —, possivelmente por ser um período em que as vivências da gravidez estão ainda a estabilizar-se e que os sintomas somáticos que têm a ver com o mal-estar do terceiro trimestre ainda não se fazem sentir. Os valores do IDB dos cônjuges nos outros momentos de avaliação estão fortemente correlacionados. O humor, quer da mulher quer do cônjuge, pode ser influenciado pelos mesmos factores dentro e fora da família. Um factor plausível pode ser o bom curso da gravidez no que concerne a saúde física e

conforto. Os homens mostram-se normalmente mais solícitos com a saúde das mulheres durante a gravidez, especialmente durante o último período, que em outro qualquer momento e podem ser muito mais afectados pela maneira como elas se sentem fisicamente, o que tem de certeza uma influência significativa no humor das mulheres. Os IDB de ambos os cônjuges na sexta semana do pós-parto têm uma correlação elevada. A correlação entre o humor dos homens neste período e o das mulheres na nona semana do pós-parto é novamente acentuada e mais elevada que em estudo anterior (O'Hara, 1985). Dada a importância do apoio do marido durante o período pós-natal, uma mudança no seu humor, para melhor ou pior, pode ter implicações na disponibilidade, boa vontade ou capacidade para prover apoio à mulher. Maridos menos preocupados com o seu modo de estar podem melhor apoiar as mulheres. O efeito de um suporte afectivo e material adequado ou diminuto do homem pode afectar a mulher quando os efeitos desse apoio são sentidos claramente.

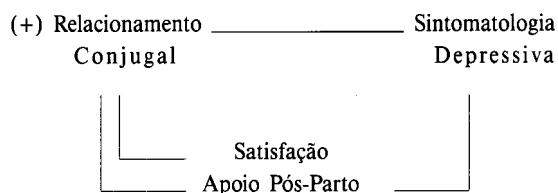
### 3.3. Intercorrelações entre a Satisfação Conjugal dos Cônjuges

Conforme apontavam as previsões — Hipótese 1.2.4. —, os valores da ERC de ambos os cônjuges nos três momentos de avaliação estiveram muito correlacionados. Embora as ERC tenham sido completadas separadamente, cada cônjuge analisou a mesma relação.

### 3.4. Factores Preditivos da Satisfação da Mulher relativamente ao Apoio do Cônjuge no Pós-Parto

A satisfação conjugal dos homens, assim como a sua sintomatologia depressiva na sexta semana do pós-parto prediziam a satisfação descrita pelas mulheres na nona semana do pós-parto em relação ao apoio dado pelos seus cônjuges — Hipótese 1.2.5.. No entanto, a satisfação conjugal dos homens foi o factor que mais contribuiu para que as mulheres se sentissem satisfeitas com o apoio dado pelos seus cônjuges no período pós-parto (Diagrama 1).

DIAGRAMA 1



Esta conclusão sugere que os homens que têm um relacionamento conjugal mais satisfatório são mais solícitos em prover um apoio que é percebido pelas cônjuges como mais efectivo e adequado.

### 3.5. Intercorrelações entre a Sintomatologia Depressiva e a Satisfação Conjugal das Mulheres

Encontraram-se, como previmos (Hipótese 1.2.6.), correlações significativas entre os IDB e as ERC das mulheres nas avaliações da gestação e na sexta semana do pós-parto. As mulheres que relataram maior sintomatologia depressiva vivenciavam também um relacionamento conjugal menos feliz e problemas maritais mais frequentes, quer na gravidez quer no pós-parto.

### 3.6. Relacionamento Conjugal e Life Events na Prevalência da Sintomatologia Depressiva dos Cônjuges na Sexta Semana do Pós-parto

A satisfação conjugal e a ocorrência de *life events* geradores de *stress* mostravam associação significativa com a sintomatologia depressiva avaliadas na sexta semana do pós-parto em ambos os cônjuges — Hipóteses 1.2.7. e 1.2.8. confirmadas. No caso particular das mulheres, o *stress* provocado pelos *life events* só seria determinante da sintomatologia depressiva na presença de um relacionamento marital insuficiente (Diagrama 2), enquanto que nos homens, tanto o *stress* dos *life-events* como o relacionamento conjugal disfuncional, podiam determinar isoladamente a sintomatologia depressiva (Diagrama 3).

DIAGRAMA 2

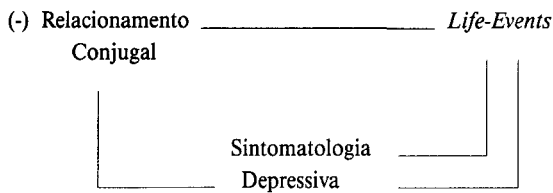
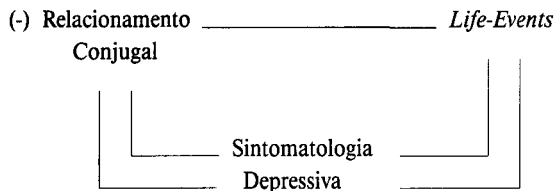


DIAGRAMA 3



#### 4. CONCLUSÕES

As hipóteses deste estudo foram confirmadas na sua quase globalidade, apesar do número relativamente pequeno de mulheres que vivenciaram depressão pré e pós-parto. Decerto, dado o carácter prospectivo desta investigação, é extremamente difícil reunir amostras vastas de mulheres que experienciem depressão pós-parto. Não obstante, os resultados deste estudo foram baseados em cerca de dezena e meia de casos e precisa de ser replicado para aumentar a nossa confiança.

Os resultados apontam para uma relação estreita entre a sintomatologia depressiva e o relacionamento conjugal na gestação e no pós-parto. Uma vez que estas variáveis se influenciam mutuamente, pensamos que há que dar atenção a ambos os cônjuges numa dimensão sistémica. Provavelmente, não é suficiente encorajar os homens a apoiar mais adequadamente as suas cônjuges, pois os homens que se encontram mais deprimidos ou menos realizados no seu relacionamento marital, são menos capazes de prover apoio efectivo.

Por outro lado, devemos considerar a incidência da depressão pós-natal e os riscos que acarreta para a mulher e para o bebé. A mulher torna-se incapaz de tomar responsabilidades como esposa, mãe e profissional e existe o risco de a sintomatologia

depressiva ter um papel nefasto sobre as relações precoces mãe-bebé. A mãe rejeita a criança e mostra hostilidade. Os sentimentos de rejeição dão origem a sentimentos desagradáveis de culpa. As relações precoces têm uma influência decisiva no desenvolvimento harmonioso da criança, o que deste modo sugere que a depressão puerperal pode vir a ter a longo termo um impacto negativo na família.

#### 5. SUGESTÕES PARA ACONSELHAMENTO FAMILIAR: PREVENÇÃO OU TRATAMENTO

Analisando o casal como um sistema exposto a factores desencadeadores de *stress*, nomeadamente pela adição do bebé, deveria dar-se atenção às necessidades de ambos os cônjuges. Os técnicos mais habilitados para prestar este apoio à família seriam terapeutas colocados nas unidades de Obstetrícia quer em Hospitais e Maternidades, quer em clínicas desta especialidade. Os casais de alto-risco deveriam ser conduzidos para a consulta de aconselhamento familiar para efectuarem uma terapia de breve duração.

Este tipo de «terapia familiar» pode ser indicada ao identificar-se uma mulher que se crê reunir determinadas características que a tornam mais vulnerável para sofrer de depressão pós-parto. Estes factores de vulnerabilidade podem aparecer isolados ou em combinação com outras condições concorrentes, tais como psicopatologia da mulher, por exemplo uma história prévia de depressão noutra momento da vida — especialmente uma depressão pós-natal anterior —, depressão em familiares próximos ou ocorrência de *life events* desencadeadores de *stress* durante a gravidez, a discórdia conjugal e a psicopatologia do cônjuge. O terapeuta mostraria ao casal que a gravidez e o período pós-parto podem ser momentos de crise para ambos, que irrompem estilos anteriores de adaptação emocional.

Diversos estudos feitos notaram que a falta de preparação dos futuros progenitores para as funções de pais. Por isso, é provável que surjam dúvidas e problemas. A inclusão de membros da família mais próxima do casal para a preparação deste para o nascimento do bebé,

recuperação do parto, expectativas e cuidados que ele requer pode reduzir a predisposição para potenciais problemas emocionais e relacionais dos pais em perspectiva.

Um dos objectivos deste tipo de aconselhamento familiar preventivo pode ser o de aumentar a coesão entre os membros da família no sentido das suas relações de interagência mútua.

Outra estratégia, já não preventiva, mas de tratamento, é a de identificar mulheres com sintomatologia depressiva após o parto e que estão necessitadas de intervenção psicológica terapêutica. Este tipo de abordagem está já a efectuar-se no caso da psicose, mas ainda não na depressão pós-parto nos E.U.A. e Grã-Breanha (O'Hara & Zekoski, 1988). Em Portugal, excluindo alguns casos muito pontuais, não existe uma estratégia específica de prevenção e tratamento da depressão pós-parto. Esta intervenção parece possível se clínicos obstetras e psicólogos trabalharem em equipa. Estes casos seriam seleccionados utilizando uma escala capaz de identificar mulheres com depressão pós-natal aquando de uma consulta pelo obstetra ou pelo pediatra. A Escala de Depressão Pós-Natal de Cox, Holden e Sagovsky (1987) é uma escala de 10 items que avalia com sensibilidade a sintomatologia depressiva do pós-parto e que se completa facilmente e num curto espaço de tempo.

As mulheres identificadas com depressão pós-parto seriam encaminhadas para a consulta do psicólogo que confirmaria o diagnóstico através de uma entrevista clínica e seguiria a mulher, e eventualmente o cônjuge, durante algumas sessões. Esta segunda estratégia seria então o acompanhamento terapêutico da mulher já deprimida. Qualquer que seja o risco da depressão pós-natal, ela é um problema sério que deve ser tido em conta pela comunidade de Saúde Mental (O'Hara & Zekoski, 1988).

Os propósitos deste trabalho e desta intervenção inscrevem-se no âmbito da Psicologia da Saúde, nomeadamente na área que serve de ponte entre a psicologia e a obstetrícia, na identificação, prevenção e tratamento das mulheres em risco de depressão pós-parto.

## BIBLIOGRAFIA

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Urbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-569.
- Cottraux, J., Bouvard, M. & Legeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Ed. EAP.
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782-786.
- Cutrona, C.E. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2: 487-503.
- Hopkins, J. (1984). *Social support and postpartum depression*. University of Pittsburgh: Unpublished doctoral dissertation.
- Lemperième, T., Rouillon, F. & Lépine, J.P. (1984). Troubles psychiques liés à la puerperalité. In *Encyclopédie Medico-Chirurgicale* (Paris-France), Psychiatrie, 4.37.660 A10.
- O'Hara, M.W. (1985). Depression and marital adjustment during pregnancy and after delivery. *The American Journal of Family Therapy*, 13(4): 49-55.
- O'Hara, M.W. (1987). Postpartum «blues», depression and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7: 205-227.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1983). Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171: 336-341.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zokoski, E.M. (1984). A prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2): 158-171.
- O'Hara, M.W. & Zekoski, E.M. (1988). Postpartum depression: A comprehensive review. In *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* (R. Kumar & I.F. Brockington, Eds.), pp. 17-63, London: Wright.
- Paykel, E.W. (1979). Recent life events in the development of depressive disorders. In *The Psychobiology of the Depressive Disorders* (R. Depue, Ed.), pp. 245-262, New York: Academic Press.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38: 15-28.

## RESUMO

Este estudo investigou a sintomatologia depressiva e a satisfação conjugal na gravidez e no pós-parto em 34 casais. Aquelas variáveis foram avaliadas durante o 2.º e 3.º trimestres de gravidez e 6.ª semana de pós-parto. As mulheres foram também avaliadas quanto à sintomatologia depressiva e qualidade do relacionamento conjugal na 3.ª e 9.ª semanas do pós-parto. Ambos os cônjuges relataram os *life events* aquando da avaliação da 6.ª semana de puerpério. Na 9.ª semana do pós-parto, as mulheres deram conta da satisfação relativamente ao apoio provido pelo cônjuge. A sintomatologia depressiva cresceu ao longo das avaliações da gravidez e do puerpério em ambos os cônjuges. Os homens relataram sintomatologia depressiva inferior relativamente às mulheres. A depressão dos homens na 6.ª semana predizia a sintomatologia depressiva das mulheres na 9.ª semana do pós-parto. Encontraram-se correlações significativas entre a sintomatologia depressiva dos cônjuges no 3.º trimestre de gravidez e 6.ª semana do pós-parto. A associação entre a satisfação conjugal de ambos foi encontrada em todas as avaliações. Verificou-se que a satisfação conjugal dos homens na 6.ª semana era o melhor preditor da satisfação das mulheres em relação ao apoio por eles dado na 9.ª semana do pós-parto. A sintomatologia depressiva e a satisfação conjugal das mulheres estiveram fortemente correlacionadas. No puerpério, o *stress* dos *life events* só se fazia sentir na presença de um relacionamento marital disfuncional nas mulheres, enquanto que para os homens, tanto os *life events* como a insatisfação conjugal tinham pesos semelhantes na sintomatologia depressiva. As consequências dos resultados deste estudo são

discutidas quanto a uma abordagem familiar preventiva e terapêutica.

## ABSTRACT

This study examined the depressive symptomatology and the marital satisfaction during pregnancy and after delivery in 34 couples. Measures of these constructs were obtained during the 2nd and 3rd trimesters of pregnancy and 6 weeks postpartum. Women were also evaluated regarding the depressive symptomatology and marital satisfaction at 3 and 9 weeks postpartum. Both subjects described life events at 6 weeks postpartum. At 9 weeks postpartum, women reported their satisfaction with level of support from their husbands. Men reported lower levels of depressive symptom than women. Husbands' depression at 6 weeks predicted women's depressive symptomatology at 9 weeks postpartum. Significant correlations were found between depressive symptoms of both partners at 3rd trimester of pregnancy and 6 weeks postpartum. Association between marital satisfaction of both was found at each common assessments. It was also found that husbands' 6 weeks marital satisfaction was the best predictor of wives' satisfaction with the social support provided by them at 9 weeks postpartum. Women's depressive symptomatology and marital satisfaction were strongly correlated. Wives' life events stress were only noticed in presence of a dysfunctional marital adjustment, while both life events and marital dissatisfaction had similar effects on depressive symptomatology in men. The implications of the results of this study for preventive and therapeutical perspective are discussed.