



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA,
DEPRESSÃO E PERCEÇÃO DE AJUSTAMENTO
DIÁDICO EM CASAS GRÁVIDOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana Azevedo Bessa

Porto, Julho 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA,
DEPRESSÃO E PERCEÇÃO DE AJUSTAMENTO
DIÁDICO EM CASAIS GRÁVIDOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana Azevedo Bessa

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Vânia Sousa Lima

Porto, Julho 2012

Agradecimentos

À Professora Vânia Sousa Lima, pela dedicação e orientação neste trabalho, por estimular a minha “curiosidade” e vontade de aprender. Agradeço todos os ensinamentos que me proporcionou e a boa disposição que manteve em todos os momentos.

A todos os casais que se disponibilizaram a colaborar e sem os quais este estudo não seria possível.

À Rita Soares, pela partilha constante e por nunca ter perdido a paciência quando usava (e abusava) da sua capacidade de organização ao tê-la sempre como primeiro recurso em todas as dúvidas e anotações esquecidas.

À Elodie Teixeira, pela sua presença em todo o processo, por partilhar mais uma vez aprendizagens, dúvidas e motivação.

À Inês Silva, pela sua colaboração na concretização deste estudo, apoiando alguns dos passos essenciais deste trabalho.

À Miriam Medina, pelas suas palavras de motivação na recta final.

À minha prima Joana Albuquerque, à Ana Eusébio e aos restantes amigos que passaram a palavra sobre este projecto, tornando-o possível.

Ao Nuno Correia, pela sua ajuda e disponibilidade, permitindo uma melhor qualidade deste trabalho.

À Inês Teixeira Pinto, por acreditar e pelas suas palavras de incentivo.

À Pini, pela motivação constante e pelas chamadas de atenção que não me deixaram esquecer o mais importante. E claro, mais uma vez, por esgotar toda a sua paciência com as minhas conversas de “trabalho” ao telefone.

À Rita Milheiro, por me ter permitido chegar à recta final e por me ter dado durante grande parte deste processo a força e motivação que necessitava. Obrigada por teres “aturado” todas as dúvidas e por me teres acompanhado neste trajecto que ainda agora se iniciou.

A todos os meus Amigos, João Paixão, João Serra, Vasco Amador e Diana Diniz, por respeitarem e aceitarem a minha impossibilidade de estar presente.

À Raquel Almeida, por ter um cérebro que pensa como o meu e por me mostrar que há quem tenha as mesmas dúvidas e inseguranças, sem nunca deixar que me sentisse sozinha. Agradeço todas as palavras, conselhos, preocupações, incentivos e carinhos, tornando-se esta amizade a melhor base segura.

À minha mãe, por aceitar tudo e mais um pouco, sem nunca deixar de acreditar em mim. Pela confiança e amor que demonstra em tudo.

Ao meu pai, por abdicar de tanto estes anos e pela sua presença mesmo na ausência.

Este trabalho não se encontra escrito segundo o novo acordo ortográfico.

Resumo

As investigações em Depressão Pós-Parto (DPP), começaram recentemente a desenvolver trabalhos voltados para o tratamento da depressão durante a gravidez, no sentido de evitar o agravamento dos sintomas de depressão durante o período pós-parto (Zinga, Phillips & Born, 2005). Estima-se que a prevalência de DPP nas mulheres seja de 10 a 20% e nos homens de 1 a 26% (Steiner & Yonker, 1998; Goodman, 2004, cit. in Gomez & Leal, 2006).

O presente estudo de caso múltiplo teve como principal objectivo contribuir para a avaliação da eficácia de duas modalidades de intervenção baseadas numa intervenção cognitivo-narrativa e numa intervenção de casal baseada na vinculação. Procurou-se perceber a eficácia destes programas de intervenção na prevenção da DPP, avaliando a sua eficácia nos sintomas de depressão e na percepção do ajustamento diádico durante a gravidez em ambos os elementos da díade.

Os resultados demonstraram que o grupo da intervenção cognitivo-narrativa obteve melhores resultados ao nível da percepção de ajustamento diádico, enquanto que o grupo que tinha associado uma intervenção de casal baseada na vinculação, obteve melhores resultados ao nível da sintomatologia depressiva. Verifica-se ainda que a presença de sintomatologia depressiva aparece associada a uma percepção de ajustamento diádico mais baixa.

Palavras-Chave: Depressão Pós-parto; gravidez; ajustamento diádico; intervenção cognitivo-narrativa; intervenção de casal baseada na vinculação.

Abstract

Investigation of Postpartum Depression (PPD) have recently begun to develop projects aimed at treating depression during pregnancy, in order to avoid escalating the symptoms of depression during the postpartum period (Zinga, Phillips & Born, 2005). It is estimated that the prevalence of PPD in women is 10-20% and in men is 1-26% (Steiner & Yonker, 1998; Goodman, 2004, cit. in Gomez & Leal, 2006).

The main goal of this study was to contribute to evaluate two methods of intervention: attachment based couple intervention and cognitive-narrative intervention. We sought to understand the effectiveness of these programs in the prevention of PPD, evaluating their effectiveness in depressive symptoms and perception of dyadic adjustment during pregnancy in both elements of the dyad.

The results showed that cognitive-narrative intervention group achieved better results on the perception of dyadic adjustment, whereas the group that intervention was associated with attachment based couple intervention, achieved better results in terms of depressive symptoms. It appears that the presence of depressive symptoms is associated with a lower perception of dyadic adjustment.

Key-words: Postpartum depression; pregnancy; dyadic adjustment; cognitive-narrative intervention; attachment based couple intervention.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	1
I Enquadramento Teórico	3
1. Gravidez, Parentalidade e Conjugalidade	4
1.1. Transição para a Parentalidade e Tarefas de Desenvolvimento	4
1.2. Ajustamento Conjugal e Familiar na Transição para a Parentalidade	8
2. Depressão Pós-parto	13
2.1 Depressão Pós-Parto e Conjugalidade	13
2.2 Investigação na Prevenção da Depressão Pós-Parto	15
3. Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal Baseada na Vinculação	18
3.1 Intervenção Cognitivo-Narrativa	18
3.2 Intervenção de Casal Baseada na Vinculação	20
II Metodologia	23
1. Objectivos	24
2. Questões de investigação	24
3. Participantes	25
4. Instrumentos	26
5. Procedimentos	27
5.1 Procedimento de Recolha de Dados	27
5.2 Procedimento de Análise de Dados	29
III Resultados	30
1. Resultados da 1ª e 2ª avaliação	31
2. Síntese Integrativa dos Resultados	38

IV Discussão e Conclusão	39
1. Discussão de Resultados	40
2. Implicações, Limitações e Investigações Futuras	46
V Referências Bibliográficas	48
Anexos	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos participantes	25
Tabela 2. Resultados do BDI na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Controlo	31
Tabela 3. Resultados da RDAS na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Controlo	32
Tabela 4. Resultados do BDI na 1ª e na 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa	33
Tabela 5. Resultados da RDAS na 1ª e na 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa	34
Tabela 6. Resultados do BDI na 1ª e na 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal Baseada na Vinculação	36
Tabela 7. Resultados da RDAS na 1ª e na 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal Baseada na Vinculação	36

ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

BDI – *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck)

CIT – *Couple Interaction Task*

DAS – *Dyadic Adjustment Scale* (Escala de Ajustamento Diádico)

DPP – Depressão Pós-parto

RDAS – *Revised Dyadic Adjustment Scale* (Escala de Ajustamento Diádico Revista)

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um acontecimento que vem muitas vezes acompanhado de emoções e mudanças distintas, implicando uma reorganização e adaptação do casal (Moura-Ramos, 2006).

A gravidez e a maternidade, ao exigirem uma transição da conjugalidade para a parentalidade, assinalam no processo evolutivo familiar uma crise (Relvas & Lourenço, 2001), provocando muitas vezes um declínio no ajustamento conjugal nos períodos pré e pós-natal (Hernandez & Hutz, 2009). Estas adaptações apresentam-se como factores de stress psicossocial, o que justifica o elevado risco de aparecimento de depressão no período pós-parto (O'Hara, 2001, cit. in Nascimento, 2003).

A literatura sugere que durante a gravidez ocorre um pico de depressão no primeiro trimestre, uma melhoria no segundo e um aumento no terceiro e último trimestre (O'Hara, Zekoski, Phillips & Wright, 2003), surgindo a depressão durante a gravidez como um dos preditores mais fortes da DPP (O'Hara & Swain, 1996, cit. in Grote & Bledsoe, 2007).

Na população portuguesa, estima-se que a prevalência de DPP nas mulheres seja de 13,1% à 2ª e 5ª semana após o parto (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996, cit. in Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007), no entanto estes valores variam muito entre os diversos estudos dentro deste âmbito. No caso dos homens, a investigação na DPP é mais reduzida, mas os resultados apontam para uma prevalência de 1 a 26%, ainda que estes números subam para 24 a 50% nos homens cujas parceiras estejam deprimidas (Goodman, 2004, cit. in Gomez e Leal, 2006).

A relação conjugal é um dos relacionamentos mais importantes no puerpério, verificando-se uma associação entre conflito conjugal e DPP (Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010), sendo que a depressão é apresentado por Hernandez e Hutz (2009) como um dos factores responsáveis pelo declínio no ajustamento conjugal, caracterizado por uma descida na satisfação e na coesão diádica.

Os estudos no âmbito da DPP focavam-se essencialmente nos sintomas e no tratamento da DPP, apenas recentemente começaram a ser desenvolvidos trabalhos voltados para o tratamento da depressão durante a própria gravidez, procurando deste modo intervir ao nível da prevenção da DPP (Zinga, Phillips & Born, 2005). De uma forma geral, este estudo pretende contribuir para o estudo desta problemática, através do seu contributo na avaliação da eficácia de duas modalidades de intervenção que procurem reduzir a depressão durante a gravidez e melhorar a percepção de ajustamento diádico, tendo como grande objectivo prevenir o aparecimento da DPP. Apresentam-se como objectivos específicos deste estudo a identificação da presença de indicadores de

depressão e a avaliação da percepção de ajustamento diádico entre a 20^a e a 23^a semana de gestação. Propõe-se também a examinar o impacto diferencial das duas modalidades de intervenção psicoterapêutica (cognitivo-narrativa e cognitivo-narrativa em associação com uma intervenção de casal baseada na vinculação) na sintomatologia depressiva e na percepção de ajustamento diádico à 32^a semana de gestação, em ambos os elementos do casal. Por último, procura ainda avaliar a associação entre os indicadores de depressão e a percepção do ajustamento diádico em ambos os elementos do casal, assim como, examinar diferenças ao nível do género nessas duas variáveis.

Este trabalho divide-se em três capítulos:

No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico relativo a esta temática, iniciando a contextualização desta problemática através da apresentação do processo de transição para a parentalidade e realçando as tarefas desenvolvimentais a que os indivíduos estão sujeitos. Procura-se apresentar as mudanças que ocorrem neste período a dois níveis: ao nível individual e ao nível do casal, realçando a importância do ajustamento conjugal e familiar. De seguida, faz-se uma breve caracterização da problemática da DPP, procurando evidenciar a sua relação com a conjugalidade. Por último, é feita uma breve apresentação da investigação realizada ao nível da prevenção da depressão durante a gravidez e após o parto, terminando com uma breve apresentação das duas intervenções em que se baseiam as modalidades de intervenção que vão ser alvo de avaliação neste estudo.

No capítulo seguinte, de cariz empírico, apresenta-se a descrição da metodologia utilizada neste estudo, descrevendo os objectivos específicos e as questões de investigação, o desenho do estudo, os participantes, os instrumentos utilizados e quais os procedimentos de recolha e tratamento de dados, terminando com a apresentação dos resultados.

No terceiro e último capítulo, é feita uma análise e a discussão dos resultados, finalizando com uma síntese conclusiva e com a apresentação das limitações deste estudo, assim como de sugestões para investigações futuras e implicações do estudo.

I. Enquadramento Teórico

1. Gravidez, Parentalidade e Conjugalidade

1.1 Transição para a Parentalidade e Tarefas Desenvolvementais

O nascimento de um filho é um acontecimento muito importante na vida de muitos indivíduos e famílias, podendo ser acompanhado de emoções distintas e de diversas mudanças nas suas vidas (Moura-Ramos, 2006). Os meses de preparação para o nascimento afectam a identidade pessoal dos pais, as suas emoções e relação conjugal, a relação com os seus próprios pais e com o resto do mundo (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Apesar de este ser considerado um acontecimento normativo, o nascimento não é vivenciado de forma idêntica pelos indivíduos e casais, implicando reorganizações diferentes na vida materna e paterna, e exigindo uma adaptação distinta (Moura-Ramos, 2006). A intensidade das mudanças biopsicossociais e o desenvolvimento de diferentes trajectórias associadas a este período, depende dos seguintes factores: familiares, conjugais, culturais, sociais e de personalidade (Ramos, 2006; Klein & Guedes, 2008).

A gestação deixa a mulher mais propensa a uma multiplicidade de sentimentos na medida em que a expõe a múltiplas exigências, tais como a reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005). A transição para a parentalidade implica grandes mudanças a nível dos padrões comportamentais, não só na mulher, mas em todos os membros da família, no entanto, nem todos os indivíduos interpretam e dão um significado negativo a essas mudanças (Moura-Ramos, 2006).

A adaptação ao nascimento de um filho pode implicar grandes mudanças na vida do indivíduo, apesar das diferenças culturais, individuais e sociais da vida de cada um, a progressão por estas transições respeita geralmente uma ordem, tornando desta forma previsíveis algumas destas transições. A adaptação é mais fácil quando as transições ocorrem no intervalo de tempo esperado, permitindo uma maior adaptação para as exigências da nova situação (Moura-Ramos, 2006).

A gravidez e a maternidade são processos que constituem um período de desenvolvimento e que se caracterizam pela existência de determinadas tarefas de desenvolvimento. De acordo com Colman e Colman (1994), a maternidade implica seis grandes tarefas desenvolvimentais que devem ser realizadas no ano do nascimento do bebé.

A primeira tarefa, que ocorre no primeiro trimestre, consiste em aceitar a realidade da gravidez, ou seja reconhecer que a concepção ocorreu. Neste momento a mulher pode sentir-se ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Inicia-se também o processo de identificação materna, onde a mulher procura os modelos maternos que conhece, para se preparar para a chegada do seu filho, estando concentrada sobretudo nas transformações do seu corpo (Canavarro, 2001). No caso do pai a aceitação da gravidez é geralmente mais tardia, porque este não apresenta os sintomas físicos para o preparar, como no caso da mulher (Moura-Ramos, 2006).

A segunda tarefa, que ocorre por volta do segundo trimestre, diz respeito à aceitação da realidade do feto, neste momento a representação do bebé torna-se mais autónoma e realista, constituindo um ponto de partida para a diferenciação mãe-feto (Canavarro, 2001).

Na terceira tarefa, ocorre uma reavaliação da relação passada e presente com os seus próprios pais (Canavarro, 2001). Nesta fase os pais e as mães ao reavaliarem o tipo de relacionamento que tiveram com os seus próprios pais (o pai provavelmente um pouco mais tarde), estão à procura de um modelo (Colman & Colman, 1994). É neste momento que surge a necessidade de integrar experiências positivas e negativas, e aceitar os seus pais como pessoas limitadas por uma história pessoal (Canavarro, 2001).

Na quarta tarefa, surge a necessidade de reavaliar e reestruturar a sua relação com o seu conjuge/companheiro. Com a chegada de um filho, sobretudo o primeiro, há a necessidade de integrar novos papéis e funções e reestruturar os mais antigos, o que desafia de certa forma o relacionamento conjugal. Torna-se necessário flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental, o que deve permitir a partilha e a articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspectos importantes da vida e o suporte emocional (Canavarro, 2001; Klein & Guedes, 2008).

A tarefa cinco, exige a aceitação do bebé como uma pessoa separada, sendo este um período de preparação para a separação que se concretiza com o parto. É uma época muitas vezes marcada por ansiedade e sentimentos de ambivalência, face ao desejo de prolongar a gravidez, à vontade de ver o filho e às novas exigências que o nascimento acarreta (Soares, 2001). Mais especificamente a mãe tem que aceitar que este bebé existe para além dela e deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias (Canavarro, 2001).

Na sexta tarefa há uma reavaliação de perdas e ganhos da maternidade, aceitando as mudanças implicadas por este estágio e adaptando-se. O confronto com as dúvidas e ambivalências sentidas, pode provocar mal-estar e emoções disruptivas (Canavarro, 2001). A adaptação a esta tarefa dependerá do significado que é atribuído às mudanças, sendo que alguns pais sentem uma grande descontinuidade com a identidade anterior, outros pelo

contrário sentem que esta nova função de pai/mãe é aquilo que sempre sonharam, pelo que toda esta adaptação dependerá da identidade de cada pai.

No caso de não ser o primeiro filho, existe ainda uma sétima tarefa, que corresponde à reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos. Esta fase envolve a integração do novo filho como mais uma pessoa separada, não o assimilando à identidade de outros filhos (Canavarro, 2001). Estudos revelam que é neste momento que ocorre a consolidação da identidade paterna, visto que o pai nesta fase tem que prestar maior atenção ao seu filho mais velho enquanto que a mãe procura dedicar-se à prestação de cuidados do recém-nascido (Stewart, 1990, cit. in Moura-Ramos, 2006).

Apesar do conceito de transição para a parentalidade ser usualmente utilizado no nascimento do primeiro filho, deve-se considerar que o nascimento de outros filhos são também momentos de grande impacto, visto que implicam mudanças estruturais como consequências do alargamento da família (Goldberg & Michaels, 1988; Kreppner, 1988; Stewart, 1990; cit. in Moura-Ramos, 2006).

Especificamente, o nascimento do primeiro filho aparece associado a um aumento de stress na mãe, devido a toda a experiência da gravidez, parto e prestação de cuidados. Tendo em conta que estas situações muitas vezes dizem mais respeito à mãe do que ao pai, compreende-se que este seja um acontecimento que provoca frequentemente menores níveis de stress nos pais (Moura-Ramos, 2006). No caso de não ser o nascimento de um primeiro filho, sabe-se que geralmente este nascimento implica uma separação da mãe em relação ao seu filho mais velho, visto que surge a necessidade de disponibilizar a sua atenção para as necessidades do recém-nascido. Nesta altura os pais acabam por assumir de uma forma mais sistemática o seu papel parental. Tudo isto implica também uma reorganização de papéis que provocam também stress na mulher e no homem, tal como ocorre no nascimento de um primeiro filho (Moura-Ramos, 2006).

Até ao momento reflectimos sobre a transição para a parentalidade numa perspectiva sem considerarmos grandes diferenças entre homens e mulheres, no entanto, os autores têm sugerido que as tarefas de desenvolvimento podem ter um papel bastante distinto nas mães e nos pais (Moura-Ramos, 2006). No que diz respeito ao pai, a trajectória até à parentalidade difere no sentido em que este não poderá sentir o filho a crescer dentro de si, não passa pelo parto como a mulher e não amamenta. Muitas vezes os pais têm dificuldades em criar um vínculo concreto e sólido com o seu filho por esta razão, desta forma a formação do vínculo entre pai e filho é mais lenta, consolidando-se com o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança. Todas estas diferenças entre a vivência do homem e da mulher podem suscitar sentimentos de ciúmes, inveja, ansiedade e solidão no homem, muito porque a mulher desvia a sua atenção e energia para o bebé,

assim como ela própria se torna o centro da atenção dos outros (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997, cit. in Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004).

De acordo com Barnhill, Rubenstein e Rocklin (1979, cit. in Moura-Ramos, 2006), existem seis tarefas desenvolvimentais na transição para a paternidade, sequenciais mas possivelmente variáveis entre indivíduos. Segundo estes autores estas tarefas são distintas das tarefas desenvolvimentais apresentadas anteriormente. A primeira tarefa que apresentam é a tomada de decisão acerca de ter ou não um filho ou aceitar a realidade de que de facto vai ser pai. A segunda tarefa diz respeito ao luto pela liberdade perdida, refere-se ao facto de ser pai implicar novas responsabilidades e a perda de alguma liberdade e acesso à companheira, sendo necessário um ajustamento que dependerá do significado que o pai atribuir a este seu novo papel. Na terceira tarefa, é referida a criação de uma relação empática durante a gravidez e o parto, sendo que o pai deve apoiar e cuidar da mulher durante a gravidez e o parto. De seguida, é quarta tarefa do pai integrar o novo bebé no final da gravidez, tendo também que aceitar o lugar na vida da sua companheira que será de certo modo diferente. A quinta tarefa relaciona-se com o estabelecimento das fronteiras da nova família e a diferenciação em relação à família mais alargada, isto é, o pai deve alterar o seu papel na família mais alargada, pois deixa de ser primariamente o filho para passar a ser pai. Por último, há a necessidade de integrar as cinco tarefas desenvolvimentais num novo estilo de vida, de modo a alcançar também um novo equilíbrio.

Não só as tarefas desenvolvimentais porque que passa o pai são diferentes das da mãe, como assim o é o seu envolvimento emocional ao longo da gestação. Segundo May (1982, cit. in Piccinini et. al, 2004), o envolvimento paterno na gestação varia muito de homem para homem, no entanto, existem três fases que constituem um padrão de mudanças sequenciais no envolvimento emocional dos pais. A primeira fase diz respeito ao período de suspeita da gravidez, onde os pais podem experienciar desconforto, stress e ambivalência até obterem a confirmação. Na segunda fase, os pais ainda não estão capazes de sentir a gestação como uma realidade, visto ainda não existirem sinais físicos evidentes, o que pode levar a uma maior distância emocional. Por último e por volta do terceiro trimestre, os pais vivenciam a gestação como real e importante para si dada a aproximação do parto, sendo possível defenirem-se como pais e apresentarem um maior envolvimento.

Para concluir, segundo uma perspectiva biológica e sociológica, a transição para a parentalidade tem início no momento em que os pais decidem ter um filho, pois é a partir daí que surgem as expectativas e todos os processos de tomada de decisão relacionados com a concepção (Moura-Ramos, 2006). Como podemos discutir anteriormente, tanto o pai como a mãe passam por diversas tarefas desenvolvimentais, necessitando sempre que hajam

adaptações às mudanças que o nascimento de um filho acarreta, seja este o primeiro ou não.

1.2 Ajustamento Conjugal e Familiar na Transição para a Parentalidade

No ponto anterior foi possível compreender as mudanças que ocorrem no indivíduo, na mãe ou no pai, ao longo de toda a gravidez e na transição para a parentalidade. Até ao momento, olhamos para estas transições de um ponto de vista individual, sem nos focarmos nas mudanças que este acontecimento acarreta no sistema familiar, mais especificamente na relação conjugal. Procura-se desta forma obter neste ponto um olhar ao nível diádico, com o objectivo de compreender que mudanças e adaptações este período exige ao casal.

Durante os nove meses da gravidez o casal “grávido”¹ vai formando uma nova identidade, havendo portanto uma mudança de papel, deixando estes de serem filhos para se tornarem pais também (Klein & Guedes, 2008). Todo este processo poderá envolver um ajustamento psicológico sobre as relações não resolvidas com os seus próprios pais, o que pode levar a desejos de quererem ser melhores pais que os seus, desencadeando problemas e conflitos passados (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Esta revisão das relações presentes e passadas, estimula um grande número de aquisições desenvolvimentais, que se prendem com a identidade, a intimidade e a sexualidade, ganhando novas e melhores resoluções (Figueiredo, 2005).

Com o nascimento do bebé, são colocadas novas exigências aos pais e mães do bebé, o que promove uma continuidade de resolução de algumas tarefas iniciadas no período da gravidez (Moura-Ramos, 2006). Cowan e Cowan (1995, cit. in Ramos, 2006), assumem que o nascimento não implica mudanças apenas nos indivíduos mas em todo o sistema familiar, deste modo propõem a consideração de cinco domínios em que estas mudanças ocorrem: nas características psicológicas de cada membro da família, no sentido de identidade, na sua perspectiva acerca do mundo e no seu bem-estar emocional; na relação conjugal, nomeadamente na organização de tarefas e padrões de comunicação; na qualidade da relação de cada pai e a criança; nas relações intergeracionais entre os avós, pais e filhos; na relação entre os membros da família nuclear, as instituições externas (ex.: trabalho) e no equilíbrio entre os factores de stress e fontes de suporte social; e por último, na relação que cada um dos pais, o filho recém-nascido e os restantes filhos que o casal já possa ter.

¹ Adota-se esta nomenclatura por se incluir o pai no processo, valorizando o seu papel no mesmo.

A decisão de ter um filho está muitas vezes ligada à necessidade de preencher um espaço vazio no seio do casal, este vazio pode ser tão imenso que o não-filho poderá ser equivalente à dissolução de um casal, assim como o contrário. O nascimento de um primeiro filho, acarreta o desenvolvimento de novos papéis enquanto pai e mãe, o grande desafio é levar as tarefas da educação a bom termo sem negligenciar por isso a relação conjugal (Relvas & Lourenço, 2001).

Não podemos compreender as mudanças que ocorrem numa relação conjugal após o nascimento de um filho, sem compreendermos primeiro em que consiste uma relação conjugal e em que ligação tem esta com as restantes relações que os indivíduos estabelecem ao longo da vida.

Na infância os pais são considerados como as principais figuras de vinculação e base segura, no entanto, as relações de vinculação que são estabelecidas ao longo da vida vão sofrendo alterações ao longo do desenvolvimento (Canavarro, 1999, cit. in Moreira, 2010). Na adolescência e na idade adulta, os pais vão sendo substituídos pelos companheiros românticos ou amigos íntimos, que se assumem como as principais figuras de vinculação nesta fase (Hazan & Shaver, 1994; Kobak, 2009).

Os relacionamentos íntimos na idade adulta envolvem assim três sistemas comportamentais, nomeadamente a vinculação, a prestação de cuidados e a intimidade sexual (Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988, cit. in Butzer & Campbell, 2008). Um bom relacionamento familiar e conjugal encontra-se fortemente ligado a sensações e sentimentos de bem-estar, segurança, conforto e factores que proporcionam a intimidade no relacionamento. Para que uma relação seja positiva, é necessário que esta seja flexível e igualitária na distribuição do poder e deve estar presente um sentimento elevado de pertença e envolvimento, uma boa capacidade de comunicar abertamente e deve existir uma sensibilidade face aos sentimentos do outro (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004).

Para Relvas e Lourenço (2001), um casal que tenha desenvolvido fortes laços de cumplicidade, afecto, capacidade de negociação e flexibilização é um casal com maiores probabilidades de ser, também, um sistema parental competente sem deixar de ser um casal funcional. Nestes casos, o nascimento de um filho poderá intensificar, embora que não a curto prazo, o relacionamento íntimo do par conjugal que foi capaz de concretizar a sua capacidade reprodutiva e de continuidade familiar.

Ao longo do ciclo vital da família, o casal vai encarando diferentes situações de crise, necessitando de se ajustar a essas mesmas situações e ir de encontro às suas próprias necessidades desenvolvimentais. Alguns acontecimentos universais e sequencialmente previsíveis, de que é exemplo, a maternidade/parternidade, são indutores de mudança,

exigindo uma adaptação e reorganização familiar, que irá depender de três grandes dimensões para ser bem sucedida: coesão, adaptabilidade e comunicação familiar (Olson, 2000).

A gravidez e a maternidade assinalam desta forma no processo evolutivo familiar uma crise, a transição da conjugalidade para a parentalidade. Em termos relacionais, os elementos que compõem um par conjugal (casal) estão prestes a tornar-se num par também parental (pais), surgindo como relevante a necessidade de gerir e definir o seu significado e valor familiar (Relvas & Lourenço, 2001).

Por vezes a percepção do investimento emocional e de tempo que a gravidez e a maternidade implicam, pode ser perspectivado como um “roubo” à relação conjugal. Muitas mulheres acabam por recear que com o nascimento do bebé não encontrem um equilíbrio conjugal satisfatório. Por esta razão, a maternidade pode também adquirir uma representação de perda, ou seja, uma perda de organização conjugal ou da sua exclusividade (Canavarro, 2001). Concluindo, a chegada de um novo filho pode desta forma originar desajustes nos casais, o que pode justificar um número cada vez mais expressivo de separações que ocorrem após o nascimento de um primeiro filho (Carter & McGoldrick, 2001, cit. in Magagnin, Korb, Hernandez, Rodrigues & Zarpelon, 2003).

Este interesse pela transição para a parentalidade e o seu impacto no casal surgiu quando se afirmou que 83% dos casais experimentavam uma crise severa na passagem para a condição de pais (LeMasters, 1957, cit. in Hernandez & Hutz, 2009).

Procurando explicar a razão pela qual o nascimento de um filho pode contribuir para a deterioração da relação conjugal, Cowan e Cowan (1988, cit. in Ramos, 2006), referem que a transição para a parentalidade realça algumas diferenças pré-existentes entre os membros do casal, assim como gera outras diferenças, levando ao aumento da distância e do conflito entre os elementos da díade, sentindo-se os pais cada vez mais pais e não um casal. Os autores concluem ainda que há uma forte relação entre a satisfação conjugal antes do nascimento de um filho e após este momento, sendo que os casais que apresentam maiores dificuldades após o parto já as sentiam antes do bebé nascer.

Os estudos relatam desta forma que há um declínio no ajustamento conjugal do pré para o pós-natal como efeito da transição para a parentalidade (Hernandez & Hutz, 2009). Quando falamos de ajustamento conjugal referimo-nos a um processo ou a uma avaliação qualitativa de um estado (Spanier, 1976). Segundo Spanier (1976) este processo de ajustamento conjugal consiste nos eventos, circunstâncias e interações que transportam o casal para a frente e para trás nesse *continuum*. Desta forma, o ajustamento conjugal está em constante mudança, com uma dimensão qualitativa que se pode avaliar, em qualquer ponto do tempo, numa direcção de bem-ajustado a desajustado (Hernandez, 2007).

Explorando ainda mais o conceito de ajustamento conjugal, verificamos que Spanier (1976), compreende o ajustamento conjugal em quatro dimensões: consenso diádico; satisfação diádica; coesão diádica; e expressão de afecto. O consenso diádico relaciona-se com a percepção individual de aspectos do relacionamento e do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas, tais como, financeiras, religiosas, de metas e objectivos, filosofias de vida, etc. A satisfação diádica refere-se às percepções individuais acerca da possibilidade do divórcio/separação, da evasão de casa, do arrependimento, do bem-estar, etc. A coesão diádica, relaciona-se com o grau de partilha emocional do casal e mede as suas percepções individuais relativamente ao envolvimento mútuo nos interesses externos, na estimulação de ideias, na diversão conjunta, etc. Por último, a expressão de afecto mede a percepção da concordância do casal sobre as presenças/buscas e ausências/recusas de demonstrações de afecto e de relações sexuais.

Segundo diversos autores, o aumento do conflito conjugal após o nascimento de um filho poderá estar relacionado com os seguintes factores: maior vulnerabilidade à depressão; retorno a papéis estereotipados de género; excesso de trabalho doméstico ou cuidados com a criança; refúgio dos homens no trabalho externo; diminuição da comunicação e do sexo entre o casal. Por outro lado, é possível também que aumente a alegria e o prazer, mas isto dependerá da reorganização, ou seja, do desenvolvimento e mudança individual de cada sujeito (Belsky & Kelly, 1994; Cowan & Cowan, 1992; Lewis, 1989; Michaels & Goldberg, 1988, cit. in Hernandez & Hutz, 2009).

Hernandez e Hutz (2009), referem ainda que a depressão e o desajustamento psicossocial são factores responsáveis pelo declínio do ajustamento conjugal, caracterizado por uma descida na satisfação e na coesão diádica.

Concluindo, tanto a gravidez como o parto e o pós-parto, são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento do casal, nos papéis familiares e sociais, assim como nas suas rotinas. Este período constitui-se então como um período de elevado risco de desenvolvimento de psicopatologia em ambos os elementos componentes da díade (Frizzo e Piccinini, 2005).

Os estudos relativamente à existência de psicopatologia durante a gravidez e após o parto, referem que a gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos de humor, em particular pela depressão, contrariando a crença popular de que este seria um período de alegria para todos. Por conseguinte, os transtornos de humor durante a gravidez colocam as mulheres e seus companheiros em risco de desenvolver depressão pós-parto (Zinga, Phillips & Born, 2005).

Burke (2003) refere ainda que existe uma percentagem significativa de homens que desenvolvem depressão quando as suas companheiras possuem esse mesmo diagnóstico, muitas vezes resultante do aumento da discórdia familiar e do conflito associado às famílias

que se encontram nessa situação. Compreende-se que nas relações íntimas em que existe um elemento com psicopatologia, acresce a dificuldade em lidar com o companheiro na intimidade conjugal, na cumplicidade, na reorganização familiar e conjugal de tarefas e na redefinição de planos e objectivos (Litzinger & Gordon, 2005).

Dessaulles, Johnson e Denton (2003, cit. in Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010), relatam que pessoas com conflitos conjugais têm de 4 a 25% mais de risco de desenvolver depressão do que as que não relatam insatisfação conjugal. A satisfação conjugal percebida foi assim significativamente associada à depressão, especificamente, o desajustamento conjugal relacionado com sintomas de depressão no período pós-parto (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 2000).

A relação conjugal torna-se assim um dos relacionamentos mais importantes no puerpério, aparecendo muitas vezes o conflito conjugal associado à DPP (Cummings, Keller & Davies, 2005; Papp, 2002; Robila & Krishnakumar, 2005; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Souza & Daure, 1999; Stein, 1991; cit. in Frizzo et al., 2010). Parece portanto existir uma ligação entre a depressão pós-parto e os diversos aspectos da conjugalidade, como a comunicação, o companheirismo, a atracção física e paixão romântica, e a qualidade do relacionamento conjugal (Frizzo et al., 2010). Os resultados do estudo de Dennis e Letourneau (2007) indicam que tanto a disposição do companheiro para dar suporte como a incapacidade da mulher para lhe pedir ajuda, estão associadas com a sintomatologia depressiva à oitava semana após o parto.

Compreende-se deste modo que a gravidez e o período pós-parto, são momentos que exigem grandes adaptações, tanto ao nível individual de cada um dos elementos do casal/família, como ao nível da própria díade, exigindo uma adaptação também do casal enquanto tal. Todas estas mudanças e adaptações aumentam o risco de desenvolvimento de psicopatologia, mais especificamente de depressão, durante o período da gravidez e no período pós-parto. Entende-se que este período provoca alguns desajustes no relacionamento conjugal, originando muitas vezes discórdias e insatisfação na relação.

Concluindo, a gravidez por todas as mudanças que acarreta é encarada como um período de grande risco de desenvolvimento de psicopatologia, mais especificamente, de desenvolvimento de sintomas de depressão durante a gravidez e de depressão pós-parto, tanto no homem como na mulher..

2. Depressão Pós-Parto

2.1 Depressão Pós-parto e Conjugalidade

A depressão é uma das perturbações psiquiátricas mais prevalentes (Burke, 2003), caracterizada por um humor depressivo e perda de interesse em quase todas as actividades (APA, 2006). Segundo a APA (2006), o risco de desenvolver ao longo da vida uma Perturbação Depressiva *Major* é superior nas mulheres, variando entre 10 a 25%. Nos homens, os valores são mais baixos, podendo variar entre 5 a 12%. É importante realçar que não há informação que confirme que estas percentagens já incluam também a frequência da DPP.

A DPP é uma perturbação do humor que se desenvolve na sequência do parto, há a presença de um episódio depressivo *major*, ausência de sintomatologia psicótica e uma estreita relação temporal e temática com o nascimento (O'Hara, 1997, cit. in Figueiredo, 2001). É geralmente desencadeada durante o primeiro ano do puerpério (Altshuler, Cohen, Moline, Kahn, Carpenter, Docherty & Ross, 2001; cit. in Santos, Almeida & Souza, 2009), com uma ocorrência superior entre a quarta e a oitava semana após o parto (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Cooper & Murray, 1995, cit. in Santos et al., 2009).

No que diz respeito à população portuguesa, a prevalência entre a 2ª e a 5ª semana após o parto é de 13,1% (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo, 1996, cit. in Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007). Entre o terceiro trimestre de gravidez e os 6 meses após o parto a prevalência é de 17,3% e aos 6 meses após o parto é de 9,5% (Gorman, O'hara, Figueiredo, Hayes, Jaquemain, Klier, Rosi, Seneviratne & Sutter-Dallay, 2004, cit. in Costa et al., 2007).

Relativamente aos homens, a investigação sobre a DPP é mais reduzida, no entanto, estima-se que haja uma prevalência de 1 a 26% em amostras comunitárias e entre 24 a 50% em homens com parceiras deprimidas (Goodman, 2004, cit. in Gomez & Leal, 2006).

Cerca de 80% das mulheres experienciam algumas flutuações de humor no período pós-parto, chegando 10 a 20% destas a possuir critérios de diagnóstico do DSM-IV suficientes para a realização de um diagnóstico de DPP (Steiner & Yonker, 1998).

Um grande número de mulheres, cerca de 25% a 35%, apresenta sintomas de depressão durante a gravidez muitas vezes confundidos com a sensibilidade e fragilidade que lhe é atribuída (Mazet & Rosenbum, 2002, cit. in Nascimento, 2003). No geral, as investigações relatam, segundo O'Hara, Zekoski, Philipps e Wright (1990), que durante a gravidez ocorre um pico de depressão no primeiro trimestre, seguindo-se de uma melhoria

dos sintomas durante o segundo semestre e concluindo com um aumento dos índices de depressão durante o terceiro e último trimestre.

Deste modo, considera-se que a gravidez e o nascimento e a exigência das diversas adaptações representam factores de stress psicossociais, o que justifica o alto risco de aparecimento de depressão no período pós-parto (O'Hara, 2001, cit. in Nascimento, 2003).

Segundo o estudo de Costa, Pacheco e Figueiredo (2007), os resultados mostram que os sintomas depressivos podem ser preditos pelas complicações físicas decorrentes do parto, história de problemas obstétricos, pior vivência do pós-parto, entre outros. No entanto parece não existir apenas um factor preditor da ocorrência da DPP, mas sim um conjunto deles. Os estudos relatam que a depressão durante a gravidez é um dos preditores mais fortes da DPP (O'Hara & Swain, 1996, cit. in Grote & Bledsoe, 2007), referindo ainda que metade das DPP se iniciam durante a gravidez (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne & Cordy, 1989, cit. in Grote & Bledsoe, 2007).

Considera-se que grande parte das depressões que ocorrem no período da gravidez e pós-parto têm grandes repercussões, tanto a nível do sistema sócio-familiar, como na interacção dos pais com o seu bebé (Nascimento, 2003). O ambiente em que vivem, afecta e é afectado por elas, associando-se muitas vezes relacionamentos pobres a sentimentos de depressão (Piccinini et al., 2004). Deste modo, segundo Areias (1999, cit. in Magano, 2008), ao afectar um dos elementos do casal, a DPP pode provocar o aparecimento de depressão no outro, o que resulta numa cadeia de reacções mal-adaptativas que vão dificultar o ajustamento da família.

Diversos estudos referem que as mães com depressão tendem a ser menos responsivas ao seu bebé do que as não deprimidas, isto porque a depressão afectaria a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, que é condição inerente à contingência das respostas (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Frizzo & Piccinini, 2005; Schwengber, 2002; Schwengber & Piccinini, 2003; Teti & Gelfand, 1991). Alguns autores encontraram diferenças entre os bebés de mães deprimidas quando comparados aos das mães não-deprimidas, pois estes primeiros exibiram menos afecto positivo e mais afecto negativo; menor nível de actividade; menor vocalização; tendiam a distanciar o olhar; apresentavam mais aborrecimento; protestos mais intensos; mais expressões de tristeza e raiva; menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (Pickens & Field, 1993; Schwenber et al., 2003). Os dados destes estudos são importantes visto que nos permitem perceber o impacto que a depressão pós-parto tem na relação mãe-bebé e no desenvolvimento do próprio bebé, realçando a importância de intervenções neste âmbito.

Mesmo em ambientes familiares com elementos deprimidos é possível que actuem alguns factores de resiliência que possam amenizar os efeitos negativos da depressão, porque embora esta esteja muitas vezes associada à discórdia familiar, em muitas famílias

com pais ou mães com depressão, parece haver um funcionamento saudável no casamento, no tratamento das crianças e na provisão de afecto (Cummings & Davies, 1994).

Contudo, considerando que existem muitas crianças e companheiros expostos à DPP, o impacto desta nas relações familiares torna-se uma grande preocupação de saúde pública (Burke, 2003). Todas estas evidências apontam para uma importância extrema da avaliação precoce da depressão mesmo durante uma fase inicial, a gestação. A actuação preventiva das equipas multidisciplinares neste período tão sensível, pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão, assim como, o atendimento precoce representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interacção com o bebé, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior (Schwengber et al., 2003).

Não podemos esquecer-nos que a primeira linha no tratamento das depressões relacionadas com o parto é a prevenção, sendo que as intervenções antes e após o parto podem ser bastante importantes para reduzir a ocorrência da DPP. A redução da DPP torna-se muito importante em mulheres com um nível socioeconómico baixo porque a pobreza aparece, segundo os estudos, associada a um elevado nível de DPP (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer & Cameron, cit. in Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein & Howard, 2001) e porque a adversidade socioeconómica amplia os efeitos negativos da doença no desenvolvimento da criança (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996, cit. in Zlotnick et al., 2001). Para além disso, a pobreza limita o acesso aos serviços de saúde que poderiam reduzir a ocorrência de DPP (Hobfoll et al., cit in. Zlotnick et al., 2001).

Para concluir, considerando a relevância que a psicopatologia representa tanto no funcionamento individual como diádico, no desenvolvimento do bebé e na interacção com ele estabelecida surge como pertinente o desenvolvimento e investigação de modalidades de intervenção que sejam eficazes no tratamento e sobretudo, na prevenção, da DPP e da depressão durante a gravidez.

2.2 Investigação da Prevenção da Depressão

Apenas recentemente começaram a ser desenvolvidos trabalhos voltados para o tratamento da depressão e da ansiedade durante a própria gravidez. O objectivo da mudança do pólo de atenção seria evitar o agravamento dos sintomas durante o período pós-parto, desenvolvendo-se deste modo nos últimos anos diversos estudos que procuraram intervir ao nível da prevenção da DPP (Zinga, Phillips & Born, 2005).

Com a identificação de alguns dos factores de risco associados à DPP, vários ensaios clínicos procuraram desenvolver estratégias preventivas para aliviar ou eliminar

estes factores (Zinga, Phillips & Born, 2005). Para que seja possível compreender o que tem vindo a ser feito ao nível da investigação em depressão pós-parto, é feito neste ponto uma breve apresentação dos estudos encontrados neste âmbito, realçando a sua eficácia e aplicação.

Nos últimos anos tem-se evidenciado uma maior quantidade de pesquisas sobre estratégias psicofarmacológicas, hormonais, psicológicas e psicossociais (Zinga, Phillips & Born, 2005).

Relativamente às estratégias psicofarmacológicas e hormonais, vários estudos foram feitos para determinar o efeito no humor dos antidepressivos (ex.: nortriptilina; sertralina), dos suplementos dietéticos (ex.: cálcio) e das hormonas. De um modo geral e segundo Zinga e colaboradores (2005), alguns estudos nesta área demonstraram resultados positivos na prevenção da DPP, enquanto que outros revelaram não existirem diferenças após as intervenções.

As estratégias psicossociais, por outro lado, assumem a forma de iniciativas educacionais, melhorias no atendimento e intervenções de enfoque terapêutico. Apesar de tudo, os resultados dos estudos das iniciativas educacionais e da melhoria da atenção das mães, trouxe maioritariamente resultados negativos no objectivo de prevenir a ocorrência da DPP (Zinga et. al, 2005).

Num estudo de Lavender e Walkinshaw (1998) foi realizada uma intervenção com 56 mulheres primíparas, que consistia numa sessão de esclarecimento com duração de 30-120 minutos antes de receberem alta do hospital, providenciada pela parteira sem qualquer tipo de formação. Os resultados revelaram que este grupo, ao contrário do grupo de controlo, obteve menores níveis de ansiedade e depressão após o parto.

No estudo desenvolvido por MacArthur, Winter, Bick, Knowles, Lilford, Henderson, Lancashire, Braunholtz e Gee (2002), os resultados também foram positivos no grupo sujeito à intervenção, havendo menos casos de depressão e uma diminuição dos sintomas. Esta intervenção consistia em visitas da parteira ao domicílio, flexíveis e individualizadas, durante 28 dias após o parto, prolongando o período de cuidados.

As intervenções com enfoque terapêutico, ao contrário das iniciativas educacionais e da melhoria da atenção às mães, obtiveram resultados mais positivos (Zinga et al., 2005).

As investigações têm relatado que a psicoterapia tem resultados bastante convincentes na prevenção de doenças mentais relacionadas com a gravidez. A psicoterapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental obtiveram ambos resultados bastante positivos ao nível da prevenção da depressão (Ogrofniczuk & Piper, 2003).

Num estudo preliminar de Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein e Howard (2001), percebeu-se que num grupo de mulheres com nível socioeconómico baixo, quatro sessões de intervenção em grupo orientadas de acordo com terapia interpessoal, preveniram a

ocorrência de depressão até aos 3 meses após o parto. Os resultados de um estudo desenvolvido por Elliott (1989, cit. in Zlotnick et al., 2001) revela que 8% das mulheres sujeitas a uma intervenção de grupo focada na preparação para a maternidade e no suporte social, desenvolveram depressão nos três meses após o parto, em contraste com os 16% de mulheres do grupo de controlo. Num outro estudo, não foram sequer reveladas diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo sujeito a intervenção baseada no suporte social (Stamp, Williams & Crowther, 1995, cit. in Zlotnick et al., 2001).

Relativamente à terapia cognitivo-comportamental, Ogrodniczuk e Piper (2003), referem a existência de um efeito positivo na redução dos sintomas de depressão e na ocorrência da DPP, através de uma breve intervenção focada na educação, suporte e modificação de pensamentos mal-adaptativos. O estudo de Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Roge e Mullet (2002, cit in. Ogrodniczuk & Piper, 2003), verificou que as mulheres que estiveram sujeitas a uma intervenção de uma hora que consistia na educação, suporte, empatia, e numa abordagem cognitivo-comportamental para lidar com as ideias perfeccionistas, apresentavam resultados de recuperação significativamente mais altos e uma significativa redução na ocorrência de depressão. A proporção de diagnóstico de depressão foi também menor em 18% no grupo que sofreu a intervenção.

Curiosamente todos estes estudos focam-se na mulher enquanto mãe, deixando de fora do olhar da investigação o papel do pai, que pode apenas surgir como suporte ou companheiro, mas sem ser como alvo de intervenção. Por este motivo não foram encontrados estudos que tivessem como objectivo a prevenção da depressão pós-parto no homem.

Segundo Zinga e colaboradores (2005), a DPP ainda não pode ser prevenida. Apesar de algumas intervenções se terem revelado bastante promissoras, nenhuma estratégia isolada evita até ao momento o aparecimento da DPP.

Para concluir, de acordo com Zinga e colaboradores (2005), seis tipos de intervenções profiláticas demonstram ser promissoras na prevenção de DPP em mulheres em risco, sendo elas: a atenção pós-natal intensificada; o uso do antidepressivo sertralina; o suplemento dietético baseado em cálcio; o uso da hormona estradiol; a reorganização do ciclo de sono-vigília; e a psicoterapia, nomeadamente, os grupos de terapia interpessoal e a sessão cognitivo-comportamental.

3. Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal Baseada na Vinculação

Visto que a psicopatologia, neste caso a depressão, tem um papel muito importante no funcionamento individual, familiar e diádico, considera-se importante compreender que modalidades de intervenção podem ser utilizadas na prevenção da depressão pós-parto. A intervenção cognitivo-narrativa e a intervenção de casal surgem como modalidades de intervenção cujos efeitos na prevenção da depressão pós-parto seria importante estudar.

3.1 Intervenção Cognitivo-Narrativa

A Terapia Cognitivo-Narrativa tem como objectivo principal levar o cliente a elaborar uma realidade múltipla de experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e de significação. De acordo com esta perspectiva a perturbação psicológica é compreendida como uma incapacidade de dar conta da diversidade e potencialidade da experiência através da organização de um discurso narrativo que seja diversificado, complexo e coerente (Gonçalves, 2002).

De acordo com Gonçalves (2000), existem três organizadores temáticos centrais da psicoterapia cognitiva narrativa: o desconstrutivismo, a narratologia e a conversação. O processo terapêutico é desta forma concebido como um contexto experiencial para a co-construção de múltiplas vocalidades das narrativas vividas no passado, experimentadas no presente e projectadas no futuro.

Segundo esta perspectiva o disfuncionamento psicológico é visto como uma alteração do funcionamento narrativo, uma vez que considera que o indivíduo está preso a uma construção discursiva unívoca e redundante da experiência. Desta forma o indivíduo encara-se como único construtor da sua realidade, resultando daqui dois indicadores do disfuncionamento: o embotamento criativo, pela incapacidade de antever múltiplas possibilidades para a sua experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações; e o embotamento individual, pela dificuldades em ver-se singular e diferente dos outros nessa construção da experiência (Gonçalves, 2000).

A psicoterapia cognitiva narrativa procura desta forma desbloquear este duplo embotamento, criando condições para a formação de uma narrativa múltipla, mais complexa e coerente. Para que isto ocorra, o processo terapêutico desenvolve-se em três fases: a recordação; a adjectivação e a projecção (Gonçalves, 2000).

A fase da recordação procura intencionalizar o trabalho terapêutico ao nível da estrutura da narrativa considerando a diferenciação do seu grau de coerência. Esta

coerência é o que vai permitir a atribuição de significado à experiência e tem quatro objectivos centrais: a orientação (capacidade de contextualização da narrativa); a sequência estrutural (capacidade para apresentar vários elementos na narrativa com sequência temporal ou causal); o comprometimento avaliativo (envolvimento dramático na construção da narrativa); e a integração (grau de conexão dentro e entre diferentes narrativas) (Gonçalves, 2000; Gonçalves, 2002).

A segunda fase do processo, a adjectivação, procura focar-se nos elementos do processo narrativo, por vista a aumentar o seu grau de complexidade e incluindo as seguintes fases no seu processo: a objectivação (grau de complexidade dos processos); a subjectivação emocional e cognitiva; e a metaforização (integração de elementos responsáveis pela complexidade dos processos de significação) (Gonçalves, 2000; Gonçalves, 2002).

Na última fase, designada por projecção, é objectivo organizar o trabalho terapêutico ao nível dos conteúdos das próprias narrativas, procurando levar o paciente a introduzir no seu discurso elementos diversos e que sejam indicadores retroactivos e proactivos de uma existência diversa e flexível, procurando assim uma diversidade temática, de personagens, de acções e contextos (Gonçalves, 2000; Gonçalves, 2002).

Cada uma destas fases ocorre ao nível sincrónico e diacrónico, ou seja, ao nível sincrónico o trabalho situa-se no desenvolvimento narrativo aqui e agora, centrando-se nas micronarrativas constituídas dos episódios diários do paciente; ao nível diacrónico o trabalho tem um desenvolvimento macronarrativo, isto é, a sofisticação da construção narrativa aplicada aos temas centrais das suas histórias de vida (Gonçalves, 2000).

Baseado nas premissas da intervenção cognitivo-narrativa, foi desenvolvido um manual por Silva e Pinheiro (2008), o Manual de Intervenção Narrativa para Gestantes, que tem como população-alvo mulheres grávidas e os seus companheiros. Este manual é composto por quatro sessões que se baseiam na recordação (ou imaginação), objectivação, subjectivação, metaforização e projecção de determinados episódios relativos à gestação ou parto. Ao longo de quatro sessões são abordados os seguintes temas: a notícia da gravidez; a gestação; o parto; e a chegada do bebé.

Compreendendo o uso da intervenção cognitivo-narrativa nas diferentes psicopatologias, nomeadamente na depressão, e atendendo ao exposto no que à DPP concerne, surge como pertinente analisar a eficácia desta intervenção, na prevenção da depressão pós-parto e da depressão gestacional através do seu uso com grávidas e seus companheiros.

3.2 Intervenção de Casal Baseada na Vinculação

Desde a infância que se vão criando os ingredientes necessários ao estabelecimento de relações íntimas na adolescência e na idade adulta, sendo que as relações estabelecidas entre a criança e as suas figuras de vinculação apresentam-se como prototípicas das relações íntimas estabelecidas na idade adulta (Waters, Kondo-Ikemura, Posada & Richters, 1991; Cassidy, 2001; Roisman, Madsen, Henninghausen, Sroufe, & Collins, 2001; cit. in Lima, 2009). As relações de vinculação na idade adulta contrastam em simetria e reciprocidade com as relações desenvolvidas na infância, sendo que no contexto relacional entre adultos é expectável que haja um balanceamento contínuo e flexível entre o procurar e o proporcionar segurança e cuidados (Ainsworth, 1991; Crowell & Treboux, 2001; cit. in Lima, 2009).

A vinculação no adulto é vista por Weiss (1982/1991, cit. in Canavarro et al., 2006), como o desejo de proximidade à figura de vinculação em alturas de mal-estar e stress, percepcionando-o como base segura, o conforto na presença da figura de vinculação, a ansiedade face à inacessibilidade da figura de vinculação e a respostas de luto em situação de perda. De acordo com Shaver, Hazan e Bradshaw (1988, cit. in Butzer & Campbell, 2008), os relacionamentos íntimos na idade adulta são compostos por três sistemas comportamentais: a vinculação, a prestação de cuidados e a intimidade sexual.

A investigação sobre a vinculação nas relações íntimas tem até ao momento duas vertentes: as que recorrem a medidas de cariz representacional, identificando a qualidade da organização da representação; e as que recorrem a medidas comportamentais que se focam na qualidade da interacção diádica (Lima, 2009). Focando-nos na segunda linha de investigação, temos a observação da relação do casal através da realização de tarefas desafiantes que procuram avaliar comportamentos diádicos, acedendo a comportamentos de expressão e regulação do afecto, a negociação e resolução de conflitos, e a comportamentos específicos de vinculação ao nível da existência de uma base segura, da prestação ou pedido de cuidados (Lima, 2009).

A investigação que recorre a metodologias de cariz observacional dá importância não à frequência dos comportamentos específicos, mas ao equilíbrio entre o domínio comportamental do sujeito, o impacto desse comportamento no outro e o seu significado (específico e partilhado) (Lima, 2009).

A Couple Interaction Task – CIT (Collins, Hennighouse, Madsen & Roismanm, 1998, cit. in Lima 2009), é uma metodologia de cariz observacional que foi desenvolvida no âmbito do Parent-Child Minnesota Longitudinal Study e é baseada no procedimento de interacção diádica de Cox (Collins et al., 1998, cit. in Lima, 2009). Este é um procedimento que envolve a avaliação de comportamentos diádicos ocorridos no âmbito de tarefas desafiantes e

activadoras do sistema de vinculação, incluindo uma tarefa organizada em dois momentos, que apelam aos processos de resolução de problemas e de negociação. No primeiro momento, é solicitado que após seleccionarem de uma listagem de tópicos aquele que se apresenta como o ponto maior de discórdia na relação, discutam o problema e procurem resolver o conflito para alcançar uma solução que seja satisfatória para ambos os elementos. No segundo momento, o casal deve em conjunto descrever o que seria uma relação ideal ou um casal perfeito, descentrando-se da própria relação, através da metodologia Q-sort.

Para a cotação da CIT é necessária uma análise de comportamentos partilhados de expressão e regulação do afecto, negociação e resolução de conflitos, assim como comportamentos característicos de relações de vinculação. A CIT é gravada em vídeo e cotada em dez escalas: Afecto Positivo Diádico, Afecto Negativo Diádico; Raiva; Hostilidade; Resolução de Conflito; Base Segura; Equilíbrio Assertividade/Auto-Retraimento; Equilíbrio Indivíduo/Relação; Equilíbrio Relação/Mundo e, numa avaliação geral, através da escala Qualidade da Interação (Lima, 2009).

A escala Partilha de Afecto Positivo avalia a reciprocidade de expressão de afecto positivo pelo casal, centrando-se no grau de sincronia e no reconhecimento de afecto positivo entre os elementos da díade. A escala Partilha de Afecto Negativo, contém também a avaliação da reciprocidade da expressão emocional e centra-se no processo de escalada associado à devolução do afecto negativo expresso pelo companheiro. A escala de Raiva avalia a expressão de frustração, irritação e/ou impaciência com o parceiro, a de Hostilidade reporta a interações marcadas por frieza emocional e rejeição do outro, tendo em consideração a desesperança e a percepção de futilidade sobre a relação. A escala de Resolução de Conflito avalia a capacidade de trabalharem em conjunto na tomada de decisão ou na resolução de conflitos que conduzam à satisfação mútua. A escala de Base Segura incide no modo como no contexto da sua relação estes são capazes de recorrerem ao outro como base segura e também de se constituírem como tal para o outro. Na escala de Equilíbrio Assertividade/Auto-Retraimento, é possível verificar em que medida a relação promove os parceiros como indivíduos, ou então, como inibe os seus recursos individuais. Na escala de Equilíbrio Relação/Mundo é analisada a capacidade de envolvimento activo e competente do casal em colaborarem na realização de tarefas solicitadas. Por último, na avaliação global da Qualidade de Interação é feita uma avaliação holística da qualidade e profundidade da relação (Lima, 2009).

O protocolo de intervenção de casal baseada na vinculação, compõe como primeiro momento a realização da CIT e a solicitação da identificação de situações em que o acordado seja realizado. Num segundo momento é feita uma devolução individual e uma avaliação da tarefa proposta. Termina-se a intervenção com a realização de uma outra

tarefa, em que é sugerido aos casais que procurem dar continuidade à dimensão cotada mais positivamente e que efectuem mudanças na dimensão cotada mais negativamente, culminando com a identificação dos ganhos enquanto indivíduos e casal e reflexão sobre o impacto no seu papel de pais.

Considerando a importância da relação conjugal durante o período da gravidez e após o parto, assim como a sua estreita relação com o aparecimento de psicopatologia (especificamente, a depressão) seria bastante relevante identificar a eficácia preventiva da intervenção de casal baseada na vinculação em casais grávidos, atendendo a dimensão diádica.

II. Metodologia

1. Objectivos

Considera-se que o objectivo geral do presente estudo é o de contribuir para a avaliação da eficácia de um programa psicoterapêutico, centrado na interacção de casal, em associação com uma intervenção de orientação cognitivo-narrativa na prevenção da depressão gestacional e pós-parto².

Apresentam-se como objectivos específicos a identificação da presença de indicadores de depressão e a avaliação da percepção de ajustamento diádico entre a 20^a e a 23^a semana de gestação. Posteriormente, este estudo, propõe-se a examinar o impacto diferencial das duas modalidades de intervenção psicoterapêutica (cognitivo-narrativa e cognitivo-narrativa em associação com uma intervenção de casal baseada na vinculação) na sintomatologia depressiva e na percepção de ajustamento diádico à 32^a semana de gestação, em ambos os elementos do casal. Por último, procura ainda avaliar a associação entre os indicadores de depressão e a percepção do ajustamento diádico em ambos os elementos do casal, assim como, examinar diferenças ao nível do género nessas duas variáveis.

2. Questões de Investigação

Considerando os objectivos específicos acima referidos estabeleceram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a incidência de indicadores de depressão entre a 20^a e a 23^a semana de gestação nos participantes? Existem diferenças entre homens e mulheres? E entre os elementos da mesma díade?
- Qual a percepção de ajustamento entre a 20^a e 23^a semana de gravidez nos participantes? Existem diferenças entre homens e mulheres? E entre os elementos da mesma díade?
- Existe uma associação entre a presença de sintomas de depressão e a percepção de ajustamento diádico?
- Qual o impacto das modalidades de intervenção nos sintomas de depressão e na percepção de ajustamento diádico?

² O presente estudo encontra-se inserido no projecto “Gravidez e depressão pós-parto: O papel da intervenção cognitivo narrativa e da intervenção de casal baseada na vinculação”. Este projecto encontra-se ao abrigo do Grupo Sectorial de Psicologia da Federação Internacional das Universidades Católicas (GSP-FIUC), envolvendo as seguintes universidades: Universidade Católica de Pelotas, Universidade Católica de Pernambuco e Universidade Católica Portuguesa/Porto.

3. Participantes

Participaram neste estudo 6 casais heterossexuais “grávidos” recrutados através de contactos informais e do Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis, formando uma amostra por conveniência. O estudo tinha como critérios de inclusão casais que estivessem entre a 20^a e a 23^a semana de gestação.

De seguida é feita uma breve caracterização sócio-demográfica de cada um dos indivíduos/casais:

Tabela 1

Caracterização sócio-demográfica dos participantes

		Sexo	Ida de	Habilitações Literárias	Duração da Relação	Estado Civil	Nº de Filhos
Grupo Controlo	Casal 1	Homem	33	Licenciatura	11 anos	Casados	2
		Mulher	31	Licenciatura			
Grupo Intervenção Cognitiva Narrativa (CN)	Casal 2	Homem	24	12º	1 ano	União de Facto	Sem filhos
		Mulher	26	12º			
	Casal 3	Homem	33	Licenciatura	1 ano e 10 meses	Casados	Sem filhos
		Mulher	31	Mestrado			
Grupo Intervenção CN + Casal	Casal 4	Homem	32	Licenciatura	7 anos e 6 meses	Casados	Sem filhos
		Mulher	28	Licenciatura			
	Casal 5	Homem	30	Licenciatura	10 anos	União de Facto	Sem filhos
		Mulher	31	Licenciatura			
	Casal 6	Homem	37	Licenciatura	12 anos	Casados	1
		Mulher	39	Licenciatura			

A idade média dos sujeitos é de 31,25 anos, sendo a idade mínima 24 anos e máxima 39 anos. Relativamente às habilitações literárias, 10 elementos completaram o ensino superior e 2 terminaram apenas o ensino secundário. Apenas dois casais já têm filhos e os restantes quatro estão grávidos do primeiro. Todos os elementos se encontram na relação íntima há 1 ano ou mais e em regime de coabitação, sendo que 4 são casados e 2 encontram-se em união de facto.

4. Instrumentos

Para este estudo, recorreu-se à utilização de uma Ficha Sócio-Demográfica e de dois instrumentos de avaliação: o Beck Depression Inventory (BDI – Beck, Ward, Mendhelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) e a Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS – Spanier, 1976; Versão de Investigação: Pereira, 2004). Encontram-se apresentados em anexo os instrumentos.

Ficha Sócio-Demográfica

A Ficha Sócio-Demográfica (ver Anexo I) é preenchida com o objectivo de recolher dados relativos às variáveis sócio-demográficas dos participantes. Os itens contemplados são: a idade, o sexo, habilitações literárias, profissão, contactos, duração da relação total, há quanto tempo vivem juntos, tipo de relação e tempo decorrido, tempo de gestação, número de filhos e idade, relacionamentos anteriores, etc.

Beck Depression Inventory (BDI) – Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendhelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

O Inventário de Depressão de Beck (ver Anexo 2) é um instrumento que mede a auto-avaliação da depressão, cuja escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes. A cotação do instrumento BDI, para além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada em: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30. O uso deste instrumento tem como objectivo avaliar a sintomatologia depressiva de ambos os elementos do casal, nos diferentes momentos de avaliação.

Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) – Escala de Ajustamento Diádico Revista (Dyadic Adjustment Scale – DAS – Spanier, 1976; Versão Portuguesa Revista: Gomez e Leal, 2008)

A RDAS (Escala de Ajustamento Diádico Revista) (ver Anexo 3) é uma versão reduzida da DAS (Escala de Ajustamento Diádico, Spanier, 1976) que consiste num questionário de auto-relato composto por 32 itens e dirigido à avaliação da satisfação com a relação, a sua coesão e expressão de afecto no contexto da mesma (Dickens et. al, 2001, cit. in Lima, 2009). A RDAS, consiste então numa versão de apenas 14 itens, que tem como objectivo avaliar a percepção de ajustamento diádico de ambos os elementos do casal, ou seja, permite-nos fazer uma avaliação global da satisfação do indivíduo com a relação, nos diferentes momentos de avaliação.

A RDAS avalia quatro dimensões de ajustamento diádico, propostas por Spanier (1976), a dimensão do consenso diádico, a dimensão da satisfação e por último, a dimensão da coesão. O consenso diádico relaciona-se com a percepção individual de aspectos do relacionamento e do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas, tais como: religiosas, de metas e objectivos, de decisões importantes de vida, etc. A escala da satisfação avalia as percepções individuais acerca da possibilidade de divórcio/separação, das discussões, do bem-estar, etc. Por último, a escala da coesão avalia o grau de partilha emocional de casal e mede as percepções individuais relativas ao envolvimento mútuo em interesses externos, à estimulação de ideias, à diversão em conjunto, etc (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995).

Para a análise de resultados da RDAS optou-se pela adopção dos dados normativos para a população americana, visto que não existem dados normativos para a população portuguesa.

5. Procedimentos

5.1 Procedimento de Recolha de Dados

O processo de recolha de dados decorreu entre Outubro de 2011 e Maio de 2012. Inicialmente era feita uma apresentação do projecto de investigação e o pedido de colaboração aos casais, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato. Posteriormente ao consentimento oral, os participantes eram convidados a dar um consentimento informado escrito (ver Anexo 4) e posteriormente a preencherem os questionários.

A primeira fase de recolha de dados ocorreu entre a 20^a e a 23^a semana de gestação de cada casal, onde foi requerido o preenchimento da ficha sócio-demográfica, do BDI e da RDAS.

Num segundo momento seria definido o grupo que cada casal iria integrar (se de intervenção ou de controlo), tendo sido distribuídos de forma equitativa por cada grupo. Esta distribuição dependeria também das disponibilidades/interesse de cada casal. Caso fizessem parte de um grupo de intervenção, entre a 20^a e a 32^a semana de gestação ocorreria a realização da intervenção respectiva. Em dois casais foi realizada a intervenção cognitivo-narrativa, nos outros dois casais também sujeitos a intervenção, para além da intervenção cognitivo-narrativa, era também associada ainda uma intervenção de casal baseada na vinculação (mais 2 sessões). Restam ainda dois casais que iriam compõem o grupo de controlo.

A intervenção cognitivo-narrativa baseou-se no Manual de Intervenção Narrativa para Gestantes (Silva & Pinheiro, 2008) que é composto por quatro sessões. Estas sessões baseiam-se todas na recordação (ou imaginação), objectivação, subjectivação, metaforização e projecção de determinados episódios relativos à gestação ou parto. Os seguintes temas foram abordados ao longo das quatro sessões: a notícia da gravidez; a gestação; o parto; e a chegada do bebé.

Relativamente à intervenção de casal baseada na vinculação, esta é composta por três sessões.

Na primeira sessão é proposta a realização da CIT (ver Anexo 5) que inclui uma tarefa organizada em dois momentos distintos e registados em vídeo. No primeiro momento, é solicitado ao casal que após ter seleccionado da lista de tópicos aquele que se apresenta como o ponto de maior discórdia na relação, discutam o problema e procurem resolver o conflito de modo a alcançar uma solução que seja satisfatória para ambas as partes. No segundo momento, o casal deverá cooperar na descrição de uma relação ideal ou de um casal perfeito, descentrando-se da sua própria relação, sendo utilizado como recurso a metodologia Q-sort. A cotação da CIT envolve a análise de comportamentos partilhados de expressão e de regulação de afecto, negociação e resolução de conflitos, assim como de comportamentos que são característicos de relações de vinculação. A CIT foi cotada por um juiz devidamente creditado para tal, tendo sido identificadas as dimensões em que cada casal apresentava maior dificuldade e maior competência, definindo-se, em função de tal, a tarefa para casa. Na segunda sessão é feita uma devolução individual das competências ou aspectos a melhorar e é feita uma avaliação do trabalho de casa. Ainda nesta sessão é proposto como trabalho para casa dar continuidade à dimensão cotada mais positivamente e promover a mudança da dimensão cotada mais negativamente. Para que isto ocorra são dadas ao sujeito estratégias específicas para que este as coloque em prática na semana

seguinte, registando sempre as situações em que isto ocorre. Na terceira e última sessão, é pedido ao casal que identifique as situações em que o proposto foi realizado, especificando o modo como se sentiram individualmente e enquanto casal. Nesta sessão são ainda identificados pelo casal os ganhos alcançados enquanto indivíduos e casal, assim como o impacto no seu futuro papel de pais.

Após a intervenção, à 32ª semana de gestação, ocorreu novamente a avaliação tendo sido administrados a ambos os elementos do casal os instrumentos aplicados também no primeiro momento, BDI e RDAS.

5.2 Procedimento de Análise de Dados

De forma a responder aos objectivos deste estudo, optou-se por uma metodologia de estudos de caso múltiplos utilizando um desenho do tipo pré-pós, procurando avaliar a eficácia das duas modalidades de intervenção nos sintomas de depressão e na percepção de ajustamento diádico dos casais grávidas. Considerou-se a necessidade de recorrer a este método de análise por se considerar um número reduzido de participantes.

A cotação do instrumento BDI, para além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada em: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30. Para a análise dos resultados do BDI, opta-se por se prestar atenção à sua classificação enquanto deprimidos/não deprimidos, atendendo também à intensidade correspondente.

Relativamente à RDAS, não existem dados normativos para a população portuguesa, deste modo opta-se pela adopção dos dados normativos para a população americana no momento da sua análise. Para facilitar a avaliação destes dados e da sua diferença após a intervenção, seguiu-se a proposta de Vaz Serra (1986), calculando-se para cada pontuação obtida o afastamento desta face à média em unidades de desvio-padrão. Para isto recorreu-se à seguinte fórmula:

$$(pontuação\ obtida - média) / DP$$

Este cálculo permite perceber se o resultados se encontram dentro da média para a população de referência ou não. É considerada uma diferença significativa face à média, sempre que o valor obtido for inferior ou superior a 1 desvio padrão.

III. Resultados

RESULTADOS

A apresentação dos resultados é dividida em três grupos, apresentando inicialmente os resultados do grupo de controlo, de seguida os resultados do grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa e os resultados do grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa associada à intervenção de casal baseada na vinculação. Nesta apresentação é feita uma descrição dos resultados do BDI e da RDAS na primeira e segunda avaliação, em ambos os elementos componentes da díade (homens e mulheres).

Num segundo momento, é feita uma breve análise integrada comparação dos resultados dos três grupos.

Resultados da 1ª e 2ª avaliação

Grupo de Controlo

Relativamente à presença de sintomatologia depressiva, apresentam-se de seguida na tabela 2, os resultados obtidos no BDI, nos dois momentos de avaliação:

Tabela 1

Resultados do BDI na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Controlo

	Sexo	1ª avaliação		2ª avaliação	
		Valores Brutos	Classificação intensidade	Valores Brutos	Classificação intensidade
Casal 1	Homem	5	Não deprimido	10	Deprimido (estado depressivo leve)
	Mulher	5	Não deprimido	6	Não deprimido
Casal 2	Homem	5	Não deprimido	1	Não deprimido
	Mulher	2	Não deprimido	7	Não deprimido

Na primeira avaliação, os 4 participantes do grupo de controlo apresentam-se como “não deprimidos”.

Na segunda avaliação, no casal 1 verifica-se uma diferença significativa no elemento masculino, que passa de “não deprimido” a um “estado depressivo leve”. No casal 2 não se verificam alterações.

Concluindo, no segundo momento de avaliação, verifica-se que pelo menos um dos sujeitos (elemento masculino do casal 1) altera a sua classificação de “não deprimido” para

“estado depressivo leve”, sendo que os restantes mantêm a classificação de “não deprimidos”.

Apresentam-se de seguida, na tabela 3, os resultados da RDAS relativos à 1ª e 2ª avaliação dos dois casais do grupo de controlo:

Tabela 3

Resultados da RDAS na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Controlo

		<i>1ª avaliação</i>				<i>2ª avaliação</i>			
		<i>Homem</i>		<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>		<i>Mulher</i>	
		<i>PB</i>	<i>Dp</i>	<i>PB</i>	<i>dp</i>	<i>PB</i>	<i>dp</i>	<i>PB</i>	<i>dp</i>
<i>Casal</i>	Consenso	25	+0,6	24	+0,35	25	+0,6	24	+0,35
<i>1</i>	Satisfação	14	-0,097	15	+0,226	14	-0,097	15	+0,226
	Coesão	8	-0,912	9	-0,618	7	-1,206	9	-0,618
	Total	47	-0,111	48	0	46	-0,222	48	0
<i>Casal</i>	Consenso	25	+0,6	27	+1,1	26	+0,85	28	+1,35
<i>2</i>	Satisfação	18	+1,194	22	+2,484	19	+1,516	21	+2,161
	Coesão	17	+1,735	14	+0,853	18	+2,029	14	+0,853
	Total	60	+1,333	63	+1,667	63	+1,667	63	+1,667

PB = Pontuação Bruta; dp = desvio padrão

Na primeira avaliação, verifica-se que ambos os elementos do casal 1 apresentam na escala total de percepção de ajustamento diádico e nos diferentes factores valores dentro da média da população de referência. No casal 2, observa-se que ambos os elementos apresentam na escala total valores de percepção de ajustamento diádico superiores à média. Os factores de Consenso e Coesão apresentam diferenças entre os dois elementos desta díade, variando entre dentro da média e acima da média. O elemento masculino apresenta uma pontuação de +0,6 (dentro da média) no factor de Consenso, enquanto que o elemento feminino de +1,1 (acima da média). No factor de Coesão, por outro lado, o elemento masculino apresenta uma pontuação de +1,735 (acima da média) e o elemento feminino de +0,853 (dentro da média). No factor de satisfação ambos os elementos da díade apresentam valores acima dos valores médios da população.

Na segunda avaliação, não se registam diferenças na escala total dos dois casais pertencentes a este grupo. Relativamente aos três factores da RDAS verificam-se diferenças de categoria apenas num indivíduo, o elemento masculino do casal 1, que no primeiro momento apresenta um valor dentro da média (-0,912) e no segundo, um valor abaixo da média (-1,206) no factor de Coesão. No primeiro momento de avaliação a pontuação obtida aproxima-se muito da pontuação mínima necessária para obter um

resultado considerado abaixo da média, não obstante este indivíduo apenas apresente valores inferiores à população de referência num segundo momento. Contudo, a diferença de valores entre o 1º e o 2º momento não chega a 1 desvio padrão, como tal, a diferença não é considerada significativa.

Concluindo, no que diz respeito ao grupo de controlo verifica-se que um dos elementos aumentou de modo significativo a sintomatologia depressiva, chegando a um estado depressivo leve, enquanto que os restantes se mantiveram na categoria de “não deprimidos”. Constatam-se ainda que não há diferenças entre os dois momentos de avaliação na escala total da percepção de ajustamento diádico dos casais do grupo de controlo. Verificam-se, no entanto, diferenças no factor de Coesão do elemento masculino do casal 1, que passa de uma pontuação dentro da média (-0,912) no primeiro momento, para uma pontuação abaixo da média (-1,206) no segundo momento.

Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa

Apresentam-se de seguida, na tabela 4, os resultados nos dois momentos de avaliação, no BDI do grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa:

Tabela 4

Resultados do BDI na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa

	Sexo	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Valores Brutos	Classificação e intensidade	Valores Brutos	Classificação e intensidade
Casal 3	Homem	0	Não deprimido	0	Não deprimido
	Mulher	2	Não deprimido	8	Não deprimido
Casal 4	Homem	17	Deprimido (estado depressivo leve)	10	Deprimido (estado depressivo leve)
	Mulher	9	Não deprimido	10	Deprimido (estado depressivo leve)

No primeiro momento de avaliação verifica-se que um dos participantes, o elemento masculino do casal 4, apresenta um estado depressivo leve, enquanto que os restantes não apresentam sintomatologia depressiva significativa, situando-se todos na categoria de “não deprimidos”.

No segundo momento de avaliação, verificam-se diferenças de categoria num participante, na mulher do casal 4, que passa de “não deprimida” para um estado depressivo

leve. Os restantes participantes não revelam diferenças de categoria da primeira para a segunda avaliação.

No casal 4 é possível constatar que o elemento masculino mantém o estado depressivo leve após a intervenção, no entanto, ocorre uma diminuição de 7 pontos ao nível da pontuação bruta, o que se constitui como clinicamente relevante. Relativamente ao elemento feminino observa-se que na primeira avaliação apresentava uma pontuação característica de um estado “não deprimido”, no entanto, o seu valor era muito próximo do valor correspondente à categoria de “deprimido (estado depressivo leve), na qual se inseriu após a intervenção. Apesar de esta diferença de categorias ser considerada relevante, tem que ser considerado que esta diferença se resumiu apenas a um ponto ao nível da pontuação bruta, visto que ambos os valores se situam nos limites das duas categorias.

Os resultados relativos à percepção de ajustamento diádico nos dois momentos de avaliação dos casais do grupo de intervenção cognitivo-narrativa apresentam-se de seguida na tabela 5:

Tabela 5

Resultados da RDAS na 1ª e 2ª avaliação do Grupo de Intervenção Cognitivo-Comportamental

		<i>1ª Avaliação</i>				<i>2ª Avaliação</i>			
		<i>Homem</i>		<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>		<i>Mulher</i>	
		<i>PB</i>	<i>DP</i>	<i>PB</i>	<i>DP</i>	<i>PB</i>	<i>DP</i>	<i>PB</i>	<i>DP</i>
Casal 3	Consenso	28	+1,35	27	+0,35	29	+1,6	29	+1,6
	Satisfação	19	+1,516	18	+1,194	19	+1,516	18	+1,194
	Coesão	12	+0,265	14	+0,853	15	+1,147	13	+0,559
	Total	59	+1,222	59	+1,222	63	+1,667	60	+1,333
Casal 4	Consenso	15	-1,9	17	-1,4	15	-1,9	17	-1,4
	Satisfação	14	-0,097	13	-0,419	15	-0,226	14	-0,097
	Coesão	9	-0,618	6	-1,5	10	-0,324	12	+0,265
	Total	38	-1,111	36	-1,333	40	-0,889	43	+0,556

Na primeira avaliação, verifica-se que ambos os elementos do casal 3 apresentam valores acima da média da população na escala total, enquanto que os elementos do casal 4 apresentam valores abaixo da média. Verificam-se diferenças entre os elementos da díade no factor de Consenso do casal 3 e no factor de Coesão no casal 4, nos restantes factores há acordo entre os dois elementos de cada díade.

Na segunda avaliação, verifica-se que no casal 3 não ocorrem mudanças na escala total, apresentando ambos novamente valores percebidos como acima da média da população. Contudo, verificam-se diferenças no elemento masculino no factor de Coesão e no elemento feminino no factor de Consenso, que passam ambos de valores dentro da média para valores acima da média. O elemento masculino obteve no factor de Coesão uma pontuação de +0,265 no primeiro momento e uma pontuação de +1,147 no segundo momento, apresentando uma diferença de 0,882 desvio padrão.. O elemento feminino obteve no factor de Consenso uma pontuação +0,35 no primeiro momento e de +1,6 no segundo momento, apresentando uma diferença de 1,25 desvio padrão.

Na segunda avaliação do casal 4, verificam-se mudanças significativas na escala total em ambos os elementos da díade, que passam de valores inferiores à média para valores dentro da média. Ao nível dos factores, verificam-se diferenças significativas apenas no elemento feminino no factor de Coesão, que passa de valores abaixo da média para valores acima da média. De notar que no elemento masculino, as diferenças entre o primeiro e o segundo momento de avaliação na escala total não chega a ser de 1 desvio padrão, no entanto, considera-se significativa visto que, quando comparado com a população de referência, este indivíduo apresenta num primeiro momento valores considerados abaixo da média (-1,111) e num segundo momento valores considerados dentro da média (-0,889), havendo portanto uma mudança relevante de categoria.

Concluindo, no grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa constata-se que existem diferenças após a intervenção ao nível da sintomatologia depressiva num dos casais, no casal 4, sendo que no elemento masculino há uma melhoria (relevante do ponto de vista clínico) nos sintomas e no elemento feminino há um aumento da sintomatologia, que embora seja apenas de um ponto na pontuação bruta, é significativa do ponto de vista categorial. No que diz respeito à percepção de ajustamento diádico, verificam-se diferenças significativas também no casal 4, que no segundo momento de avaliação apresenta valores mais positivos na escala total. Relativamente aos factores que compõem essa escala verifica-se uma percepção de maior ajustamento diádico em 3 sujeitos deste grupo (excepto no elemento masculino do casal 4, em que estas diferenças não são significativas).

Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal baseada na vinculação

Apresentam-se neste ponto os resultados relativos ao BDI nos dois momentos de avaliação do grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa e à intervenção de casal baseada na vinculação.

Tabela 6

Resultados BDI na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal baseada na Vinculação

	Sexo	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Valores Brutos	DP em relação à média da população	Valores Brutos	DP em relação à média da população
Casal 5	Homem	3	Não deprimido	1	Não deprimido
	Mulher	4	Não deprimido	5	Não deprimido
Casal 6	Homem	3	Não deprimido	0	Não deprimido
	Mulher	8	Não deprimido	8	Não deprimido

Na primeira avaliação, verifica-se que todos os elementos deste grupo apresentam valores no BDI correspondentes a um estado “não deprimido”. Na segunda avaliação, não se constata diferenças ao nível categorial em nenhum dos elementos, mantendo todos a categoria de “não deprimidos”.

Apresentam-se na tabela 7 os resultados do RDAS, nos dois momentos de avaliação do grupo de intervenção cognitivo-narrativa e de intervenção de casal baseada na vinculação:

Tabela 7

Resultados da RDAS na 1ª e 2ª avaliação no Grupo de Intervenção Cognitivo-Narrativa e Intervenção de Casal Baseada na Vinculação

		1ª Avaliação				2ª Avaliação			
		Homem		Mulher		Homem		Mulher	
		PB	DP	PB	DP	PB	DP	PB	DP
Casal 5	Consenso	21	-0,4	27	+1,1	24	+0,35	28	+1,35
	Satisfação	14	-0,097	17	+0,871	15	+0,226	18	+1,194
	Coesão	8	-0,912	17	+1,735	10	-0,324	15	+1,147
	Total	43	-0,556	61	+1,444	49	+0,111	61	+1,444
Casal 6	Consenso	24	+0,35	27	+1,1	25	+0,6	27	+1,1
	Satisfação	16	+0,548	16	+0,548	16	+0,548	14	-0,097
	Coesão	10	-0,324	14	+0,853	14	+0,853	14	+0,853
	Total	50	+0,222	57	+1	55	+0,778	55	+0,778

Na primeira avaliação verifica-se no casal 5 e 6, que os elementos masculinos apresentam valores dentro da média da população (DV do elemento 5 = -0,556; DV do elemento 6 = +0,222) e os elementos femininos valores acima da média (DV do elemento 5 = +1,444; DV do elemento 6 = +1). Relativamente aos factores da escala, verificam-se diferenças significativas no casal 5 e 6 nos factores de consenso e coesão, sendo que os valores são superiores nos elementos femininos.

Na segunda avaliação não se verificam diferenças significativas após a intervenção na escala total dos elementos do casal 5. Contudo, ao nível dos factores verificam-se diferenças no factor de satisfação do elemento feminino da díade, apresentando resultados mais positivos na segunda avaliação, resultados considerados acima da média da população. No casal 6, verificam-se diferenças na escala total do elemento feminino, que apresenta valores acima da média (+1) na primeira avaliação e dentro da média (+0,778) na segunda, no entanto, apesar desta diferença não ser superior a 1 desvio padrão, é clinicamente relevante visto que muda de categoria passando de “acima da média” para “dentro da média”. No elemento masculino não se verificam diferenças ao nível da escala total. Relativamente aos factores da RDAS, verificam-se diferenças significativas apenas no factor de coesão do elemento masculino, que apesar de apresentar em ambos os momentos valores considerados como estando dentro da média, a diferença entre eles é superior a 1 desvio padrão o que é relevante do ponto de vista clínico.

Para concluir, constatou-se que nenhum dos elementos pertencentes a este grupo apresenta valores de sintomatologia depressiva suficientes para se inserirem na categoria de “deprimidos”, tanto no primeiro momento como no segundo momento de avaliação.

Neste grupo verificou-se ainda que apenas um indivíduo, o elemento feminino do casal 6, apresentou diferenças na escala total da percepção de ajustamento diádico na segunda avaliação, tendo sido percebido o ajustamento diádico como mais positivo neste segundo momento. Relativamente aos factores que compõem a escala, verificam-se mudanças do primeiro para o segundo momento de avaliação, apenas na escala de satisfação do elemento feminino do casal 5, obtendo esta valores superiores na segunda avaliação.

Síntese integrativa dos resultados

Neste ponto procura-se apresentar os resultados de forma integrativa, sintetizando as diferenças de resultados entre os grupos apresentados anteriormente.

Ao nível da sintomatologia depressiva, verificou-se que no grupo de controlo houve um elemento a modificar a sua categoria de “não deprimido “ para “deprimido”, enquanto que os restantes se mantiveram na “não deprimido” na segunda avaliação. No grupo que foi alvo de intervenção cognitivo-narrativa, verificou-se que em dois elementos se registaram modificações, após a intervenção o elemento masculino do casal 4 que se encontrava deprimido na primeira avaliação diminuiu a sua sintomatologia em 7 pontos, contudo não o fez mudar para a categoria de “não deprimido”. O elemento feminino do casal 4, por outro lado, aumentou a sua pontuação, tendo sido indentificada como “deprimida” na segunda avaliação. Por último, no grupo sujeito à intervenção cognitiva-narrativa e intervenção de casal baseada na vinculação, verifica-se que todos os elementos mantiveram os mesmos resultados que na primeira avaliação, correspondentes à categoria de “não deprimidos”.

Ao nível da percepção de ajustamento diádico, verifica-se que no grupo de controlo não houve diferenças significativas na segunda avaliação. Apenas em dois elementos do casal 2 no grupo de intervenção cognitivo-narrativa são registadas diferenças, sendo que em qualquer um destes indivíduos as diferenças registadas indicam valores mais elevados de ajustamento diádico. No grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa e intervenção de casal baseada na vinculação registaram-se diferenças apenas no elemento feminino do casal 6, que obteve resultados mais baixos na segunda avaliação.

IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Discussão

Neste ponto é feita inicialmente uma análise dos resultados obtidos na primeira avaliação, com o objectivo de responder às primeiras questões deste estudo. De seguida, procura-se analisar as diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e da percepção de ajustamento diádico, nos três grupos que apresentamos anteriormente, no segundo momento de avaliação.

Na primeira avaliação, ocorrida entre a 20^a e 23^a semana de gestação, verificou-se que os valores de sintomatologia depressiva eram relativamente baixos, excepto num elemento masculino que apresentava um estado depressivo leve. A baixa incidência de sintomatologia depressiva na maioria dos indivíduos, pode ser explicada atendendo ao momento em que a avaliação ocorreu, entre a 20^a e 23^a semana de gestação (ou 2^o trimestre), dado que de acordo com O'Hara, Zekoski, Philipps e Wright (1990), ocorre uma melhoria nos sintomas durante o segundo trimestre de gestação, sendo que se verifica um pico de depressão no primeiro e no terceiro e último trimestre de gestação. Desta forma, os resultados deste estudo foram os esperados, visto que este parece apresentar-se como um período de menor risco para o aparecimento destes mesmos sintomas.

Saliente-se que, a mulher cujo companheiro possui valores equivalentes a um estado deprimido, é a mulher que apresenta resultados mais elevados ao nível da sintomatologia depressiva. De realçar ainda que o resultado que obtém se aproxima muito do limite entre as duas categorias de “não deprimido” e “deprimido”, pelo que se torna clinicamente relevante a sua discussão. Segundo Burke (2003), a depressão num companheiro pode estar associada ao desenvolvimento de depressão no outro elemento da díade, muitas vezes resultante do aumento da discórdia e conflito do casal, esta seria uma possível justificação para a sintomatologia apresentada pelo elemento feminino.

No que diz respeito aos resultados referentes à percepção de ajustamento diádico, verificou-se que 6 elementos apresentaram valores acima da média da população, 4 elementos dentro da média e 2 elementos abaixo da média. Verificou-se, no geral, uma percepção de ajustamento diádico positiva em quase todos os indivíduos, sendo que metade apresentam valores superiores à média da população. Em muitos casos o nascimento de um filho poderá intensificar o relacionamento íntimo do par conjugal por este ter sido capaz de concretizar a sua capacidade reproductiva e dar continuidade à família, sendo esta uma das possíveis justificações para os resultados bastante elevados em alguns destes casais (Relvas & Lourenço, 2001). Contudo, no casal que apresenta valores de percepção de ajustamento diádico abaixo da média, o contrário pode estar a acontecer.

Verificou-se ainda que os homens apresentavam no geral, valores inferiores aos das mulheres, visto que dois homens (casal 2 e 3) apresentavam valores acima da média, três apresentaram valores dentro da média (casal 1, 5 e 6) e um apresentou valores abaixo (casal 4). Relativamente às mulheres, no geral apresentaram melhores resultados, sendo que grande parte (quatro mulheres – casal 2, 3, 5 e 6) apresentaram valores acima da média, e apenas uma dentro da média (casal 1) e uma abaixo (casal 4). Esta percepção mais positiva do ajustamento conjugal por parte das mulheres pode estar relacionada com a necessidade de integrarem novos papéis, tanto o homem como a mulher, durante a gravidez. Isto é, durante a gravidez o homem acaba muitas vezes por assumir um papel maior de prestador de cuidados à sua mulher, enquanto que a sua companheira acaba por ser o alvo dessa mesma atenção, tanto por parte do seu companheiro como por parte dos outros (Barnhill, Rubenstein & Rocklin, 1979, cit. in Ramos, 2006), deste modo a mulher poderá perceber o ajustamento conjugal como mais positivo que o homem, visto que é ela quem recebe a maioria dos cuidados durante este período.

Foi possível constatar que o casal que apresentou uma percepção de ajustamento diádico mais baixa (casal 4), considerada inferior à da média da população, é ainda o casal que apresenta valores mais altos de sintomatologia depressiva. Compreende-se que, tal como a literatura refere, a percepção de ajustamento conjugal está associada à depressão (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 2000), verificando-se também que valores dentro da média e acima da média na percepção de ajustamento conjugal estão relacionados com baixos valores de sintomatologia depressiva, como se constata nos restantes casais. Segundo, Litzinger e Gordon (2005), nas relações íntimas em que existe um elemento com psicopatologia, acresce a dificuldade em lidar com o seu companheiro na reorganização familiar e conjugal de tarefas, e na redefinição de planos e objectivos, o que poderá explicar o porquê de uma pontuação tão baixa no casal 4 no factor de Consenso. O factor de Consenso é um factor que se relaciona com a percepção individual de aspectos do relacionamento e do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas, tais como religiosas e de metas ou objectivos (Spanier, 1976).

Analisando os factores individualmente, verifica-se que em todos os elementos, excepto no elemento feminino do casal 4, os valores no factor de coesão são positivos, ou seja, dentro da média ou abaixo da média. Apenas no elemento feminino do casal 4 foram encontrados valores abaixo da média, sabe-se que o elemento masculino desta díade apresenta um estado deprimido leve o que pode originar um menor envolvimento deste nos interesses externos e na partilha emocional, justificando assim o valor mais baixo do elemento feminino.

Relativamente ao factor de Consenso, verifica-se que todos os elementos, excepto os elementos do casal 4, apresentam valores positivos, ou seja, dentro da média ou acima

da média. Mais uma vez o casal 4 apresenta valores considerados inferiores à média, este factor relaciona-se com o nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas. Constata-se ainda que, as mulheres apresentam valores mais elevados no factor de Consenso, isto poderá estar relacionado com o facto da gravidez ser, tal como já foi referido anteriormente, um período de maior prestação de cuidados e afectos por parte do homem à mulher, sendo deste modo compreendidos os valores mais elevados nas mulheres.

No factor de Satisfação, os participantes apresentaram todos valores positivos, ou seja, dentro da média ou acima da média, o que revela um elevado grau de satisfação na relação em todos os participantes. Segundo Magagnin, Korbes, Hernandez, Cafruni, Rodrigues e Zarpelon (2003), há uma grande frequência de valores elevados na satisfação, durante o período da gravidez, facto também evidenciado nestes indivíduos.

Verifica-se que as únicas díades em que os elementos do casal apresentam ambos valores de percepção de ajustamento diádico superiores aos da média, são precisamente os casais que mantêm uma relação há menos tempo (1 ano), o casal 2 e 3. Não foi encontrada literatura que atendesse a estas duas variáveis, duração da relação e percepção de ajustamento diádico, mas compreende-se que esta relação poderá estar presente na medida em que nas relações de longa duração provavelmente o casal já teve oportunidade de passar por várias transformações e conflitos, enquanto que em relações mais curtas as experiências e o conhecimento são muitas vezes menores. Contudo, seria compreensível também que o contrário ocorresse, ou seja, que valores mais elevados de percepção de ajustamento diádico estivessem associados a uma relação com duração mais longa, isto porque as expectativas do casal com uma relação mais longa podem através dessa mesma adaptação e conhecimento estar mais adaptadas à realidade da sua relação. De salientar que apesar disto, estes resultados podem ser devidos a muitas outras variáveis que não são aqui contempladas, tais como: diversas variáveis, tais como: características de personalidade, valores, atitudes e necessidades; sexo, momento do ciclo da vida familiar, nível cultural, etc (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004).

Na segunda avaliação, os resultados foram diferentes consoante os grupos a que os casais pertenciam.

Relativamente à sintomatologia depressiva, verificou-se que no grupo de controlo apenas o elemento masculino do casal 1, passou para a categoria de “deprimido” na segunda avaliação, enquanto que os restantes elementos apresentaram todos a mesma categoria de “não deprimidos”. De realçar que este indivíduo apresentou também na segunda avaliação uma diminuição significativa do ponto de vista clínico no factor da Coesão da RDAS, que está relacionado com os interesses/actividades mútuas, discussões

e partilha de ideias. De acordo com Hernandez e Hutz (2009), a depressão é um factor responsável pelo declínio do ajustamento conjugal, caracterizado por uma descida na satisfação e na coesão. Neste caso, verifica-se que o aumento da sintomatologia depressiva relaciona-se com a diminuição de percepção de ajustamento diádico, mais especificamente e de modo relevante do ponto de vista clínico no factor de coesão, concordando com o que a literatura diz. Contudo, o aumento da sintomatologia depressiva poderá estar relacionado com diversos factores, não sendo possível compreender através deste estudo que variável está dependente da outra, se a sintomatologia depressiva ou a percepção de ajustamento diádico.

Ainda relativamente ao grupo de controlo, no geral não se verificaram diferenças ao nível da escala geral de percepção de ajustamento diádico, entre o primeiro e o segundo momento. Um dos casais deste grupo apresentava valores de percepção de ajustamento diádico dentro da média e o outro acima da média. É interessante verificar que o casal 1 está neste momento à espera do seu terceiro filho, enquanto que o casal 2 vai ter o seu primeiro filho. Sabe-se que o nascimento de um primeiro filho, implica uma reorganização de papéis distinta da que ocorre no nascimento de um segundo filho, sendo que no nascimento de um primeiro filho todas as experiências são encaradas como “novas” (Ramos, 2006). De acordo com Gomez e Leal (2008), há uma menor qualidade conjugal percebida em indivíduos com filhos do que nos indivíduos sem experiência parental. Um outro factor que poderá justificar a diferença entre os dois casais, é a diferença de idades entre os dois casais, sendo que o casal 1 apresenta uma média de idades de 32 e o casal 2 de 25 anos, segundo a literatura, existe uma correlação inversa entre a idade dos sujeitos e o ajustamento diádico (Maganin, Korbes, Hernandez, Cafruni, Rodrigues & Zarpelon, 2003).

No que diz respeito ao grupo sujeito à intervenção cognitivo-narrativa na sintomatologia depressiva, verificou-se que após a intervenção nenhum dos elementos do casal 3 apresentava sintomatologia depressiva característica de um estado depressivo. Contudo, o mesmo não acontece com o casal 4, onde se observam diferentes percursos no elemento masculino e no elemento feminino. Em relação ao elemento masculino, que apresentava sintomatologia depressiva leve no primeiro momento de avaliação, verificou-se que este não mudou de categoria, no entanto, verificou-se uma descida bastante significativa do ponto de vista clínico na sintomatologia. Relativamente à mulher, verificou-se o oposto, havendo um aumento (ainda que pequeno do ponto de vista da pontuação bruta) na sintomatologia, passando esta de “não deprimida” a “deprimida (leve)”. De salientar, que embora haja uma diferença de categorias entre os dois momentos, esta mulher apresentava valores muito semelhantes entre os dois momentos de avaliação. Segundo Areias (1999, cit. in Magano, 2008), ao afectar um dos elementos do casal a depressão pode provocar o

aparecimento de depressão no outro, o que resulta numa cadeia de reações mal-adaptativas que dificultam o ajustamento do casal. Os baixos valores destes indivíduos no factor do Consenso também na segunda avaliação, podem estar relacionados precisamente com a sintomatologia depressiva, visto que segundo Frizzo, Prado, Linares e Piccinini (2010), existe uma relação entre a sintomatologia e os diversos aspectos da conjugalidade, tais como a comunicação, o companheirismo, a atracção física e a qualidade do relacionamento conjugal. Por outro lado, a melhoria ao nível da sintomatologia depressiva no homem, pode estar também relacionada com o aumento (ainda que pouco expressivo) na percepção de ajustamento diádico. Mais uma vez, é impossível determinar em que sentido corre a relação entre a depressão e o ajustamento diádico, mas parece ficar claro a existência de uma relação entre estas duas variáveis.

Relativamente à percepção de ajustamento diádico houve diferenças relevantes do ponto de vista clínico entre os dois momentos. Ao nível da escala global apenas se observaram diferenças no casal 4, no entanto, no casal 3 foi possível verificar também melhorias ao nível dos factores individuais que compõe a RDAS (embora não influenciem o resultado do factor geral). No casal 3 houve uma melhoria no elemento masculino no factor de coesão e no elemento feminino no de consenso, passando estes a obterem valores acima da média. O facto dos restantes factores já possuírem valores considerados acima da média da população, poderá ser uma razão para a não existência de diferenças significativas ou melhorias neste casal ao nível da pontuação global e ao nível dos restantes factores, visto que se verifica uma melhoria nos factores em que é possível que esta ocorra. No caso do casal 2, verificaram-se melhorias relevantes na mulher, passando a ter na escala total uma pontuação acima da média na segunda avaliação, ao contrário da pontuação abaixo da média verificada na primeira avaliação. Esta mudança na pontuação deve-se sobretudo ao aumento no factor de coesão, factor que está relacionado com o grau de partilha emocional, com interesses e estimulação de ideias. De notar, que este casal em ambos os momentos de avaliação, apresentou valores inferiores à média da população no factor de consenso, ou seja, ao nível da concordância e expressão de afecto.

No grupo sujeito a intervenção cognitivo-narrativa juntamente com intervenção de casal baseada na vinculação, verificou-se que todos os elementos pertencentes a este grupo foram classificados, em ambos os momentos, como “não deprimidos”. Consta-se mais uma vez que elevadas pontuações na percepção de ajustamento diádico estão associadas a uma baixa frequência de sintomatologia depressiva.

Relativamente à percepção de ajustamento diádico neste grupo, não se registam diferenças ao nível da percepção de ajustamento conjugal na escala total do casal 5. Verifica-se apenas uma melhoria no elemento feminino do casal 5, ao nível do factor da

satisfação que passa a situar-se acima da média. Contudo, regista-se uma diminuição da percepção de ajustamento diádico na mulher do casal 6, apresentando valores dentro da média na segunda avaliação, embora não se verifiquem diferenças ao nível dos factores. De realçar que todos os sujeitos deste grupo, já apresentavam numa primeira avaliação valores de percepção de ajustamento diádico dentro ou acima da média.

Seria de esperar que este grupo, por ter uma componente de intervenção mais focada no casal, obtivesse melhores resultados na percepção de ajustamento diádico que o grupo que apenas sofreu intervenção cognitivo-narrativa. Possivelmente tal não aconteceu, porque todos estes elementos já apresentavam uma percepção boa de ajustamento diádico (dentro ou acima da média), ao contrário dos sujeitos do grupo de intervenção cognitivo-narrativa que apresentou melhorias em sujeitos que possuíam valores abaixo da média da população e que portanto apresentavam mais potencial para melhorar.

Ao analisar estes três grupos, verificou-se relativamente à sintomatologia depressiva, o grupo de intervenção cognitivo-narrativa juntamente com a intervenção de casal baseada na vinculação, foi o que obteve melhores resultados, não apresentando nenhum sujeito com sintomatologia depressiva suficiente para ser classificado como “deprimido”. Estes resultados são considerados positivos na medida em que se compreende que a intervenção poderá ter tido um efeito preventivo na depressão. Contudo, considera-se a possibilidade destes resultados não serem consequência de um efeito preventivo da intervenção dado o reduzido número da amostra e dada a possibilidade da interferência de outras variáveis nestes resultados. No entanto, o grupo de intervenção cognitivo-narrativa, apresentou também alguns resultados positivos neste âmbito: o sujeito que se encontrava deprimido logo num primeiro momento, diminuiu do ponto de vista clínico a sua sintomatologia após a intervenção e não se registaram grandes diferenças nos restantes indivíduos que estavam classificados como “não deprimidos”. No que diz respeito à percepção de ajustamento diádico concluiu-se que o grupo que sofreu apenas a intervenção cognitivo-narrativa, foi o grupo que apresentou melhorias mais relevantes ao nível da percepção de ajustamento diádico. Contudo, os restantes grupos, também apresentaram valores bastante positivos.

Conclui-se também que a percepção de ajustamento diádico apresenta uma relação inversa com os sintomas depressivos, registando-se melhores percepções de ajustamento diádico quando há uma menor sintomatologia depressiva e observando-se ainda que as diminuições ou aumentos na sintomatologia vem associada a melhorias ou descidas, respectivamente, na percepção de ajustamento diádico.

Este estudo procurava contribuir para a avaliação do contributo de um programa de intervenção psicoterapêutica, na prevenção da depressão gestacional e pós-parto. Não era objectivo deste estudo tirar conclusões face à eficácia destas modalidades de intervenção

na prevenção da depressão gestacional e pós-parto, tínhamos apenas como objectivo compreender as modificações que surgiram nestes indivíduos.

Implicações, Limitações e Investigação Futura

Este estudo teve um papel importante na avaliação de intervenções clínicas dirigidas a grávidas e seus companheiros, assumindo-se portanto como relevante do ponto de vista científico por possivelmente contribuir para o desenvolvimento de intervenções clínicas empiricamente validadas.

Espera-se que o desenvolvimento deste estudo se tenha constituído como um contributo directo para os seus participantes através da oportunidade de monitorização do seu humor, da reelaboração do processo de gravidez e da reorganização da interacção de casal. Como tal, espera-se que este estudo se tenha apresentado como uma mais valia para os indivíduos enquanto homens/pais e mulheres/mães, para os indivíduos enquanto casais e conseqüentemente para os seus bebés. De realçar, que foram assegurados todos os princípios éticos da investigação em Psicologia no seu desenvolvimento.

Este estudo apresenta no entanto algumas limitações, tais como o reduzido tamanho da amostra e a heterogeneidade da mesma. Devido à complexidade do fenómeno da gravidez, que pode ser compreendido pelo impacto diferencial que tem em cada indivíduo, pelas diferentes mudanças que a transição acarreta e pelas diferenças de género que não são muitas vezes consideradas pela literatura, existe uma multiplicidade de variáveis que não são consideradas neste estudo e que deveriam ser contempladas em investigações futuras, para procurar compreender melhor todo este fenómeno.

Teria sido importante neste estudo que todos os elementos, na avaliação baseline, apresentassem valores semelhantes de sintomatologia depressiva, para compreender melhor as trajectórias e as modificações de cada um dos elementos. Parece-nos pertinente que sejam realizados mais estudos no sentido de avaliar a eficácia destas intervenções, tendo como recurso uma amostra maior. Seria também importante atender às variáveis de número de filhos e duração da relação em próximos estudos. Por último, seria bastante relevante compreender também neste estudo se a gravidez seria ou não uma gravidez desejada, por este motivo, sugere-se também a introdução desta variável.

Em investigações futuras seria pertinente avaliar a qualidade de prestação de cuidados por parte do homem à mulher, para compreender se tal como foi hipotetizado na análise deste resultados, esta poderia estar relacionada com uma melhor percepção de ajustamento conjugal por parte da mulher.

Para concluir, fica ainda a sugestão de desenvolver estudos no sentido de compreender melhor a relação entre a sintomatologia depressiva e a percepção de

ajustamento diádico, no sentido de perceber a direcção desta relação. Foi possível neste estudo compreender que elevados níveis de percepção de ajustamento diádico estavam associados a uma sintomatologia mais baixa, no entanto, não foi possível concluir qual era influenciado por qual.

Concluindo, este trabalho assume-se como pertinente na medida em que ao considerarmos a gravidez como um período de risco de desenvolvimento de psicopatologia, mais especificamente de depressão (Canavarro, 2001), torna-se necessário o desenvolvimento de intervenções preventivas a este nível. Desta forma e assumindo que a depressão durante a gravidez é um forte preditor da depressão pós-parto (O'Hara & Swain, 1996, cit. in Grote & Bledsoe, 2007), este trabalho apresenta resultados da avaliação de duas modalidades de intervenção que procuram prevenir a depressão gestacional e pós-parto. Para além das implicações directas nos participantes, já discutidas anteriormente, este trabalho contribui desta forma para o desenvolvimento de intervenções empiricamente validadas e que podem, no futuro, ser adoptadas por profissionais de saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-55.
- Busby, D.M., Christensen, C., Crane, D.R., Larson, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21: 289-308.
- Butzer, B. & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 41-154.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-37). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. S. (2006). *A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) Na população Portuguesa*. *Psicologia*, XX (1), pp. (155-186). Lisboa: Edições Colibri.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressivo após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-165.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. & Brender, W. (2000). Psychosocial Correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59, 31-40.
- Dennis, C., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389-395.
- Falcone, V. M., Mader, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39 (4), 612-8.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-State Matching and Synchrony in Mother-Infant Interactions of Nondepressed Versus Depressed Dyads. *Developmental Psychology*, 26(1), 7-14.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do puerpério. In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-189). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Centro de Estudos da população, economia e sociedade*, 12, 83-102.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*, 10(1), 47-55.
- Frizzo, G., B., Prado, L. C., Linares, J. L., & Piccinini, C. A. (2010). Depressão Pós-parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos. *Reflexão e Crítica*, 23(1), 46-55.
- Gomez, R., Leal, I. (2006). Depressão na gravidez e período pós-natal nos dois progenitores. Dados de um estudo exploratório com casais portugueses. In I. Leal, J. P., Ribeiro, S. N., Jesus (Eds.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 227-233). Faro: Universidade do Algarve.
- Gonçalves, O. (2000). *Viver Narrativamente*. Coimbra: Quarteto Editora,
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de Terapia Breve*. Bilbao: Nuevas Psicoterapias.
- Grote, N. K. & Bledsoe, S. E. (2007). Predicting Postpartum Depressive Symptoms in New Mothers: The role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health and Social Work*, 32 (2), 107-118.
- Grote, N. K., & Bledsoe, S. E. (2007). Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health and Social Work*, 32(2), 107- 119.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychology Inquiry*, 5 (1), 1-22.
- Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40 (4), 414-421.
- Hernandez, J. A. E. (2007). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 593-601.
- Klein, M. M. S. & Guedes, C. R. (2008). Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 862-87.

- Kobak, R. (2009). Defining and Measuring of Attachment Bonds: Comment on Kurdek (2009). *Journal of Family Psychology*, 23, 4, 447-449.
- Lavender, T., & Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*, 25(4), 215-219.
- Lima, V. S. (2009). *Vinculação, Representação da Relação Íntima e Interação Diádica em Adultos*. Tese de Doutoramento em Psicologia: Área de Especialização em Psicologia Clínica não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Litzinger, S. & Gordon, K. C. (2005). Exploring Relationships among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 409-424.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., Lancashire, R. J., & Braunholtz, H. G. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*, 359, 378-385.
- Magagnin, C., Korbes, J. M., Hernandez, J. A. E., Cafruni, S., Rodrigues, M. T. & Zarpelon, M. (2003). Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia*, 17/18, 41-52.
- Magano, A. M. O. (2008). *A Depressão Pós-Natal no Homem*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Mendanha, B. (2009). *Impacto das Perturbações do Humor no funcionamento familiar: perspectiva do casal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.
- Moura-Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1(21), 47-51.
- Norgre, M. B. P., Souza, R. S., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 575-584.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerchmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.

- Ogrodniczuk, J. S., & William, E. P. (2003). Preventing Postnatal Depression: A Review of Research Findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(6), 291-307.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 3-15.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw Hill.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., & Lopes, R. S. (2004). O Envolvimento Paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 17(3), 303-314.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial Expressivity in Infants of Depressed Mothers. *Developmental Psychology*, 29(6), 986-988.
- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105- 130). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, C. M. T., Almeida, G. O., & Souza, T. S. (2009). Depressão pós-parto: Revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, 3(2), 1-12.
- Schwengber, D. D. S. (2002). *A interação mãe-bebé e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebé*. Dissertação de Mestrado em Psicologia publicada, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A (2003).O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebé. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional. In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Steiner, M., & Yonkers, K. (1998). *Depression in Women*. Londres: Martin Dunitz.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, 61, 918-929.

Zinga, D., Phillips, S. D., Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 556-564.

Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 638-640.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1: Ficha Sócio-Demográfica

Anexo 2: *Beck Depression Inventory* (BDI)

Anexo 3: *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS)

Anexo 4: Consentimento Informado

Anexo 5: CIT

Anexo 1

Projecto de Investigação "Gravidez e depressão pós-parto: o papel da intervenção cognitivo-narrativa e da intervenção de casal baseada na vinculação"

Pai

Nome: _____ _____
Idade: ___ Anos
Habilitações Literárias: _____
Profissão: _____
Contacto: _____ E-Mail: _____

Mãe

Nome: _____ _____
Idade: ___ Anos
Habilitações Literárias: _____
Profissão: _____
Contacto: _____ E-Mail: _____

Casal

Morada: _____ _____	
Duração da Relação Total: ___ Anos ___ Meses	Há quanto tempo vivem juntos: ___ Anos ___ Meses
Tipo de Relação: <u>Casamento?</u> ___ <u>União de Facto?</u> ___	Tempo decorrido: ___ Anos ___ Meses
Tempo de Gestaçãõ: _____	
Já têm mais filhos? _____ Quantos? _____ Idades? _____	
Anteriormente a esta relação, alguns dos elementos do casal manteve:	
- <u>Casamento?</u> _____	Durante quanto tempo: ___ Anos ___ Meses
- <u>União de Facto?</u> _____	Durante quanto tempo: ___ Anos ___ Meses

Momentos de Avaliação

Momento	Tempo de Gestação	Data da Recolha de Informação	Grupo
1º	Entre a 20ª e 22ª Semana de gestação		
2º	20ª e 30ª Semana de Gestação		
3º	32ª Semana de Gestação		
4º	45 Dias após o parto		

Dados recolhidos por: _____.

Data: _____.

Anexo 2

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 2. | 7. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto desapontado(a) consigo mesmo(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. | 1 Sinto-me desapontado(a) consigo mesmo(a). |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto-me des gostoso(a) consigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Eu odeio-me. |
| 3. | 8. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso. | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |
| 4. | 9. |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. | 0 Não tenho qualquer ideia de me matar. |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. | 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar. |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. | 2 Gostaria de me matar. |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade. |
| 5. | 10. |
| 0 Não me sinto particularmente culpado(a). | 0 Não costumo chorar mais do que o habitual. |
| 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. | 1 Choro mais agora do que costumava fazer. |
| 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. | 2 Actualmente, choro o tempo todo. |
| 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. | 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg

2 Perdi mais de 5 kg

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

Anexo 3

RDAS Graham B. Spanier Versão de Investigação, 2004 M. Graça Pereira Universidade do Minho

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e o seu companheiro(a), para cada item, na lista que se segue. (Indique com uma cruz a sua resposta).

Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------

1. Assuntos de religião	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Demonstrações de afecto	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. Tomada de decisões importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. Relações sexuais	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Convencionalidade (comportamento dito correcto ou socialmente apropriado)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. Decisões de carreira	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
--------	------------------------	------------------------	----------------	-----------	-------

7. Com que frequência discute ou considerou divórcio, separação ou término da relação	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. Com que frequência se zanga com o seu companheiro(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9. Alguma vez lamentou ser casado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10. Com que frequência você e o seu companheiro(a) se irritam um ao outro	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Muito poucas vezes	Nunca
---------------	---------------------	----------------	--------------------	-------

11. Você e o seu companheiro(a) participam juntos em actividades fora da família	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e o seu companheiro(a)?

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma ou duas vezes/semana	Uma vez/dia	Frequentemente
--	-------	----------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	----------------

12. Têm uma troca estimulante de ideias _____

13. Trabalham juntos num projecto _____

14. Calmamente discutem algo _____

Anexo 4

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO

“GRAVIDEZ E DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O PAPEL DA INTERVENÇÃO COGNITIVO- NARRATIVA E DA INTERVENÇÃO DE CASAL BASEADA NA VINCULAÇÃO”

O Projecto de Investigação “Gravidez e depressão pós-parto: O papel da intervenção cognitivo-narrativa e da intervenção de casal baseada na vinculação”, em curso na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, sob a coordenação da Doutora Vânia Sousa Lima (Professora Auxiliar), decorre da assumpção de que a gravidez, ao implicar mudanças no ciclo vital da mulher e do casal constitui-se como uma etapa que comporta também risco, nomeadamente de desenvolvimento de psicopatologia e especificamente de depressão.

Considerando a relevância que a psicopatologia representa no funcionamento individual e do casal, no desenvolvimento ulterior do bebé e na interacção com ele estabelecida, exige-se o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas clinicamente validadas dirigidas a grávidas e seus companheiros, que possam ser adoptadas pelos profissionais de saúde mental.

O objectivo principal do presente projecto, de cariz experimental, é o de avaliar o contributo de um programa de intervenção psicoterapêutica centrado na interacção do casal, em associação com uma intervenção de orientação cognitivo-narrativa, na prevenção da depressão gestacional e da depressão pós-parto, junto de mulheres grávidas e seus maridos/companheiros. A intervenção psicológica envolve um conjunto de métodos não invasivos levados a cabo por peritos especificamente formados para o efeito, e assegurando todos os princípios éticos e deontológicos reguladores da prática profissional dos psicólogos.

----- *** -----

Confirmando que foi explicado à utente e seu cônjuge, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários para a participação no estudo acima referido.

Especificamente:

- A) Foram detalhados os momentos de avaliação a realizar (1º momento: preenchimento de questionários e entrevistas individuais gravadas em áudio, entre as 20ª e 22ª semanas de gravidez; 2º e 3º momentos: preenchimento de questionários, na 32ª semana de gestação e 45 dias após o nascimento do bebé, respectivamente).
- B) Foi explicado que os participantes seriam aleatoriamente alocados a um dos seguintes grupos:
 - G1) Sem intervenção psicológica;
 - G2) Com intervenção psicológica composta por 4 (quatro) sessões individuais – com cada um dos membros do casal separadamente - (a realizar entre a 20ª e 30ª semana de gestação)
 - G3) Com intervenção psicológica composta por 4 (quatro) sessões individuais e 3 (três) sessões de casal (a realizar entre a 20ª e 30ª semana de gestação).¹
- C) Foi apresentada a necessidade de, após o nascimento, aceder a informação de cariz clínico do bebé, disponível nesta Unidade de Saúde (como peso, altura ou idade gestacional).

Foi salientado o cariz voluntário da participação no estudo, não estando previstas quaisquer contrapartidas financeiras.

Foi clarificado que todos os registos em papel, áudio e/ou vídeo se destinam apenas ao projecto de investigação em curso, sendo cedidos apenas pela equipa de investigação da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP) e sendo

¹ No Grupo 3, numa das sessões de intervenção de casal realizar-se-á um exercício pelo casal que exige a gravação em vídeo. Se algum participante não concordar com a gravação do mesmo, o casal será directamente alocado a um dos grupos anteriores.

absolutamente assegurada a confidencialidade dos mesmos e sua destruição num prazo máximo de 6 meses após a conclusão da investigação.

Foi igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo à utente ou cônjuge, garantindo-se a destruição dos referidos registos em qualquer momento, se assim solicitado.

____/____/____

Vânia Sousa Lima

Professora Auxiliar da FEP – UCP

Investigadora Principal

----- *** -----

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida/esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Eu, _____ declaro aceitar colaborar como participante na investigação “Gravidez e depressão pós-parto: O papel da intervenção cognitiva narrativa e da intervenção de casal baseada na vinculação”, em curso na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, de acordo com o que me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento. Declaro ainda aceitar / não aceitar (riscar o que não interessa) a gravação em vídeo do exercício a realizar pelo casal.

____/____/____

O Participante,

Feito em duas vias: original para o Investigador, duplicado para a pessoa que consente.

Anexo 5

Escala	CIT: Descrição e Categorizações
Afecto Positivo Diádico	<p>Reciprocidade na expressão de afecto positivo pelo casal (e.g. sorrisos, evidência de afecto físico ou verbal).</p> <p>Limite Inferior: reciprocidade de afecto positivo praticamente ausente, por ausência de afecto positivo ou por um dos elementos do casal expressar afecto positivo que é respondido pelo outro com afecto neutro ou negativo.</p> <p>Nível Médio: alguma partilha de afecto positivo, podendo algumas expressões de afecto positivo ser emparelhadas com afecto neutro ou negativo pelo parceiro.</p> <p>Limite Superior: elevada partilha de afecto positivo, sendo as expressões de afecto positivo consistentemente emparelhadas com afecto positivo pelo parceiro</p>
Afecto Negativo Diádico	<p>Reciprocidade na expressão de afecto negativo pelo casal (e.g. frustração, impaciência, desprezo, raiva e/ou hostilidade).</p> <p>Limite Inferior: expressões de afecto negativo podem ser inexistentes, ou a existir, são emparelhadas por afecto neutro ou positivo pelo parceiro.</p> <p>Nível Médio: reciprocidade de afecto negativo, mas o conflito consegue ser contido por meio de frieza contínua entre os parceiros.</p> <p>Limite Superior: expressões de afecto negativo repetidamente devolvidas, num processo de escalada; conseqüente conflito é um aspecto dominante da sessão.</p>
Raiva	<p>Expressão intensa e activa de frustração, irritação e/ou impaciência dirigida ao parceiro (e não a terceiros ou à tarefa).</p> <p>Limite Inferior: ausência de sinais de raiva, ou desempenhando um papel insignificante na interacção.</p> <p>Nível Médio: aumento da frequência e intensidade de episódios de raiva, porém, limitados e comumente controlados.</p> <p>Limite Superior: interacção caracterizada pela raiva e por uma inadequada ou inconsistente capacidade para a modular.</p>
Hostilidade	<p>Dinâmica fria e rejeitante que reflecte desesperança e futilidade sobre a relação.</p> <p>Limite Inferior: ausência de esforços de distanciamento ou rejeição, ou a existirem o outro elemento da diade procura dissipar a situação.</p> <p>Nível Médio: reciprocidade no comportamento de distanciamento e comentários dolorosos, contribuindo ambos os parceiros para o tom hostil da interacção.</p> <p>Limite Superior: interacções inundadas de distanciamento mútuo, ausência de remorso e desesperança na relação ou sua melhoria.</p>
Resolução de Conflito	<p>Capacidade do casal trabalhar em conjunto para a tomada de decisões ou resolução de conflito, conduzindo à mútua satisfação.</p> <p>Limite Inferior: insatisfação no processo de tomada de decisão, interacções restritivas e pautadas pela insensibilidade ante a perspectiva do outro.</p> <p>Nível Médio: moderada satisfação com o processo de resolução do conflito, com uma certa rigidez, havendo no entanto algum esforço para trabalhar em conjunto.</p> <p>Limite Superior: ambos os elementos da diade estão satisfeitos com o processo de tomada de decisão, envolvendo colaboração e negociação de conflito.</p>
Base Segura	<p>Capacidade de recorrer ao outro como base segura e de como tal se assumir.</p> <p>Limite Inferior: sujeitos funcionam como entidades separadas</p> <p>Nível Médio: sujeitos são apenas algumas vezes capazes de funcionar como base segura para o parceiro e de a ele recorrerem.</p> <p>Limite Superior: ambos os elementos da diade são consistentemente eficazes em constituírem-se como base segura e de recorrerem ao outro como base segura</p>

<p style="text-align: center;">Equilíbrio Assertividade/Auto- Retraimento</p>	<p>Avalia balanceamento entre a abertura e assertividade versus retraimento, passividade e/ou defensividade.</p> <p><u>Limite Inferior:</u> ambos os parceiros mostram sinais de indisponibilidade à expressão de opiniões, passividade e/ou defensividade.</p> <p><u>Nível Médio:</u> um dos parceiros pode abrir-se e expressar livremente opiniões e sentimentos, enquanto o outro resiste à abertura, ou ambos os parceiros apresentam um misto de vulnerabilidade e defensividade ao longo das tarefas.</p> <p><u>Limite Superior:</u> ambos os elementos do casal revelam segurança na expressão de opiniões e sentimentos, e confiança em estar a ser ouvido.</p>
<p style="text-align: center;">Equilíbrio Indivíduo/Relação</p>	<p>Grau pelo qual a relação nutre/promove os parceiros como indivíduos, ou, ao invés, os constringe dos seus recursos individuais.</p> <p><u>Limite Inferior:</u> a interação parece limitar ou suprimir a individualidade de um ou ambos os parceiros, devido a emaranhamento ou a uma dinâmica destrutiva.</p> <p><u>Nível Médio:</u> a relação parece servir os indivíduos, mas apenas ocasionalmente e não de um modo prolongado.</p> <p><u>Limite Superior:</u> no contexto da relação ambos os parceiros expressam a sua individualidade, contribuindo para a interação diádica.</p>
<p style="text-align: center;">Equilíbrio Relação/Mundo Exterior</p>	<p>Capacidade da díade em manter um envolvimento ativo e competente no "trabalhar em conjunto" para completar as tarefas.</p> <p><u>Limite Inferior:</u> incapacidade do casal em completar em conjunto as tarefas estipuladas, ou a interação pode ser limitada na tentativa de o fazer.</p> <p><u>Nível Médio:</u> casal completa todas ou algumas partes das tarefas, mas o esforço põe em causa a harmonia da interação.</p> <p><u>Limite Superior:</u> interação harmoniosa, com praticamente igual grau de envolvimento no completar eficaz e adequadamente a tarefa.</p>
<p style="text-align: center;">Qualidade da Relação</p>	<p>Avaliação holística da qualidade e profundidade da relação, não derivando de um compósito dos scores anteriores.</p> <p><u>Limite Inferior:</u> lacunas nas dimensões positivas da relação, ou presença de claros aspectos negativos (vitimização, conflito crónico e intenso, rigidez de papéis); a relação pode ser linear, vazia, ou penosa para um ou ambos os elementos.</p> <p><u>Nível Médio:</u> inúmeras combinações de alguma ausência de aspectos positivos, ou presença de alguns elementos negativos.</p> <p><u>Limite Superior:</u> relação caracterizada por cuidado recíproco, confiança e proximidade emocional; sensibilidade às necessidades e desejos do outro, partilha profunda de experiências e sentimentos; prazer em estar com o outro e fidelidade.</p>

Observação da Interação do Casal

Número do Participante: _____

Data: _____

Masculino: _____ Feminino: _____

Instruções

Apresenta-se seguidamente uma listagem com um conjunto de áreas que diferentes pessoas referem como problemáticas no contexto de relações íntimas. Por favor, indique o grau pelo qual cada uma das áreas é um problema na sua relação, fazendo um círculo em redor do número que considerar adequado (sendo "1: Não é problemático" e "10: É muito problemático"). Use os espaços 12 e 13 para indicar áreas que considere relevantes e que não tenham sido mencionadas.

NOTA: O seu cônjuge preencherá igualmente este questionário e ambos verão o questionário do outro num momento posterior desta sessão.

	Não é					É muito				
	problemático					problemático				
1) Dinheiro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) Sogros e Família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) Sexo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) Religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) Tempos-livres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) Amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) Álcool e Drogas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9) Filhos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10) Ciúmes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11) Divisão de tarefas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12) _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13) _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10