



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA,  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VIVÊNCIA  
PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Rita Lessa Ferreira Uríbarri Soares*

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA,  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VIVÊNCIA  
PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Rita Lessa Ferreira Uribarri Soares*

Trabalho efectuado sob a orientação de

*Professora Doutora Vânia Sousa Lima*

Porto, Julho de 2012

Este documento não foi escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

## **AGRADECIMENTOS**

A concretização deste trabalho foi possível graças ao apoio e colaboração de algumas pessoas, a quem gostaria de agradecer.

À minha orientadora, Professora Doutora Vânia Sousa Lima, por toda a aprendizagem que me proporcionou e por sempre ter acreditado que era possível.

À Professora Doutora Maria Raul Xavier, por me demonstrado como se pode ir mais além.

Aos casais que se disponibilizaram a colaborar no estudo.

À Mariana Bessa, que, melhor do que ninguém, porque igualmente próxima da realidade, me percebeu e apoiou nesta etapa.

À minha Família, que sempre mostrou ter confiança em mim e, muito em especial, à minha Mãe e ao meu Pai.

## RESUMO

Para a maioria dos casais, a gravidez é um período de vivências positivas, embora tal nem sempre aconteça, sendo a depressão um problema bastante comum durante a mesma (Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012; Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001).

O presente estudo tem como objectivo contribuir para a avaliação do impacto de um programa de intervenção psicoterapêutica, centrado na interacção de casal, em associação com uma intervenção de orientação cognitiva-narrativa, na prevenção da depressão gestacional e na vivência psicológica da gravidez. Pretende também perceber quais os níveis de depressão *baseline* dos participantes, se existem diferenças entre homens e mulheres e de que modo os elementos das díades vivenciam psicologicamente a gravidez.

No estudo participaram seis casais grávidos, divididos equitativamente em três grupos: o grupo de controlo; o grupo experimental 1, que apenas beneficiou da intervenção cognitiva-narrativa; e o grupo experimental 2, que foi sujeito à intervenção cognitiva-narrativa, em associação com a intervenção de casal baseada na vinculação.

A sintomatologia depressiva foi avaliada em dois momentos, na 20<sup>a</sup>-23<sup>a</sup> e na 32<sup>a</sup> semana de gestação, através do *Beck Depression Inventory* (BDI) e a vivência psicológica da gravidez, através da *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (EAGM) e a *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade* (EAGP), conforme se tratasse do elemento feminino ou masculino da díade.

Os resultados permitem perceber que a adaptação à parentalidade é experienciada de forma muito diversa, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Quanto à vivência psicológica da gravidez, os homens parecem obter mais ganhos do que as mulheres ao beneficiar da intervenção, embora os resultados por estas obtidos no pós-intervenção possam reflectir uma percepção mais realista da transição para a parentalidade.

**Palavras-chave:** gravidez, depressão gestacional, vivência psicológica da gravidez; intervenção cognitivo narrativa; intervenção de casal baseada na vinculação

## ABSTRACT

Pregnancy, for most couples, is a period of positive experiences, although this isn't always the case, and depression is fairly common (Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012; Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001).

The study at hand has as an objective to contribute to the evaluation of the impact of a psychotherapeutic intervention program, focused on couple interaction, in association with a cognitive-narrative intervention orientation in the prevention of gestational depression and the psychological experience of pregnancy. Furthermore it is intended to understand the baseline depression levels of the participants, if any differences occur between men and women and in what form the elements of the dyads experience the pregnancy psychologically.

Six pregnant couples took part in the study, and they were divided in the following manner: the control group; experimental group 1, that only benefited from cognitive-narrative intervention; and the experimental group 2, that was subject to cognitive-narrative intervention, in association with the attachment based couple intervention.

The depressive symptomatology was evaluated twice, in the 20th-23rd and the 32nd week of gestation, by means of the *Beck Depression Inventory* (BDI) and the psychological experience of pregnancy, through the *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (EAGM) and the *Escala de Atitudes sobre a gravidez e a paternidade* (EAGP), depending on whether it was with respect to the male or female element of the dyad.

The results allow us to understand that adaptation to parenthood is experienced diversely, namely in terms of depressive symptomatology development. In terms of psychological experiences of pregnancy, men seem to obtain more from it than women as they benefit from the intervention, although the obtained results for the female category may reflect a more realistic perspective of the transition to parenthood.

**Keywords:** pregnancy, prenatal depression, psychological experience of pregnancy, cognitive-narrative intervention, attachment based couple intervention

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
Índice de tabelas	viii
Índice de anexos	ix
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Vivência psicológica da gravidez	3
1. Gravidez e parentalidade	3
2. Dimensões da vivência psicológica da gravidez	4
Sintomatologia depressiva na gravidez	9
1. Depressão peri e pós natal	9
2. Depressão materna e paterna	12
3. Prevenção da depressão na gravidez	13
Psicoterapia cognitiva-narrativa	15
Intervenção de casal baseada na vinculação	18
1. Vinculação e relações íntimas	18
II. OBJECTIVOS E METODOLOGIA	21
Objectivos do estudo	21
Metodologia	21
1. Participantes	21
2. Instrumentos	23
Procedimentos	25
1. Procedimento de recolha de dados e de intervenção	25
2. Procedimento de análise de dados	28

III. RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	29
Resultados	29
1. Grupo de controlo	29
2. Grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa	32
3. Grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa e intervenção de casal baseada na vinculação	36
4. Síntese integrativa dos resultados	29
Discussão e conclusão	41
1. Discussão	41
2. Conclusões	45
3. Limitações do estudo	46
4. Sugestões para investigação futura e implicações clínicas	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos indivíduos	22
Tabela 2.	Caracterização da relação	22
Tabela 3.	Caracterização da duração total da relação, por casal	23
Tabela 4.	Avaliação da Sintomatologia Depressiva, no Momento 1 e Momento 2	29
Tabela 5.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, no Momento 1 e Momento 2	30
Tabela 6.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, no Momento 1 e Momento 2	31
Tabela 7.	Avaliação da Sintomatologia Depressiva, Pré e Pós Intervenção	32
Tabela 8.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, Pré e Pós Intervenção	33
Tabela 9.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, Pré e Pós Intervenção	35
Tabela 10.	Avaliação da Sintomatologia Depressiva, Pré e Pós Intervenção	36
Tabela 11.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, Pré e Pós Intervenção	37
Tabela 12.	Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, Pré e Pós Intervenção	38

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

- Anexo 1. Ficha de Identificação e Caracterização do Casal
- Anexo 2. BDI
- Anexo 3. Composição dos factores da EAGM e EAGP
- Anexo 4. CIT – Escalas: descrição e categorização

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001), no qual ocorre um conjunto de mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos aos quais a mulher tem de se adaptar (Pereira, Santos, & Ramalho, 1999), a par com níveis elevados de emoção e ansiedade (Jomeen & Martin, 2008). A futura mãe terá, então, de ajustar-se a uma variedade de mudanças ocorridas no seu próprio corpo, resultantes das complicações que possam ocorrer durante a gravidez, das expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a maternidade e em torno do bebé. Tudo isto implica uma reestruturação na rede das relações sociais e familiares (Figueiredo, 2001). A maioria destas mudanças ocorre também com o pai, embora esta etapa seja ainda pouco estudada desde a perspectiva paterna (Bornholdt, Wagner, & Staudt, 2007).

A gravidez é, portanto, considerada um período de crise, o qual é visto como essencial enquanto momento de reorganização e de adaptação a uma nova condição (Gonçalves, 2008; Rato, 1998), com o casal grávido a adquirir uma nova identidade (Klein & Guedes, 2008).

Estas mudanças e ajustamentos que ocorrem no processo gravídico representam, muitas vezes, para os membros da díade, um risco de desenvolvimento de psicopatologia (Pereira, Santos, & Ramalho, 1999), o que conduz à necessidade de intervir no sentido da prevenção dessas patologias, de modo a evitar / minimizar consequências negativas ao nível do funcionamento individual e diádico e do desenvolvimento sócio-emocional do bebé (Marks, Wieck, Checkley, & Kumar, 1996 cit. in Figueiredo, 2001).

Com a transição para a parentalidade há, então, uma profunda modificação das representações do *self* e dos outros. A representação do bebé é, primeiramente, integrada na representação do próprio *self*, mas, à medida que a sua presença se vai tornando mais perceptível, há uma aceleração dos processos representacionais. Há, portanto, a construção de uma nova narrativa, que envolve tanto a história pessoal de cada elemento do casal, como a sua vida presente com o cônjuge (Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Perucchini, Pola, Tambelli, & Zampino, 1992).

Este momento de transição pode interferir negativamente na relação conjugal, já que, muitas vezes, se faz acompanhar de uma diminuição da proximidade e dos sentimentos amorosos e de um aumento dos conflitos e da ambivalência entre os elementos do casal (Fleming, Ruble, Flett, & van Wagner, 1990 cit. in Figueiredo, Pacheco, Costa, & Magarinho, 2006).

Desta forma, neste estudo, alia-se a pertinência de intervir neste período, para a prevenção do desenvolvimento de psicopatologia, com a construção de uma nova narrativa e a importância de uma boa relação conjugal na transição para a parentalidade. Para tal,

são utilizadas duas modalidades de intervenção, a cognitiva-narrativa e a de casal baseada na vinculação, com o objectivo de prevenir a depressão gestacional.

No presente estudo será apresentado, primeiramente, o racional teórico que o subjaz. Assim, ao nível da vivência psicológica da gravidez, serão abordadas as representações e tarefas desenvolvimentais inerentes à gravidez e à parentalidade e as dimensões desta vivência, tradicionalmente presentes na maternidade e na paternidade. Este enquadramento centrar-se-á também na sintomatologia depressiva na gravidez, caracterizando a depressão peri e pós natal, bem como a materna e a paterna. Far-se-á ainda referência aos principais estudos que abordam a importância da prevenção da depressão gestacional e pós-parto e de intervenções cuja eficácia já foi testada. Por último, serão abordados os conceitos que fundamentam as modalidades de intervenção psicoterapêutica utilizadas.

Em termos empíricos, será feito um estudo de caso múltiplo, no qual serão avaliados seis casais, com idades compreendidas entre os 24 e os 39 anos, em regime de coabitação, que responderam a uma ficha sócio-demográfica, ao *Beck Depression Inventory* (BDI) e à *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (EAGM), no caso das mulheres, ou à *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade* (EAGP), no caso dos homens.

Numa fase posterior, serão apresentados os resultados do presente estudo, terminando com uma análise e discussão aprofundada dos mesmos, enquadrada teoricamente. Finalmente, serão indicadas as limitações do estudo e sugestões para investigação futura, bem como as implicações do estudo, do ponto de vista clínico.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ**

##### **1. GRAVIDEZ E PARENTALIDADE**

O conceito de gravidez surge, muitas vezes, associado ao de maternidade/paternidade, contudo estes encerram realidades distintas, tanto no que respeita à dimensão temporal, como à dimensão vivencial (Mendes, 2007).

A gravidez é um processo fisiológico adaptativo ao desenvolvimento do novo ser humano, que corresponde ao período que medeia a concepção e o parto, com uma duração de cerca de 40 semanas, no qual são vivenciadas múltiplas adaptações. A maternidade/paternidade, por sua vez, é um processo que ultrapassa a gravidez e se inscreve dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído e onde a influência dos padrões culturais, representações sociais, crenças e valores são determinantes. É, portanto, um processo que se pode considerar extensível a toda a vida (Mendes, 2007; Canavarro, 2001). Contudo, sobretudo do ponto de vista psicológico, a gravidez e a parentalidade têm pontos convergentes, pelo que serão abordados juntamente os dois conceitos.

As representações que são feitas acerca destes conceitos são convergentes, por exemplo, e o seu estudo é muito importante, na medida em que, à luz da Psicologia Cognitiva, a forma como agimos e sentimos depende das representações que possuímos da realidade (Canavarro, 2001). Ou seja, devem-se conhecer os conteúdos dos esquemas cognitivos, para compreender o comportamento da mulher durante a gravidez e já enquanto mãe. Assim, segundo Canavarro (2001), as representações da gravidez e da maternidade estão intimamente ligadas aos processos cognitivos e à personalidade e, para a sua construção interferem factores genéticos, históricos e sócio-culturais e de desenvolvimento. Por exemplo, pode acontecer que possuindo representações positivas para a parentalidade, o homem perspetive a gravidez e a maternidade apenas como meios, podendo compreender representações negativas.

As mudanças nas representações, que a gravidez comporta, implicam a activação de respostas que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe e do pai, numa adaptação progressiva. Numa perspectiva desenvolvimental, Colman e Colman (1994) definiram seis tarefas psicológicas que resumem esta adaptação ao processo gravídico. Assim, a primeira tarefa consiste em aceitar a realidade da gravidez, num período de reavaliação e reestruturação, marcado pela ambivalência, por exemplo, em relação à viabilidade da gravidez e aceitação do feto. A 2ª tarefa é aceitar a realidade do feto, que se

vai tornando uma entidade cada vez mais autónoma e realista em relação à mãe, num momento em que esta revisita a relação com os próprios pais. Como terceira tarefa, há uma reavaliação da geração de pais mais antiga, ou seja, da relação passada e presente e com os pais e uma reestruturação da mesma. No período intermédio da gravidez, e como quarta tarefa, surge o reavaliar do relacionamento entre companheiros, num momento em que estes devem estar sensíveis às necessidades um do outro e à partilha de experiências, para a construção de uma nova aliança parental. Aceitar o bebé como uma pessoa separada é a quinta tarefa e consiste em aceitá-lo enquanto ser independente da mãe, uma vez deixará de estar presente no seu útero, no pós-parto, que significa, precisamente, “depois da separação”. Finalmente, é reavaliada e reestruturada a própria identidade para integrar a identidade parental.

De salientar que apesar do conceito de transição para a parentalidade se referir, geralmente, ao nascimento do primeiro filho, alguns autores, como Kreppner (1988) consideram que também o nascimento de um outro filho é um momento com um grande impacto tanto nos pais como nas mães, que implica reestruturação e em que as relações entre os vários membros se complexificam. Pais e mães assumem papéis algo diferenciados, na medida em que o pai tende a prestar atenção ao filho mais velho enquanto a mãe se dedica à prestação de cuidados do bebé (Stewart, 1990 cit. in Moura-Ramos, 2006). Sendo assim, Canavarro (2001) defende a existência de uma sétima tarefa, que consiste em reavaliar e estruturar a relação com o(s) outro(s) filhos.

A vivência da gravidez será influenciada pela forma como a mulher e, também, o companheiro reagem à gravidez, ao longo das suas tarefas desenvolvimentais, mas também pela existência ou não de complicações durante a mesma (Pereira, Santos, & Ramalho, 1999). Será por este motivo que muitos dos estudos acerca da gravidez e da intervenção neste período se centram na gravidez de risco, na adolescência, ou naquelas em que há perda do bebé ou interrupção voluntária da gravidez (Yu, Wei, & Gong, 2010; Patrão, King, & Almeida, 2008).

## **2. DIMENSÕES DA VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ**

Na gravidez estão em jogo várias realidades relacionadas com a criança que vai nascer e a mulher grávida, mas também com o pai, que tem uma função fundamental para a boa (sobre)vivência de todo o processo (Duque, 2004).

Desta forma, nesta secção, num primeiro momento, será abordada a vivência psicológica da gravidez sobre a perspectiva materna, passando depois para aquela que é a forma como os homens experienciam o processo gravídico. Embora haja elementos que se cruzam nas vivências que pais e mães têm neste processo, a literatura tende a considera-

las separadamente, pelo que, numa lógica de revisão da literatura, neste estudo será adoptado o mesmo racional.

Para as mulheres, a gravidez é um momento que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe. Isto passa por ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. Assim, este é um período que, à semelhança de qualquer outro de tão profunda transformação, pode ser considerado como de crise (Canavarro, 2001).

Todos estes momentos que fazem parte deste período de “crise”, compreendem aspectos positivos, enquanto promotores de transformação e crescimento, mas também aspectos mais difíceis, como são o desgaste físico e psicológico e os aspectos relativos ao parto. Relativamente ao parto, a mulher, geralmente, teme-o tendo em conta que é algo desconhecido e doloroso e que é o momento em que se inaugura, de forma concreta, a relação mãe-filho (Pamplona, 1990 cit. in Klein & Guedes, 2008).

Todas estas tarefas resultam bastante exigentes para as grávidas, o que é agravado pelo facto de a sociedade ter a expectativa que o amor materno seja incondicional, capaz de colocar qualquer outro projecto de vida das mulheres em segundo plano (Badinter, 1985; Grzybowski, 2002 cit. in Staudt & Wagner, 2008), criando a imagem de uma mãe perfeita. Ao mesmo tempo, a mulher, durante a gravidez, também anseia ser a “mãe boa”, enquanto perfeita na prestação de cuidados ao filho, o que é uma tarefa eminentemente impossível (Colman & Colman, 1994). Neste sentido, é comum a grávida visitar o seu passado, sobretudo a relação que manteve com a sua própria mãe.

De facto, sendo a maternidade uma situação relacional, de encontro, as relações significativas ao longo da vida têm um peso acrescido na construção de representações sobre o tema, revestindo-se a relação com a própria mãe de especial importância. A mãe de cada mulher é, geralmente, o primeiro e principal modelo de comportamentos e afectos maternos (Canavarro, 2001). Contudo, as memórias dessas relações tanto podem ser positivas, como negativas, sendo que a mulher tende a querer dar mais ao seu bebé do que aquilo que recebeu (Colman & Colman, 1994).

Tendo presente o ideal de “boa mãe”, durante os nove meses da gravidez, a mulher imagina o seu bebé, antecipando situações em que lhe presta os cuidados necessários, bem como todo o carinho (Xavier, Paúl, & Sousa, 1998), nomeadamente as brincadeiras, os momentos em que vai andar com ele ao colo e a muda das fraldas.

Nesta tarefa de construção da identidade materna e da construção da relação mãe-bebé, têm um papel fundamental a vivência do corpo e das transformações físicas da

gravidez. De facto, para algumas mulheres, engravidar significa deixar de ter controlo sobre o próprio corpo, mais especificamente, quanto ao seu aspecto físico (Martins, 2010). Isto acontece, sobretudo, com as mulheres que consideram que um corpo grávido é fisicamente pouco atraente, devido às alterações desmedidas, o que acaba por também modificar a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavarro, 2001). Assim, o lado físico da gravidez pode ser considerado como o lado estranho, desconfortável e indesejável.

É por estes e outros aspectos que a existência de suporte social durante a gravidez se revela essencial, tendo vindo este a ser associado à adaptação da mulher (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993), já que a percepção de possibilidade de apoio afectará as representações que tem acerca da mesma (Canavarro, 2001). De facto, estudos sobre o suporte social têm demonstrado que as mulheres com baixo suporte social, na presença de *stress*, apresentam maior probabilidade de ter complicações durante a gravidez, quando comparadas com aquelas que têm um elevado suporte social (Cobb, 1976). Mais concretamente, diversos estudos referem que níveis mais baixos de suporte social, tanto percebido como recebido, apresentam uma maior risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, tanto durante a gravidez como no pós-parto (Cairney, Boyle, Offord & Racine, 2003; Siefert, Bowman, Heflin, Danziger & Williams, 2000; Collins et al., 1993). Isto porque, o desenvolvimento de relações de apoio aumentará os sentimentos de bem-estar, auto-controlo e afecto positivo, permitindo assim às mulheres perceber as mudanças relacionadas com a gravidez como menos stressantes (Norbeck & Anderson, 1989; Tietjen & Bardley, 1985 cit. in Collins et al., 1993). O apoio do marido/companheiro será uma das dimensões do suporte social, sendo que, na mesma linha de pensamento, a mulher com depressão pós-parto tende a classificar de forma negativa o apoio do seu companheiro, sendo a relação marcada pela falta de intimidade e de apoio, quer emocional, quer instrumental (Boyce, 1994 cit. in Gonçalves, 2008).

Contudo, para além do importante papel de suporte à mulher, é preciso não olvidar que os homens também têm representações e tarefas de desenvolvimento a cumprir enquanto pais. Até porque, segundo Leal (2001), vivemos num momento em que os homens reivindicam para si um tipo de paternidade caracterizado por presenças, interações, amor e cuidados quotidianos ao invés do antigo lugar de uma autoridade distante. Embora menos estudado, o papel do homem na gravidez deve ser igualmente reflectido, não só nas representações que ele tem acerca de si próprio, mas também no modo como para ele se assumem a gravidez e a maternidade (Canavarro, 2001). De facto, a gravidez também afecta os homens, no que à componente física e psicológica diz respeito (Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2009).

Também para os homens a gravidez é um período de mudanças positivas e de crescimento pessoal. Tal como perspectivam Brennan, Ayres, Ahmed & Marshall-Lucette (2009), a gravidez é um período de ruptura e mudança, em que ocorre uma crise desenvolvimental na qual o homem incorpora o papel parental na sua identidade e no seu auto-conceito.

Neste período, os homens tendem a antecipar momentos de satisfação, que irão ser vividos com os seus filhos, os quais antevêm serem marcados por sentimentos e pensamentos positivos. Durante a gravidez, os pais referem com maior frequência estarem ansiosos por brincar com as suas crianças do que as mães (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000 cit. in Biehle & Mickelson, 2012).

No entanto, durante a gravidez, o envolvimento paterno é variável e deve ser compreendido de forma particular, na medida em que o vínculo entre o pai e o filho é indirecto, já que mediado pela mãe. Entende-se que o envolvimento do pai na gestação pode ser compreendido através da sua participação em actividades relativas à grávida e aos preparativos para a chegada do bebé, do apoio emocional proporcionado à grávida, da procura de contacto com o bebé, bem como das suas preocupações e ansiedades (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes, & Tudge, 2004). Exemplo destas actividades em que os pais participam, são as sessões de ecografia e as aulas de preparação para o parto (Camus, 2003 cit. in Gomez, 2005)

O suporte, nomeadamente emocional, à grávida constitui-se numa importante função atribuída ao pai (Klaus & Kennell, 1992 cit. in Piccinini et al., 2004), como referido anteriormente, sendo o principal apoio prestado ao nível da gestão de conflitos da infância relativamente à maternidade (Piccinini et al., 2004). Contudo, é preciso não esquecer que os pais também têm necessidades durante a gravidez, na medida em que constitui uma novidade para eles e o foco da atenção está muito centrado na mulher e em que as preocupações são uma característica inerente à vivência da paternidade.

As preocupações presentes prendem-se, sobretudo, com questões financeiras e com a capacidade da sua mulher/companheira em lidar com o bebé e com o parto. De facto, os homens ainda sentem a responsabilidade de ser o suporte financeiro e das necessidades materiais da família, o que muitas vezes é uma dificuldade que antecipam durante a gravidez (Dudova, 2006). As necessidades são, nomeadamente, de carinho e apoio (Colman & Colman, 1994).

Derivado destas preocupações e de outros factores que se lhe agregam, alguns estudos referem que certos pais desenvolvem uma síndrome, designada “Síndrome de Couvade” (Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2007, 2009; Piccinini et al., 2004), que diz respeito à expressão somática da ansiedade relacionada com este período e que se relaciona com os factores emocionais igualmente presentes, como são a identificação do pai

com a companheira grávida e a ambivalência em relação à paternidade e ao processo de adaptação característico da transição para a parentalidade. Não é, portanto, uma doença física ou mental, mas uma manifestação relacionada com a gravidez, em que os principais sintomas são a falta de apetite, dores de dentes, náuseas, mal-estar. Isto vem de encontro à ideia de que na gravidez, são os casais, e não apenas as mulheres, que ficam grávidos, sendo que as mudanças que ocorrem com os futuros pais estão relacionadas com as mudanças por que passam as próprias grávidas (Parke, 1996 cit. in Piccinini et. al, 2004).

Contudo, o facto de o pai não experimentar mudanças corporais e o desenvolvimento do bebé no seu próprio corpo, pode suscitar sentimentos de ciúme, inveja, ansiedade e solidão no homem (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger & Pratt, 2000; Maldonado et al., 1997 cit. in Piccinini et al., 2004).

Segundo Brazelton (1988), a competição e a exclusão também são sentimentos frequentes e esperados nos futuros pais, uma vez que a mulher tende a desviar as suas energias e atenção para o bebé e acaba ela também por se transformar no centro das atenções, sendo que os sentimentos do futuro pai durante este período de adaptação são deixados para segundo plano (cit. in Piccinini et al., 2004). Há, portanto, uma competição com a companheira pelo filho, bem como rivalidade com o feto pela atenção materna (Brazelton & Cramer, 1989 cit. in Gomez, 2005).

Para a compreensão da vivência psicológica da gravidez é igualmente importante perceber os significados que o pai e a mãe, enquanto díade, atribuem à gravidez. O nascimento de um filho desejado pode fazer com que o casal sinta que está a concretizar um desejo mútuo e a solidificar os laços que os unem, mas pode também significar, no seu ponto de vista, uma ameaça à sua união (Gonçalves, 2008), conduzindo a uma diminuição da proximidade e dos sentimentos amorosos e a um aumento dos conflitos e da ambivalência (Fleming, Ruble, Flett & van Wagner, 1990 cit. in Figueiredo et al., 2006). De facto, estudos apontam para a existência de um declínio na satisfação conjugal associado ao período anterior ao nascimento (Belesky, Lang & Rovine, 1985), exigindo o reequacionar do papel de cada um dos elementos na díade. Neste sentido, Emery e Tuer (1993) apontam como tarefa para o casal, no momento da transição para a parentalidade, a renegociação dos laços existentes com relação ao poder interpessoal e ao grau de aproximação emocional de sua relação. Neste processo, geralmente existem diferenças em termos de funcionamento individual e diádico, entre homens e mulheres. Por exemplo, no que concerne aos níveis de *stress*, as mulheres costumam apresentar níveis mais superiores aos dos homens (Miller & Sollie, 1980 cit. in Moura-Ramos & Canavarro, 2007); já ao nível da satisfação conjugal, as mulheres tendem a considerá-la mais negativa (Cowan, Cowan, Hening, Garrett, Coysh, Curtis-Boles, & Boles, 1985 cit. in Menezes & Lopes, 2007).

Concluindo, a vivência da gravidez traduz-se no comportamento de quem espera um filho, envolvendo as suas expectativas e atitudes (Xavier, Paúl, & Sousa, 1998). Desta forma, avaliar a vivência psicológica da gravidez, pode fazer-se procurando medir as atitudes que futuros pais e mães têm sobre a gravidez e a maternidade/paternidade. Beitel e Parke (1998) apontam para a ideia da reciprocidade das atitudes materna e paterna, na medida em que considera que estas se influenciam mutuamente ao longo do tempo (cit. in Gomez, 2005).

## **SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NA GRAVIDEZ**

### **1. DEPRESSÃO PERI E PÓS NATAL**

A transição para a parentalidade é considerada uma das mais exigentes e stressantes transições da vida com que um indivíduo se pode deparar (Cowan & Cowan, 2000), sendo que o ajustamento psicológico e afectivo da mulher ao processo gravídico está associado a perturbações psicológicas (Pereira, Santos, & Ramalho, 1999), nomeadamente ao desenvolvimento de sintomas de depressão (O'Hara & Swain, 1996).

De facto, a depressão é comum no período da gravidez e do pós-parto, levando alguns autores a considerar que se trata de uma questão de saúde pública premente (Milgrom, Holt, Gemmill, Ericksen, Leigh, Buist, & Schembri, 2011). Um estudo publicado na biblioteca de saúde reprodutiva da Organização Mundial de Saúde reitera esta ideia, referindo que proporcionar um apoio intensivo no pós-parto, por parte de diversos profissionais, parece ser uma intervenção eficaz ao nível da prevenção do desenvolvimento de depressão pós-parto (Dennis & Creedy, 2007).

A maioria dos estudos que relacionam a sintomatologia depressiva com a gravidez, centram-se na depressão pós-parto. Contudo, a depressão durante a gravidez é, pelo menos, tão comum como durante o período pós-parto (Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001). A depressão perinatal é, no entanto, frequentemente, sub-diagnosticada e sub-tratada (Le, Perry, & Stuart, 2011). Naturalmente, o desenvolvimento de sintomas depressivos em ambos os períodos se encontra relacionado, na medida em que a presença de sintomas depressivos durante a gravidez constitui um factor de risco e um preditor da depressão pós-parto (Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, & Buist, 2008; Hobfoll, Ritterm, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995). Num estudo realizado por Watson, Elliott, Rugg e Brough (1984), 23% das mulheres que apresentaram depressão pós-parto, já tinham sido diagnosticadas com depressão durante a gravidez.

A literatura sugere que o padrão mais comum dos sintomas depressivos na transição para a parentalidade consiste num aumento no primeiro semestre da gravidez, uma melhoria no resto do seu decurso, seguida de um aumento justamente antes ou depois do nascimento (Bergink, Kooistra, Lambregtse-van den Berg, Wijnen, Bunevicius, van Baar, & Pop, 2011; Banti, Mauri, Oppo, Borri, Rambelli, Ramacciotti, Montagnani, Camilleri, Cortopassi, Rucci, & Cassano, 2011 cit. in Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012).

A depressão durante a gravidez tem sido relativamente negligenciada, em termos de estudos, o que poderá dever-se ao facto de se ter acreditado durante muito tempo que a gravidez protegia as mulheres contra a depressão (Evans et al., 2001). Contudo, alguns estudos têm sido desenvolvidos, sobretudo mais recentemente, contrariando esta asserção, como se expõe de seguida.

A prevalência da depressão major, durante a gravidez, está estimada entre 10%-14% (Evans et al., 2001). Os factores de risco da depressão perinatal incluem ter história prévia de depressão, certos acontecimentos de vida e conflito interpessoal. Existe ainda evidência de que, frequentemente, há comorbidade com outras condições médicas ou psicológicas, como dor ou ansiedade (Muzik & Borovska, 2010).

Num estudo realizado por Keeton, Perry-Jenkins e Sayer (2008), os autores concluíram que o nível sócio-económico, o estado civil, o número de horas de trabalho semanais e o facto de a gravidez ser ou não planeada são variáveis que influenciam o viver da depressão. As mulheres com depressão perinatal demonstram uma tendência em classificar o seu estado de saúde com níveis mais baixos, o que se poderá dever ao facto de estarem menos predispostas a seguir os aconselhamentos médicos e a cuidar da sua saúde e bem-estar pessoais.

A depressão gestacional tem sido associada a efeitos negativos, nomeadamente ao nível dos desafios relacionados com a mãe, a criança e a família (Muzik & Borovska, 2010).

As mulheres que experienciam depressão na gravidez, geralmente, sofrem de alguns elementos negativos que lhe costumam estar associados, como são a diminuição do apoio familiar e da capacidade de cuidar de si próprias, uma má nutrição, aumento de peso, uso de substâncias, dificuldades no relacionamento com o companheiro e um comprometimento da interacção com o bebé (Wisner, Sit, Hanusa, Moses-Kolko, Bogen, Hunker, Perel, Jones-Ivy, Bodnar, & Singer, 2009; Wisner, Zarin, Holmboe, Appelbaum, Gelenberg, Leonard, & Frank, 2000).

No que respeita à criança, os efeitos negativos da depressão materna no seu desenvolvimento são reconhecidos na literatura, nomeadamente no que concerne às disrupções sistemáticas no comportamento parental. Comumente estas passam pela ausência ou indisponibilidade emocional das mães para com as crianças ou pela presença

de mães intrusivas e autoritárias, particularmente no modo como utilizam a disciplina (National Research Council and Institute of Medicine, 2009 cit. in Tandon, Perry, Mendelson, Kemp, & Leis, 2011). A depressão materna afecta também a relação que a criança estabelece com a mãe, em termos de vinculação, sendo que pode ficar comprometido o papel da mãe enquanto base segura e, conseqüentemente, a capacidade da criança em desenvolver e integrar representações positivas dos cuidadores e do *self* (Steele, Steele, & Johansson, 2002). Para além disso, nota-se uma maior probabilidade de as crianças terem um temperamento difícil, bem como défices cognitivos e emocionais (Muzik & Borovska, 2010) e de desenvolverem psicopatologia (Goodman & Gotlib, 1999).

Whiffen e Gotlib (1993) defendem que a principal diferença entre a depressão perinatal e a depressão pós-parto é a severidade, com a primeira a ser considerada uma perturbação mais leve, comparável a uma perturbação adaptativa. Contudo, no estudo realizado por Evans e colaboradores (2001), os autores concluíram que a severidade e a natureza do humor depressivo não difere antes e após o nascimento.

Quanto à depressão pós-parto, especificamente, o início da sua investigação é relativamente recente, com o primeiro estudo empírico realizado em 1968 (Pitt, 1968 cit. in Figueiredo, 2001). A sua prevalência média, de acordo com vários estudos, é de 13% (e.g. Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996).

A depressão pós-parto é uma perturbação que deriva de uma combinação de factores de risco biopsicossociais (Guedes-Silva, Souza, Moreira, & Genestra, 2003), que compreendem variáveis demográficas, psiquiátricas, sociais, cognitivas e de *stress* (O'Hara, Schlechte, Lewis & Varner, 1991), tais como a gravidez não desejada, o peso baixo do bebé, ter muitos filhos, o companheiro estar desempregado ou separar-se durante a gravidez (Lai & Huang, 2004 cit. in Guedes-Silva et al., 2003).

Os principais sintomas da depressão pós-parto são o desânimo persistente, alterações nos padrões de sono, sentimentos de culpa, ideias suicidas, diminuição do apetite e da libido, medo de magoar o bebé, diminuição do funcionamento mental e presença de ideias obsessivas (Abou-Saleh & Ghubash, 1997 cit. in Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa, & Faria, 2006).

Convém distinguir a depressão pós-parto das outras perturbações susceptíveis de ocorrer no período pós-parto, nomeadamente o *blues* e a psicose puerperal (Alt & Benetti, 2008). O *blues* pós-parto é considerado uma perturbação do humor de carácter transitório e moderado, que não requer tratamento, tratando-se, muitas vezes, de uma reacção normal às alterações hormonais e ao stress que o nascimento de um filho representa (Lee & Chung, 2007). A duração dos sintomas (labilidade do humor, crises de choro, irritabilidade, fadiga, ansiedade, insónia e perda de apetite) (Kennerly & Gath, 1989; Pitt, 1973 cit. in Robertson, Gace, Wallington, & Stewart, 2004) pode ir de algumas horas até 10 dias após o parto (Pitt,

1973; Yalom, Lunde, Moos, & Hamburg, 1968 cit. in Gonçalves, 2008). Ou seja, distingue-se da depressão pós-parto pela diferença na severidade, início e duração dos sintomas. Relativamente à psicose puerperal, o seu início acontece, geralmente, de forma inesperada e entre as 48h e as 2 semanas após o nascimento. A psicose puerperal pode ser eminentemente depressiva, mas difere da depressão pós-parto, na medida em que estão presentes delírios, alucinações, confusão ou características maníacas ou mistas (Brockington, 1996 cit. in Doucet, Dennis, Letourneau & Blackmore, 2009). As grandes diferenças relativamente à depressão pós-parto residem no início e na prevalência, que neste caso está entre os 0.1%-0.2% (Doucet et al., 2009).

## **2. DEPRESSÃO MATERNA E PATERNA**

Embora o desenvolvimento de sintomas depressivos no processo gravídico ocorra tipicamente na mulher, o homem também pode apresentar um quadro de depressão (Guedes-Silva et al., 2003), pelo que é importante caracterizar a presença do mesmo nos elementos que compõem a díade, separadamente. Assim, e tendo em consideração que os dados apresentados se referem à mulher, será feito um aprofundamento das características da depressão materna e apresentados alguns dados referentes à paterna.

A mulher, durante a gravidez, encontra-se vulnerável e exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social, tornando-se assim propensa a experienciar uma multiplicidade de sentimentos (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nóbrega, 2005). Neste período, a intensidade das alterações psicológicas, resultantes destas exigências, derivará de factores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade (Klein & Guedes, 2008). No que diz respeito aos factores conjugais, por exemplo, a percepção que uma mulher tem do seu relacionamento conjugal, no que concerne à satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do cônjuge, está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto (O'Hara, Rehm & Campbell, 1983 cit. in Pereira, Santos & Ramalho, 1999). Ou seja, quanto menor é o relacionamento e ajustamento conjugal, maior é a sintomatologia depressiva (Whisman, Davila & Goodman, 2011).

A depressão materna está associada com problemas relacionais, envolvimento em comportamentos de risco e efeitos adversos na saúde materna e da criança (Toth, Cicchetti, Rogosch, & Sturge-Apple, 2009; Tronick & Reck, 2009; Weinfeld, Ingerski, & Moreau, 2009; Corwin, Murray-Kolb, & Beard, 2003). No homem, a depressão, na transição para a parentalidade, costuma ter origem num sentimento de exclusão em relação à díade mãe-bebé (Guedes-Silva et al., 2003), contudo não são muito conhecidas as suas causas, devido à falta de investigação. A prevalência da depressão perinatal, nos homens, nos Estados

Unidos da América é de 10%, enquanto a nível internacional se situa entre os 4% e os 25% (Vogel, 2011).

Finalmente, de referir que se considera que existe uma forte correlação entre a depressão materna e paterna (Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray, & Evans, 2008), na medida em que quanto maior o seu nível num elemento, maior será no outro, o que aponta para o carácter recíproco deste processo. Nesta medida, uma boa relação conjugal poderia ser considerada como um factor protector do desenvolvimento de depressão, mais especificamente nas dimensões do suporte relacional e do *coping* (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990).

### **3. PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ**

A intervenção psicológica na gravidez dá-se, sobretudo, numa lógica remediativa e não tanto de prevenção, apesar de ser reconhecida a sua importância no âmbito da prevenção e promoção de saúde mental (Figueiredo, 2001), com repercussões positivas para a saúde mental do próprio bebé. Para além disso, a gravidez parece ser um período privilegiado para a intervenção já que a mulher está envolvida numa rede organizada de cuidados de saúde, estando mais predisposta para tal (Nascimento, 2003).

Permitir o acesso e desenvolver intervenções que possam prevenir a depressão na gravidez considera-se uma necessidade, tendo em consideração o número elevado de mulheres e homens que apresentam níveis clínicos de depressão na transição para a parentalidade (Le, Perry, & Stuart, 2011; Keeton, Peery-Jenkins, & Sayer, 2008). A intervenção de cariz preventivo neste domínio também se mostra importante pela elevada prevalência de sequelas negativas da depressão perinatal para o bem-estar da mãe e da criança, como referido anteriormente.

Diversos estudos demonstraram a pertinência da intervenção preventiva na depressão gestacional e pós-parto, nomeadamente pelos resultados que tiveram de uma diminuição significativa dos níveis e sintomas de depressão.

Com o objectivo da promoção de saúde na gravidez, Klein e Guedes (2008) procuraram perceber a eficácia de uma intervenção psicológica, que consistiu no desenvolvimento de um grupo de suporte constituído por grávidas. Esta intervenção teve um objectivo, de certa forma, abrangente, mas pode considerar-se que poderá ter contribuído para a prevenção da depressão pós-parto, na medida em que partiu do pressuposto que pretendia uma vivência mais equilibrada das emoções e manifestações que ocorrem durante e após a gravidez. Assim, as participantes, no final da intervenção, revelaram sentir-se melhor, com níveis elevados de auto-estima e auto-confiança, tendo desenvolvido comportamentos mais saudáveis e reduzido a ansiedade.

Para a prevenção do desenvolvimento da depressão perinatal, os autores de um estudo (Tandon, Perry, Mendelson, Kemp, & Leis, 2011), adaptaram uma intervenção manualizada, que tem por base o racional da terapia cognitivo-comportamental, que se intitula “The Mothers and Babies Course”, desenvolvida por Muñoz, Ghosh Ippen, Le, Lieberman, Diaz e La Plante (2001, cit. in Tandon et al., 2011). Este curso promove uma gestão saudável do humor, ao ensinar os participantes como aumentar a frequência dos pensamentos e comportamentos que conduzem a estados de humor positivos, através dos seguintes módulos: actividades prazerosas, pensamentos e contacto com os outros. No final da intervenção puderam verificar que existiram melhorias nos sintomas depressivos entre a avaliação *baseline* e 3 meses após a intervenção, com 84% dos participantes do grupo experimental e 41% do grupo de controlo a apresentar melhorias.

Com base no mesmo manual de intervenção cognitivo-comportamental, Le, Perry e Stuart (2011), procuraram avaliar a eficácia do mesmo, numa versão mais breve, numa amostra de latinas consideradas de elevado risco. Concluíram que as mulheres que tiveram oportunidade de participar na intervenção obtiveram menos sintomas depressivos, na avaliação pós-intervenção, do que as que não participaram.

Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard & Sweeney (2006), no seu estudo, desenvolveram uma intervenção preventiva para mulheres que estavam a ser seguidas no serviço público, com os cuidados pré-natais convencionais, e que tinham sido identificadas como estando em risco de depressão pós-parto. Assim, no grupo experimental, associaram aos cuidados pré-natais do serviço público uma intervenção com sessões individuais e de grupo, com o objectivo de prevenir a depressão pós-parto. Concluíram que 20% das mulheres que beneficiavam apenas dos cuidados pré-natais convencionais desenvolveram depressão pós-parto, em contraste com apenas 4% das mulheres que beneficiaram da intervenção.

No estudo realizado por Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein & Howard (2001), cujo principal objectivo era avaliar a eficácia de uma intervenção de grupo, baseada na terapia interpessoal, na diminuição da ocorrência de depressão pós-parto, num grupo de mulheres a serem seguidas no serviço público, foi possível verificar que 33% das mulheres que receberam o acompanhamento convencional desenvolveram depressão pós-parto e que do grupo que sofreu a intervenção, tal aconteceu com nenhuma.

Também com o objectivo de avaliar a eficácia de uma intervenção psico-educativa na prevenção da depressão pós-parto foi desenvolvido um estudo por Lara, Navarro e Navarrete (2010), que avaliava a sintomatologia depressiva em três momentos diferentes (durante a gravidez, às seis semanas de gestação e 4-6 meses após o nascimento). Foi possível verificar que a incidência de depressão *major* nos três períodos de avaliação foi

significativamente menor no grupo que sofreu a intervenção (10.7%) do que no grupo de controlo (25%).

Resumindo, todos estes estudos demonstram que intervenções de cariz preventivo durante o período perinatal são eficazes na prevenção do desenvolvimento de novos casos de depressão perinatal, bem como pós-natal.

### **PSICOTERAPIA COGNITIVA-NARRATIVA**

A experiência tem, por si só, uma natureza eminentemente caótica (Gonçalves, Korman & Angus, 2000; Gonçalves & Fernandes, 1999 cit. in Gonçalves, 2000). Desta forma, a transição para a parentalidade não lhe é exceção, sendo que enquanto momento de *stress*, pode contribuir para tornar a existência ainda mais desorganizada. Nesse sentido, para que seja possível construir uma coerência para esta natureza caótica, os mesmos autores defendem que o indivíduo necessita de organizar a experiência narrativamente.

Ou seja, para tornar a experiência da gravidez e a transição para a parentalidade um período mais organizado e em que se possam construir alternativas poderá recorrer-se a uma intervenção de cariz cognitivo-narrativo. As teorias narrativas e cognitivas permitem um melhor entendimento de como as histórias podem ser utilizadas para ordenar ou representar as experiências, sob a assunção de que há inúmeros processos cognitivos inerentes às narrativas (Tucan, n.d.). As narrativas são consideradas um processo nuclear, tanto psicológico como social, e um conceito que pode ajudar a investigar as ligações entre a experiência, o significado, as estruturas sociais e a cultura (Polkinghorne, 1988). Assim, na linguagem narrativa, a psicoterapia é conceptualizada como a prática linguística da articulação e da reconstrução narrativa (McLeod, 2004).

A narrativa diz respeito à forma como os indivíduos usam a linguagem e está relacionada com vários processos psicológicos, como a memória, emoção, percepção e significados (Angus & McLeod, 2004; Bruner, 2004; Gonçalves, Henriques, & Machado, 2004; McLeod & Balamoutsou, 1996; Neimeyer, 1995; Nye, 1994; Polkinghorne, 2004; Russell & Bryant, 2004; Russell & Wandrei, 1996 cit. in Moreira, Beutler, & Gonçalves, 2008).

Quanto à narrativa importa ter em conta a sua coerência, a complexidade do processo e a diversidade do seu conteúdo. Por outras palavras, há três dimensões centrais a analisar na matriz narrativa: a estrutura narrativa, que diz respeito à forma como os diferentes elementos se ligam para dar coerência ao discurso; o processo narrativo, que inclui a riqueza, qualidade, variedade e complexidade; e o conteúdo narrativo, que se refere à diversidade e multiplicidade. Para tal, há que atender aos processos linguísticos envolvidos na produção do discurso e aos elementos relacionados com a construção da

linguagem, nomeadamente a construção de significados e a interpretação dos acontecimentos (Gonçalves, 2000; Moreira, Beutler & Gonçalves, 2008). A ênfase dada à linguagem justifica-se pelo facto de ser através desta que se constrói intencionalmente a experiência e ainda por representar o meio e o fim do processo terapêutico (Gonçalves, 2000). A narrativa é considerada um processo psicológico e social central, mas também pode ajudar a investigar as ligações entre a experiência, o significado, as estruturas sociais e a cultura (Mishler, 1986; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986 cit. in Avdi & Georgaca, 2007). Por esse motivo, o pressuposto da individualidade na narrativa não é o melhor, já que ignora a natureza interpessoal da produção narrativa (Avdi & Georgaca, 2007), não promovendo que as pessoas recorram ao suporte social (McLeord, 2004; White & Epston, 1990 cit. in Avdi & Georgaca, 2007). Aqui a linguagem ganha de novo importância, uma vez que é no processo conversacional que se constrói a matriz relacional (Gonçalves, 2000). A narrativa pode ser definida como uma forma de significação, que opera de forma *gestáltica*, ou seja, atendendo à noção de totalidade, e que tem em conta a dimensão da temporalidade (Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986; Bruner, 1990; Gergen & Gergen, 1986 cit. in Gonçalves, 2000).

A psicoterapia cognitiva-narrativa tem como pressuposto subjacente a criação de um acto narrativo, em lugar da resolução de um determinado problema. Ou seja, procura a desconstrução do discurso, no sentido de permitir o aumento da sua coerência, complexidade e multiplicidade. A psicoterapia faz-se pela evocação de uma narrativa, com um direccionamento activo do discurso, potenciador da construção de alternativas (Gonçalves, 2000).

Para tal, de acordo com o seu autor, Gonçalves (2000), existem três organizadores temáticos centrais da psicoterapia cognitiva-narrativa: o *desconstructivismo*, a *narratologia* e a *conversação*. O *desconstructivismo* assenta na ideia da multiplicidade do conhecimento associada a uma realidade complexa. Tendo em consideração que, geralmente, os indivíduos adoptam uma atitude simplista, única e absolutista face a si próprios e à realidade, com a desconstrução pretende-se fomentar a criação de uma série de realidades possíveis. O indivíduo é, neste processo, encarado como narrador (*narratividade*), na medida em que é ele quem dá sentido às suas experiências ao longo do discurso, organizando a sua experiência narrativamente. Não é pretendida uma descrição narrativa, mas sim a prescrição de novas atitudes narrativas, mais adaptativas, variadas e flexíveis. As narrativas são co-construídas, através da evolução da *conversação* terapêutica, na qual o terapeuta terá um importante papel no direccionamento narrativo do cliente.

Desta forma, o processo psicoterapêutico é concebido como *um contexto experiencial para a co-construção (i.e., conversações) de múltiplas vocalidades (i.e.,*

*desconstrução) das narrativas vividas no passado, experimentadas no presente e projectadas no futuro (i.e., narratologia) (Gonçalves, 2000).*

O processo terapêutico desenvolve-se ao longo de três fases. A primeira fase, a *recordação*, tem como objectivo a estruturação da narrativa para a organizar em termos de coerência. Em seguida, com a *adjectivação*, pretende-se aumentar o grau de complexidade dos elementos do processo narrativo, diferenciando, através das suas quatro subfases, os seus aspectos sensoriais (*objectivação*), emocionais (*subjectivação emocional*), cognitivos (*subjectivação cognitiva*), e de significação (*metáforização*). Finalmente, com a *projectão* pretende-se a organização dos conteúdos das narrativas (Gonçalves, 2000).

A intervenção cognitiva-narrativa parece ser pertinente ao nível da gravidez, do pós-parto e da depressão, já que permite às grávidas e cônjuges reflectir sobre a transição para a parentalidade, criando uma narrativa que amplie a sua visão acerca do acontecimento e das transformações que acarreta. Um estudo realizado por Lumley (1982), mostra que as mulheres, durante os primeiros três meses da gravidez, descrevem um sentimento de irrealidade em relação à mesma. Estão focadas nos seus próprios corpos e emoções e têm dificuldade em imaginar o feto (cit. in Ammaniti et al., 1992). Segundo Ammantini e colaboradores (1992) é inquestionável a importância das representações da mulher durante a gravidez para o desenvolvimento de uma identidade materna e para a competência materna futura, sendo que os autores referem que, para tal, as mulheres tendem a distanciar-se e a diferenciar-se da imagem das suas mães. Contudo, isto nem sempre acontece, pelo que há que ter em consideração que no domínio das narrativas, há dois conceitos diferentes mas interrelacionados, um relacionado com os conteúdos da representação e outro relacionado com a organização dessas representações, de acordo com os processos mentais conscientes e pré-conscientes (Ammaniti et al., 1992)

Os indivíduos com depressão tendem a usar palavras mais negativas (Rude, Gordtner & Pennebaker, 2004), sendo que analisar as narrativas pode ser útil, ao nível da depressão, já que permite a mudança de significados e ajuda a encontrar significados alternativos para os acontecimentos de vida (Robertson, Venter & Botha, 2005). De facto, Maia (1998), considera que a narrativa construída por estes indivíduos constitui um bom exemplo da elaboração discursiva com que os deprimidos dão sentido à sua experiência. Neste sentido, na perspectiva da narrativa, a psicoterapia é considerada uma prática linguística de articulação e reconstrução da narrativa (McLeod, 2004), que permite criar condições para um aumento da coerência, complexidade e multiplicidade do discurso do sujeito. Daí que a intervenção cognitiva-narrativa seja muito mais voltada para o desenvolvimento do que para a cura (Gonçalves, 2000), que é o que se pretende ao nível da prevenção da depressão materna.

Com base nos conceitos da narrativa, mais concretamente, na psicoterapia cognitiva-narrativa de Gonçalves (2000) e nos conceitos associados à gravidez e à parentalidade, foi desenvolvido um “Manual de Intervenção Narrativa para Gestantes” (Pinheiro, Silva, & Pinheiro, 2008), que será apresentado em detalhe na componente empírica do presente trabalho.

## **INTERVENÇÃO DE CASAL BASEADA NA VINCULAÇÃO**

### **1. VINCULAÇÃO E RELAÇÕES ÍNTIMAS**

A Teoria da Vinculação, apresentada por John Bowlby, surgiu com o intuito de preservar as ideias de Freud acerca da importância das experiências precoces (Crowell, Treboux, & Waters, 2002). Introduzindo porém novos elementos, de cariz desenvolvimental, centrando a sua atenção ao nível da relação mãe-bebé e nas consequências que esta relação tem na criança, especificamente no que diz respeito à sua maturação pessoal e social (Collins & Read, 1990). Desta forma, Bowlby conceptualizou o primeiro relacionamento da criança, como aquele em que esta recorre a um ou alguns adultos (figura de vinculação), geralmente a mãe, para funcionar como base segura para a sua exploração do mundo (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969, 1982; Bretherton, 1985 cit. in Crowell, Treboux, & Waters, 2002). Relativamente à relação mãe-bebé, Bowlby (1969, 1982, 1973) considera que esta tem um carácter de complementaridade, na medida em que o bebé busca proximidade e cuidados que garantam a satisfação das suas necessidades básicas de segurança e protecção e o adulto presta cuidados e está disponível e capaz de atender às solicitações da criança (cit. in Lima, 2009).

A Teoria da Vinculação postula que o modo como o indivíduo interpreta os acontecimentos de vida e determina a forma como vai agir, tendo as suas bases nas expectativas que tem acerca de si próprio, do outro e da relação com o outro, as quais são concebidas na interacção com os pais durante a infância (Bowlby, 1988 cit. in Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006) e outras figuras de vinculação ao longo do ciclo de vida (Faria, Fonseca, Lima, Soares, & Klein, 2007). Neste movimento de exploração que o indivíduo faz ao longo da vida, são criadas expectativas, faz então representações acerca do *self*, das figuras de vinculação e das relações, através dos construtos cognitivo-emocionais dos Modelos Internos Dinâmicos (*Internal Working Models*) (Soares, 2000).

Ao longo do ciclo de vida, as relações de vinculação vão sofrendo alterações, sendo que, enquanto na infância os pais são as figuras principais de vinculação e de base segura, na adolescência e na idade adulta, estas passam a ser os companheiros românticos ou amigos mais íntimos (Hazan & Shaver, 1999). Contudo, é expectável que as representações

da vinculação sejam suficientemente estáveis para explicar os efeitos da experiência precoce no comportamento de vinculação na idade adulta, embora se saiba que estas estão sujeitas a revisões (Crowell, Treboux, & Waters, 2002).

Após esta breve introdução acerca da Teoria da Vinculação, debruçar-nos-emos na vinculação estabelecida ao nível das relações íntimas, na idade adulta, e na forma como esta pode influenciar o vivenciar da gravidez.

De facto, estudos têm mostrado precisamente que o estilo de vinculação interfere na forma como a pessoa vive e na qualidade do relacionamento com pessoas significativas (Feeney, 1999 cit. in Figueiredo et al., 2006). No entanto, é possível que, no vivenciar das relações íntimas, as representações da vinculação sejam modificadas (Bowlby, 1988 cit. in Crowell, Treboux, & Waters, 2002). Isto porque, a relação diádica cria um novo ambiente de prestação de cuidados e proporciona o afastamento físico e psicológico em relação aos pais, o que pode desafiar as anteriores concepções da vinculação (Crowell, Treboux, & Watres, 2002).

Assim, nos casos em que a experiência relacional com a mãe, durante a infância, foi preponderantemente positiva, as relações próximas e o relacionamento conjugal podem contribuir para consolidar estas relações. Contudo, nos casos em que não o tenha sido, estes relacionamentos surgem como uma possibilidade de reestruturação dos modelos relacionais (Canavarro, 2001). A gravidez assume-se como um período que promove que se revise a relação com os pais, quer no passado, quer no presente (Figueiredo, 2005 cit. in Figueiredo et al., 2006), permitindo que esta seja reorganizada, de forma a tornar-se mais coerente e organizada, tornando, assim, a vinculação mais segura (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003 cit. in Figueiredo et al., 2006).

No entanto, há autores que sugerem que a desorganização da vinculação na infância se assume, geralmente, como um factor preditivo de hostilidade na interação com o parceiro/a e de reduzida capacidade de resolução de conflitos na idade adulta (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005 cit. in Lima, 2009). Uma baixa estabilidade das classificações da vinculação, na transição para o casamento, poderá indicar que essa transição é um evento significativo no qual as mudanças representacionais são maximizadas, enquanto que uma grande estabilidade nas classificações da vinculação indicará que as representações dos relacionamentos na infância são resistentes à mudança e, conseqüentemente, ao casamento (Crowell, Treboux, & Waters, 2002).

No que respeita à gravidez, o estilo de vinculação de um indivíduo (Bifulco, Figueiredo, Guedeney, Gorman, Hayes, Muzik, Glatigny-Dallay, Valoriani, Kammerer & Henshaw, 2004) e a qualidade das suas relações significativas, nomeadamente com o companheiro (Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron & Hulsizer, 2000), são factores que influenciam o bem-estar da mulher tanto durante a gravidez, como no pós-parto.

No seu estudo, Figueiredo e colaboradores (2006), a respeito da qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez, concluíram que é possível prever um estilo de vinculação inseguro nos casos em que houve divórcio ou separação parental durante a infância ou adolescência. O estilo de vinculação mostrou ser um bom preditor da qualidade do relacionamento com o companheiro, sendo que um estilo de vinculação inseguro está associado a um relacionamento pobre com o mesmo. Também um estilo de vinculação inseguro está significativamente relacionado com o estado civil (Bifulco et al., 2004).

O estilo de vinculação na idade adulta está ainda relacionado com a depressão (Hammen, Burge, Daley, Davila, Paley, Rudolph, 1995; Gerlsma & Luteijn, 2000; cit. in Bifulco et al., 2004), sendo que ao terem um pior relacionamento com o companheiro (Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006), suporte social pobre e experiências adversas na infância (Muller & Lemieuz, 2000) as mulheres tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos. No estudo de Bifulco e colaboradores (2004), um estilo de vinculação inseguro mostrou estar relacionado com a depressão pós-parto.

Ora, a intervenção de casal surge como pertinente a este nível, já que diminui os conflitos na relação e assim pode diminuir a sintomatologia psicopatológica, como é o caso da depressão. Ao experimentarem emoções, o casal encontra novas características de cada um dos elementos e torna-se mais capaz de desenvolver padrões funcionais de interação, os quais satisfarão as suas necessidades de vinculação. Para além disso, é uma intervenção que pode ter resultados a curto-prazo, que é o que se pretende neste estudo, produzindo mudanças no comportamento e na satisfação da relação (Christensen & Heavey, 1999).

O trabalho empírico, que será exposto de seguida (Parte II), procura, com base nos conceitos da narrativa e da vinculação e relações íntimas, que os indivíduos encontrem significados alternativos para o processo gravídico, bem como que este seja marcado por um melhor relacionamento conjugal.

## **PARTE II.**

### **OBJECTIVOS E METODOLOGIA**

#### **OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Considera-se que o objectivo principal do presente estudo é contribuir para a avaliação do impacto de um programa de intervenção psicoterapêutica, centrado na interacção de casal, em associação com uma intervenção de orientação cognitivo-narrativa, na prevenção da depressão gestacional<sup>1</sup>. Mais concretamente, pretende avaliar a eficácia de duas modalidades de intervenção: intervenção cognitiva-narrativa; e intervenção cognitiva-narrativa, juntamente com a intervenção de casal baseada na vinculação.

O estudo pretende ainda identificar a presença de indicadores de depressão *baseline*, bem como compará-la entre homens e mulheres. Um outro objectivo, será identificar em que medida a vivência psicológica da gravidez se associa aos indicadores de depressão (*baseline*).

Os objectivos do estudo podem ser sintetizados nas seguintes questões de investigação:

- a) Será o programa de intervenção psicoterapêutica desenvolvido eficaz na prevenção da depressão gestacional?
- b) A intervenção cognitiva-narrativa e a intervenção de casal baseada na vinculação, juntas, serão mais eficazes do que a intervenção cognitiva-narrativa?
- c) Quais os níveis de depressão *baseline*?
- d) Existirá diferença entre os níveis de depressão *baseline*, entre homens e mulheres?
- e) De que modo a vivência psicológica da gravidez se encontra associada à sintomatologia depressiva?

#### **METODOLOGIA**

##### **1. PARTICIPANTES**

Como critérios de inclusão dos participantes definiram-se díades heterossexuais, cujos elementos fossem maiores de idade e estivessem a experienciar um processo gravídico. Quando ao tempo gestacional, este tinha que ser entre as 20 e as 23 semanas. A amostra é uma amostra de conveniência, dividida equitativamente em três grupos: o grupo de controlo; o grupo experimental 1, que apenas beneficiou da intervenção cognitiva-

---

<sup>1</sup> No âmbito do projecto “Gravidez e depressão pós-parto: O papel da intervenção cognitiva narrativa e da intervenção de casal baseada na vinculação”

narrativa; e o grupo experimental 2, que foi sujeito à intervenção cognitiva-narrativa, em associação com a intervenção de casal baseada na vinculação.

Os participantes deste estudo são seis casais heterossexuais, cujas características se encontram apresentadas na Tabela 1. A idade média dos sujeitos é de 31,5 anos, com 58,3% da amostra a situa-se no intervalo entre os 30 e os 34 anos. Relativamente às habilitações literárias, 16,7% dos participantes completou o ensino secundário, 75% é licenciado e 8,3% tem o mestrado.

Tabela 1

*Caracterização dos indivíduos*

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	De 20 a 24 anos	1	8,3
	De 25 a 29 anos	2	16,7
	De 30 a 34 anos	7	58,3
	De 35 a 39 anos	2	16,7
<b>Habilitações literárias</b>	Ensino secundário	2	16,7
	Licenciatura	9	75
	Mestrado	1	8,3

No que respeita à caracterização da relação dos participantes, todos eles se encontram na relação íntima há mais de 1 ano e em regime de coabitação há mais de 6 meses. Relativamente ao tipo de relação, 33,3% estão em união de facto e 66,7% são casados. Quanto ao sistema filial, 66,7% dos sujeitos não tem filhos e 33,3% já tem filhos.

Tabela 2

*Caracterização da relação*

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de relação</b>	União de facto	4	33,3
	Casamento	8	66,7
<b>Filhos</b>	Sem filhos	8	66,7
	Com filhos	4	33,3

Como é possível verificar na tabela 3, a duração total da relação destes participantes varia bastante, com relações já longas e outras mais recentes.

Tabela 3

*Caracterização da duração total da relação, por casal*

<b>Casal</b>	<b>Duração total da relação</b>
Casal 1	11 anos
Casal 2	1 ano e 5 meses
Casal 3	1 ano e 10 meses
Casal 4	6 meses
Casal 5	12 anos
Casal 6	10 anos e 5 meses

## **2. INSTRUMENTOS**

De seguida são apresentados os instrumentos utilizados neste trabalho de investigação.

### **Ficha de Identificação e Caracterização do Casal**

Com o objectivo de obter dados acerca dos indivíduos que participaram no estudo e realizar a descrição das suas características, foi elaborada uma Ficha de Identificação e Caracterização do Casal. Esta consiste num breve questionário preenchido pelo casal, que tem como intuito a caracterização sócio-demográfica de cada elemento da díade, bem como da relação. Os itens contemplados são idade, habilitações literárias, profissão, tipo e duração da relação, tempo de coabitação e número de filhos (ANEXO 1).

### **Avaliação da sintomatologia depressiva**

***Beck Depression Inventory*** (Beck, Ward, Mendhelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

É um questionário de auto-relato constituído por 21 grupos de afirmações e que avalia sintomas e atitudes, numa escala que varia entre 0 e 3 pontos. O indivíduo deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação. Os itens incluem tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, perturbações do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (Gorestein & Andrade, 1998). A cotação do instrumento,

além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: não deprimido; estados depressivos leves; depressão moderada; e depressão grave (ANEXO 2).

### **Avaliação da vivência psicológica da gravidez**

A vivência da gravidez traduz-se no comportamento de quem espera ter um filho, pelo que pode ser avaliada através das atitudes o subjazem. Neste sentido, Xavier, Paúl & Sousa (1998) desenvolveram a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) e Xavier e Caeiro (2010), a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP). Nestas, as atitudes são entendidas como “predisposições para responder a um conjunto de estímulos com base em certas categorias de respostas definidas como afectivas (sentimentos e preferências), cognitivas (opiniões e crenças) e comportamentais (acções ou declarações de intenções)” (Eiser, 1980 cit. in Xavier, Paúl, & Sousa, 1998) (ANEXO 3).

### **Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Xavier, Paul & Sousa, 1998)**

É uma escala que tem como objectivo avaliar as atitudes de mulheres grávidas, em relação à gravidez e à maternidade. Esta escala de auto-administração é constituída por 42 itens – respondidos através de uma escala de tipo *Likert* de quatro pontos (1- “sempre”; 2- “muitas vezes”; 3- “poucas vezes”; 4-“nunca”). Organiza-se em torno de 7 dimensões ou sub-escalas: “O Filho Imaginado”, “Boa Mãe”, “Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal”, “Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade”, “Relação com a Própria Mãe”, “Apoio do Marido/Companheiro”, “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”. De salientar que, de acordo com a escala, em todas as dimensões, atitudes mais positivas, correspondem a valores mais baixos, exceptuando a dimensão “Aspectos difíceis da Gravidez/Maternidade”, em que atitudes mais positivas, correspondem a valores mais elevados. O tempo de administração é de aproximadamente 15 a 20 minutos (Xavier & Paúl, 1996).

### **Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade (EAGP) (Xavier & Caeiro, 2010)**

Este instrumento visa avaliar as atitudes sobre a gravidez e parentalidade dos homens que vão ser pais. É uma escala de auto-preenchimento de tipo *Likert* de quatro pontos (1- “sempre”; 2- “muitas vezes”; 3- “poucas vezes”; 4-“nunca”), constituída por 76 itens, que se organizam em 8 dimensões ou sub-escalas: “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Parentalidade”, “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida e o Bebê”, “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”, “Preocupações e Necessidade de Apoio”, “Antecipação de Satisfação e Gratificação”, “Antecipação de

Dificuldades no Período Pós-natal”, “Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez”, “Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher”.

Valores mais elevados correspondem a atitudes mais positivas nas dimensões “Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar”, “Preocupações e Necessidade de Apoio”, Antecipação de Dificuldades no Período Pós-natal”, “Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez” e “Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher”. Pelo contrário, nas restantes escalas, valores mais baixos, correspondem a atitudes mais positivas (Xavier & Caeiro, 2010, versão para estudo cedida pelos autores).

## **PROCEDIMENTOS**

### **1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E DE INTERVENÇÃO**

Para a obtenção de participantes para o estudo procedeu-se ao estabelecimento de contactos formais e informais, procurando assim sujeitos disponíveis para colaborar na investigação. Neste momento, foram-lhes garantidos a confidencialidade e o anonimato. À medida que foram sendo obtidas respostas positivas, foi sendo iniciado o processo de recolha de dados, bem como a intervenção. O processo de recolha de dados e de intervenção decorreu de Janeiro a Maio de 2012, em casa dos participantes e no Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis.

Num primeiro momento, entre a 20<sup>a</sup> e a 23<sup>a</sup> semanas de gestação, foi administrado a ambos os elementos do casal o instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva (BDI), de avaliação da vivência psicológica da gravidez (EAGM à mãe e EAGP ao pai) e a ficha de identificação e caracterização do casal.

Entre a 20<sup>a</sup> e a 30<sup>a</sup> semana, decorreu a intervenção cognitiva-narrativa (4 sessões) com um dos grupos de sujeitos, e a realização da intervenção cognitiva-narrativa (4 sessões) e da intervenção de casal baseada na vinculação (3 sessões) com o outro grupo.

A intervenção cognitiva-narrativa é realizada com base no “Manual de Intervenção Narrativa para Gestantes” (Pinheiro, Silva, & Pinheiro, 2008). A intervenção contempla quatro sessões, cada uma delas organizada de acordo com as fases do processo terapêutico (recordação, objectivação, subjectivação, metaforização e projecção) e a abordar um momento do processo gravídico: notícia da gravidez, gravidez, parto e chegada do bebé. Estão assim presentes o passado, o presente e o futuro. As sessões são realizadas, individualmente, com cada um dos pais, que têm diferentes terapeutas. Passa-se, então a descrever sucintamente o funcionamento das sessões, de acordo com a sua estrutura, já que todas seguem as mesmas fases.

Assim, solicita-se aos indivíduos que procedam à *recordação*, no caso da notícia da gravidez e da gravidez ou à *imaginação*, quanto ao parto e à chegada do bebé. Os acontecimentos em questão são abordados com questões que elicitam informações acerca

do contexto, da sequência de acontecimentos e dos resultados (e.g. “Fale-me um pouco de como tudo se passou?”, “Onde estava/está?”, “Como é que tudo acontece?”), de um modo a que estes sejam abordado de uma forma coerente.

Em seguida, na *objectivação*, é solicitado que, do acontecimento em si (notícia da gravidez, gravidez, parto ou chegada do bebé), escolham o episódio/cena que teve maior impacto, descrevendo-o em termos dos aspectos visuais, auditivos, olfactivos, gustativos e das sensações físicas.

Estes aspectos são sumarizados e inicia-se a *subjectivação*, com o sujeito a centrar-se nas dimensões físicas da experiência; a associar a experiência emocional às diferentes sensações físicas identificadas; e a associar pensamentos às emoções evocadas.

Depois, encoraja-se o indivíduo a atribuir uma metáfora (*metáforização*) que represente o significado central do episódio, sendo explorado esse significado, bem como o que outros poderiam atribuir-lhe (e.g. “Imagina qual seria o título que outras pessoas escolheriam para essa situação?”).

Finalmente, na *projectção*, explora-se a relação entre os acontecimentos abordados e outras histórias de vida, bem como entre a narrativa do próprio e outras, quer sejam reais ou fictícias. Termina-se questionando se o trabalho desenvolvido na sessão pode ser útil para outros acontecimentos de vida do sujeito e quais as implicações da narrativa construída, para o futuro (“Em que medida é que a exploração deste episódio pode ajudá-lo(a) a ver, sentir, pensar e experimentar as coisas de um modo diferente no futuro?”).

Na última sessão, o terapeuta faz um resumo das mudanças narrativas ao longo das quatro sessões, ou seja, da evolução do sujeito. Neste, procura demonstrar em que medida o sujeito é capaz de encarar os acontecimentos de uma forma mais ampla, reconhecendo que existem diferentes formas de encarar uma mesma situação, quando se para para a analisar.

A intervenção de casal baseada na vinculação é constituída por três sessões, as quais passam a ser descritas.

Na primeira sessão é realizada a *Couple Interaction Task – CIT*, desenvolvida por Collins, Hennighausen, Madsen & Roisman (1998). Trata-se da realização de tarefas desafiantes e activadoras do sistema de vinculação, organizadas em dois momentos distintos. Num primeiro momento, o casal deve seleccionar de entre uma lista de possíveis problemas na relação, o aspecto sobre o qual mais discordam. Após o terem seleccionado, é-lhes solicitado que conversem sobre o problema durante 10 minutos, apresentando, cada um dos elementos do casal, a sua posição face ao mesmo e procurando resolver o conflito de um modo que resulte satisfatório para ambos. Num segundo momento, é solicitado ao casal que coopere na descrição do que para consideram que seria uma relação ideal ou um casal perfeito, descentrando-se, assim, da sua própria relação. Esta tarefa é realizada com

recurso a 45 descritores que deverão, por metodologia de Q-sort, ser distribuídos em 3 categorias: caracteriza bem (um casal ideal); não caracteriza bem nem mal (um casal ideal); e caracteriza muito bem (um casal ideal). No final da sessão é solicitado, como tarefa a desenvolver durante a semana, ao casal que identifique situações em que realizaram o acordado, ou seja, em que tenham posto em prática a solução que, em conjunto, avançaram para a resolução da situação problemática identificada.

A *CIT* é gravada em registo de vídeo e a sua cotação envolve a análise de comportamentos partilhados de expressão e regulação de afecto, negociação e resolução de conflitos e comportamentos característicos de relações de vinculação (base segura, solicitação ou prestação de cuidados) (Lima, 2009). Para tal, são utilizadas dez escalas, a saber: Afecto Positivo Diádico, Afecto Negativo Diádico, Raiva, Hostilidade, Resolução de Conflito, Base Segura, Equilíbrio Assertividade/Auto-Retraimento, Equilíbrio Indivíduo/Relação, Equilíbrio Relação/Mundo e, para uma avaliação geral, a escala Qualidade da Interacção. As escalas são cotadas numa classificação que oscila entre os 5 e os 7 valores (ANEXO 4). Neste estudo, a *CIT* foi cotada por um juiz devidamente creditado para tal, identificando as dimensões em que cada casal apresentava maior dificuldade e maior competência.

A avaliação da vinculação no contexto das relações íntimas, pode ser feita pela via representacional ou interaccional, sendo que a *CIT* se baseia na segunda modalidade. Através da realização de tarefas desafiantes é possível avaliar os comportamentos diádicos tanto no que respeita a comportamentos de expressão e regulação de afecto, negociação e resolução de conflitos, como a comportamentos específicos de vinculação no que concerne à existência de uma base segura, de prestação ou pedido de cuidados (Lima, 2009). Nestas tarefas é pedida ao casal a discussão de um aspecto problemático (Collins & Feeney, 2000; Roisman, Madsen, Henninghausen, Sroufe & Collins, 2001; Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan & Waters, 2002), activando assim o sistema de vinculação.

A investigação no domínio das relações de vinculação realizada com recurso a estas medidas observacionais tem como principal foco de atenção o equilíbrio entre o comportamento do sujeito, o impacto desse comportamento no outro e o seu significado específico e partilhado, e não tanto a frequência dos comportamentos específicos (Lima, 2009).

Na segunda sessão é, num primeiro momento, feita a avaliação da tarefa proposta no final da primeira sessão. É solicitado ao casal que partilhe os momentos em que realizaram o acordado e como se sentiram nesses momentos. Num segundo momento, individualmente, e com base na cotação da *CIT*, é feita uma devolução individual dos principais resultados e proposta uma nova tarefa, também individual. Esta consiste em dar continuidade à dimensão cotada mais positivamente na *CIT* e realizar mudanças

relativamente àquela que foi cotada mais negativamente. Para tal, são propostas estratégias específicas e pede-se ao sujeito que as ponha em prática e que registre as situações em que tal sucedeu.

Na terceira e última sessão, é solicitado ao casal que partilhe as situações em que realizou o proposto, focando o modo como se sentiram ao fazê-lo, individualmente e como casal. Em jeito de conclusão do processo, são identificados pelo casal os ganhos que consideram ter alcançado, quer individualmente, quer enquanto díade e qual o impacto da intervenção no futuro papel de pais.

Na 32ª semana de gestação foi solicitado, de novo, o preenchimento do BDI e da EAGM à mãe e EAGP ao pai.

## **2. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS**

Para responder aos objectivos do estudo, recorreu-se à metodologia de estudo de casos múltiplos utilizando um desenho do tipo pré-pós. Esta opção resultou do facto de o número de participantes ser reduzido e de estes estarem divididos em três grupos, com uma avaliação feita em dois momentos.

Assim, para tornar mais compreensível a compreensão dos dados da avaliação da vivência psicológica da gravidez (EAGM e EAGP) e da diferença entre a primeira e a segunda avaliação, seguiu-se a proposta de Vaz Serra (1995), calculando-se para cada pontuação obtida o seu afastamento em relação à média em unidades de desvio-padrão. A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$(pontuação\ obtida - média) / DP$$

Este cálculo permite perceber se os resultados estão dentro da média, abaixo ou acima da mesma. Consideram-se estas duas últimas possibilidades quando o valor obtido na fórmula apresentada for inferior ou superior a um desvio-padrão face à média.

No caso do BDI, não será utilizada esta fórmula, mas sim a classificação da sintomatologia depressiva correspondente aos totais obtidos: não deprimido (0-9 pontos); estados depressivos leves (10-20 pontos); depressão moderada (21-30 pontos); e depressão grave (pontuação global superior a 30 pontos).

### **PARTE III**

#### **RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

### **RESULTADOS**

Tendo em consideração que o presente estudo se trata de um estudo de caso múltiplo, no qual os participantes se encontram divididos em três grupos e em que a avaliação é feita em dois momentos, os resultados serão apresentados em duas fases distintas.

Num primeiro momento será realizada uma análise descritiva de cada grupo de sujeitos (grupo de controlo; grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa; e grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa e intervenção de casal baseada na vinculação). Num segundo momento, realizar-se-á uma análise que compreenda uma comparação entre os resultados obtidos pelos indivíduos dos diferentes grupos.

#### **1. GRUPO DE CONTROLO**

##### **Primeiro e segundo momento de avaliação**

Num primeiro momento será feita uma descrição dos resultados da avaliação da sintomatologia depressiva, analisando os resultados obtidos no BDI. Posteriormente serão apresentados os resultados relativos à vivência psicológica da gravidez, tanto relativos aos elementos femininos como masculinos das díades pertencentes ao grupo de controlo.

Na tabela 4 são apresentados os resultados do grupo não sujeito a intervenção nos dois momentos de avaliação da sintomatologia depressiva.

Tabela 4

*Avaliação da Sintomatologia Depressiva, no Momento 1 e Momento 2*

			<b>PB</b> <b>Momento 1</b> <b>(baseline)</b>	<b>Classificação</b>	<b>PB</b> <b>Momento 2</b>	<b>Classificação</b>
<b>BDI</b>	<b>Mulheres</b>	Casal 1	5	Não deprimido	6	Não deprimido
		Casal 2	2	Não deprimido	7	Não deprimido
	<b>Homens</b>	Casal 1	5	Não deprimido	10	Estado depressivo leve
		Casal 2	5	Não deprimido	1	Não deprimido

PB = Pontuação bruta

No primeiro momento de avaliação, nenhum dos sujeitos apresentava um quadro depressivo, segundo a classificação do BDI (Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões,

Rijo, Quartilho, Paredes, & Vaz Serra, 2008), tendo todos eles pontuado com valores relativamente baixos. Contudo, na avaliação realizada na 32ª semana de gestação, um indivíduo do sexo masculino teve um agravamento da sintomatologia depressiva, passando a enquadrar um estado depressivo leve. Os elementos femininos dos casais aumentaram a pontuação obtida no BDI (em 1 e 4 pontos), ao contrário do homem do casal 2, que obteve valores mais baixos na segunda avaliação.

Na tabela 5 são apresentados os resultados da EAGM, das mulheres do grupo de controlo.

Tabela 5

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, no Momento 1 e Momento 2*

Sub-escalas EAGM	Média Pop.	dp Pop	PB		dp		
			Momento 1	Momento 2	Relação Média Pop.	Relação Média Pop.	
O Filho Imaginado	11,56	2,93	Casal 1	15	+1,174	17	+1,856
			Casal 2	14	+0,832	11	-0,191
Boa mãe	20,09	3,87	Casal 1	23	+0,751	21	+0,235
			Casal 2	21	+0,235	18	-0,540
Grav. c/o factor de mudança/crescimento pessoal	12,32	3,47	Casal 1	9	-0,956	8	-1,244
			Casal 2	10	-0,668	9	-0,956
Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	23,09	3,72	Casal 1	27	+1,051	23	-0,024
			Casal 2	21	-0,561	19	-1,099
Relação com a própria mãe	6,48	2,03	Casal 1	8	+0,748	8	+0,748
			Casal 2	6	-0,236	5	-0,729
Apoio do marido/companheiro	5,79	1,70	Casal 1	7	+0,711	6	+0,123
			Casal 2	5	-0,464	4	-1,052
Imagem corporal e necessidade de dependência	8,71	2,34	Casal 1	10	+0,551	9	+0,123
			Casal 2	8	-0,303	7	-0,730

PB = Pontuação bruta  
dp = Desvio-padrão

Na mulher do casal 1, na primeira avaliação, da 20ª-23ª semana, os valores obtidos nas diferentes sub-escalas situaram-se maioritariamente de acordo com os da média da população de referência (“Boa mãe”, “Gravidez como factor de mudança / crescimento pessoal”, “Relação com a própria mãe”, “Apoio do marido / companheiro” e “Imagem corporal e necessidade de dependência”). Apenas nas dimensões “O filho imaginado” e “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade” apresenta uma pontuação um pouco superior

em relação à média e às restantes dimensões. Na avaliação posterior, à 32ª semana de gestação, a sub-escala “O filho imaginado” continua a apresentar valores elevados, contudo a pontuação dos “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade” passou a estar de acordo com a da média e a gravidez a ser mais considerada enquanto factor de mudança / crescimento pessoal. Os valores das restantes mantiveram-se na média.

Já a mulher do casal 2, na primeira avaliação, obteve uma pontuação de acordo com aquelas que foram apresentadas pela média da população. No entanto, no segundo momento de avaliação, deu um pouco mais de ênfase aos “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade” e reconheceu um maior “Apoio do marido / companheiro”.

Relativamente aos dados da EAGP, do grupo de controlo, estes são apresentados na tabela 6.

Tabela 6

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, no Momento 1 e Momento 2*

Sub-escalas EAGP	Média Pop.	dp Pop.		PB Momento 1	dp		dp Relação Média Pop.
					Relação Média Pop.	PB Momento 2	
Mudanças positivas assoc. à gravidez/paternidade	14,15	4,336	Casal 1	20	+1,349	20	+1,349
			Casal 2	14	-0,034	9	-1,187
Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé	18,62	4,250	Casal 1	19	+0,089	18	-0,145
			Casal 2	14	-1,087	12	-1,557
Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	14,52	4,610	Casal 1	13	-0,329	10	-0,980
			Casal 2	19	+0,971	12	-0,546
Preocupações e necessidades de apoio	26,01	5,676	Casal 1	28	+0,350	25	-0,177
			Casal 2	25	-0,177	25	-0,177
Antecipação de satisfação e gratificação	10,26	2,894	Casal 1	12	+0,601	13	+0,946
			Casal 2	8	-0,780	7	-1,126
Antecipação de dific. no período pós-natal	18,09	3,353	Casal 1	17	-0,325	20	+0,569
			Casal 2	26	+2,359	26	+2,359
Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez	13,59	2,157	Casal 1	13	-0,273	14	+0,190
			Casal 2	14	+0,190	14	+0,190
Ciúmes do bebé e/ou da mulher	7,78	0,611	Casal 1	8	+0,360	7	-1,276
			Casal 2	8	+0,360	8	+0,360

PB = Pontuação bruta  
dp = Desvio-padrão

Na primeira avaliação, o homem do casal 1 teve pontuações brutas nas dimensões “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebê”, “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Preocupações e necessidades de apoio”, “Antecipação de satisfação e gratificação”, “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”, “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez” e “Ciúmes do bebê e/ou da mulher”, que estão de acordo com aquelas que foram apresentadas pela média da população de referência. Apenas na sub-escala “Mudanças positivas associadas à gravidez / paternidade” obteve uma pontuação que se situa acima da média e que se manteve igual na segunda avaliação. Nesta avaliação da 32ª semana, das restantes dimensões, que anteriormente se encontravam na média, apenas a “Ciúmes do bebê e/ou da mulher” registou valores que estão abaixo dos apresentados pela população de referência.

O elemento masculino do casal 2 obteve, na primeira avaliação, uma pontuação que se situa abaixo da média na sub-escala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebê” e acima da média em “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”. Nas restantes dimensões, os valores que obteve encontram-se de acordo com a média da população. Na segunda avaliação, os valores mantiveram-se semelhantes, à excepção das dimensões “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebê” e “Antecipação de satisfação e gratificação”, nas quais os valores passaram a estar abaixo da média.

## 2. GRUPO SUJEITO À INTERVENÇÃO COGNITIVA NARRATIVA

### Avaliação Pré e Pós Intervenção

Tal como previamente, começa-se por apresentar os resultados ao nível da sintomatologia depressiva, seguidos dos respeitantes à vivência psicológica da gravidez.

Assim, na tabela 7, são apresentados os dados relativamente à avaliação da sintomatologia depressiva, no grupo que foi alvo da intervenção cognitiva-narrativa.

Tabela 7

#### *Avaliação da Sintomatologia Depressiva, Pré e Pós Intervenção*

			<b>PB</b> <b>Momento 1</b> <b>(Pré)</b>	<b>Classificação</b>	<b>PB</b> <b>Momento 2</b> <b>(Pós)</b>	<b>Classificação</b>
BDI	Mulheres	Casal 3	2	Não deprimido	8	Não deprimido
		Casal 4	9	Não deprimido	10	Estado depressivo leve
	Homens	Casal 3	0	Não deprimido	0	Não deprimido
		Casal 4	17	Estado depressivo leve	10	Estado depressivo leve

PB = Pontuação bruta

Na avaliação *baseline*, apenas um indivíduo do sexo masculino apresentava um quadro de depressão, classificado como “estado depressivo leve” (Cf. Tabela 6). Entre os dois momentos de avaliação, ou seja, pré e pós intervenção, verificou-se que na 2ª avaliação as duas mulheres obtiveram pontuações mais elevadas no inventário, em relação à 1ª avaliação, com uma delas a obter a classificação de estado depressivo leve. Relativamente aos homens, um deles manteve a pontuação nula que tinha obtido na 1ª avaliação e o sujeito que apresentou, nessa avaliação, um estado depressivo leve, manteve-o, embora com uma diminuição da pontuação de 7 pontos.

No que respeita à EAGM, os resultados obtidos pelas mulheres antes e após a intervenção cognitiva-narrativa estão sintetizados na tabela 8.

Tabela 8

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, Pré e Pós Intervenção*

Sub-escalas EAGM	Média Pop.	dp Pop	PB		dp		
			Momento 1 (Pré)	Relação Média Pop.	Momento 2 (Pós)	Relação Média Pop.	
O Filho Imaginado	11,56	2,93	Casal 3	8	-1,215	7	-1,556
			Casal 4	12	+0,150	9	-0,873
Boa mãe	20,09	3,87	Casal 3	21	+0,235	24	+1,010
			Casal 4	19	-0,281	21	+0,235
Grav. c/o factor de mudança/crescimento pessoal	12,32	3,47	Casal 3	10	-0,668	8	-1,244
			Casal 4	8	-1,244	7	-1,533
Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	23,09	3,72	Casal 3	30	+1,857	32	+2,395
			Casal 4	21	-0,561	21	-0,561
Relação com a própria mãe	6,48	2,03	Casal 3	4	-1,221	4	-1,221
			Casal 4	9	+1,241	8	+0,748
Apoio do marido/companheiro	5,79	1,70	Casal 3	4	-1,052	4	-1,052
			Casal 4	5	-0,464	6	+0,123
Imagem corporal e necessidade de dependência	8,71	2,34	Casal 3	11	+0,978	10	+0,551
			Casal 4	10	+0,551	9	+0,123

PB = Pontuação bruta

dp = Desvio-padrão

Nos resultados obtidos pelo elemento feminino do casal 3 na avaliação pré-intervenção cognitiva narrativa, é possível verificar que há dimensões nas quais esta apresentou resultados mais baixos do que a média da população (“O filho imaginado”, “Relação com a própria mãe” e “Apoio do marido / companheiro”) e mais elevados do que a

mesma, como é o caso dos “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”. Contudo, todos eles indiciam uma visão mais positiva da gravidez e maternidade. Nas restantes sub-escalas, os valores obtidos encontram-se de acordo com a média da população de referência. Na avaliação pós-intervenção, este elemento manteve os mesmos valores nas dimensões “Relação com a própria mãe” e “Apoio do marido / companheiro”. Nas sub-escalas “O filho imaginado” e “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, manteve-se acima e abaixo da média, respectivamente, afastando-se um pouco mais da mesma. Noutras duas dimensões, cujos valores se encontravam na média, na primeira avaliação, passou a estar acima da mesma (“Boa mãe”) e abaixo (“Gravidez como factor de mudança / crescimento pessoal”). A “Imagem corporal e necessidade de dependência” foi a única dimensão que permaneceu com os valores dentro da média da população, entre os dois momentos.

O elemento feminino do casal 4, na primeira avaliação, atribuiu às dimensões “O filho imaginado”, “Boa mãe”, “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, “Apoio do marido / companheiro” e “Imagem corporal e necessidade de dependência” valores que se encontram concordantes com os da média. Nesta avaliação, este elemento apresenta na sub-escala “Gravidez como factor de mudança / crescimento pessoal” uma pontuação que a coloca abaixo da média e na “Relação com a própria mãe” a pontuação obtida está acima da média. Ainda no que respeita a estas duas dimensões, na avaliação pós-intervenção, a mulher do casal 4 obteve valores semelhantes, na primeira, e passou para valores de acordo com a média, na segunda. Os resultados obtidos nas restantes dimensões, à semelhança da primeira avaliação, estiveram de acordo com os níveis médios apresentados pela população.

Na tabela 9 são apresentados os resultados da avaliação da vivência psicológica da gravidez, dos elementos masculinos sujeito à intervenção cognitiva-narrativa.

Tabela 9

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, Pré e Pós Intervenção*

Sub-escalas EAGP	Média Pop.	dp Pop.		PB	dp	PB	dp
				Momento 1 (Pré)	Relação Média Pop.	Momento 2 (Pós)	Relação Média Pop.
Mudanças positivas assoc. à gravidez/paternidade	14,15	4,336	Casal 3	12	-0,495	10	-0,957
			Casal 4	12	-0,495	11	-0,726
Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé	18,62	4,250	Casal 3	11	-1,792	14	-1,087
			Casal 4	21	+0,56	22	+0,795
Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	14,52	4,610	Casal 3	16	+0,321	15	+0,104
			Casal 4	12	-0,546	11	-0,763
Preocupações e necessidades de apoio	26,01	5,676	Casal 3	28	+0,350	31	+0,879
			Casal 4	24	-0,354	24	-0,354
Antecipação de satisfação e gratificação	10,26	2,894	Casal 3	8	-0,780	9	-0,435
			Casal 4	15	+1,637	14	+1,292
Antecipação de difíc. no período pós-natal	18,09	3,353	Casal 3	22	+1,166	22	+1,166
			Casal 4	18	-0,026	19	+0,271
Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez	13,59	2,157	Casal 3	16	+1,117	16	+1,117
			Casal 4	13	-0,273	12	-0,737
Ciúmes do bebé e/ou da mulher	7,78	0,611	Casal 3	8	+0,360	8	+0,360
			Casal 4	8	+0,360	8	+0,360

PB = Pontuação bruta

dp = Desvio-padrão

O homem do casal 3 registou, na avaliação pré-intervenção cognitiva narrativa, uma pontuação que está de encontro com a da média da população de referência nas dimensões “Mudanças positivas associadas à gravidez / paternidade”, “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Preocupações e necessidades de apoio”, “Antecipação de satisfação e gratificação” e “Ciúmes do bebé e/ou da mulher”. Na sub-escala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé” pontuou com valores abaixo da média e em “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” e “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez”, acima da média. Após a intervenção, o indivíduo obteve resultados semelhantes aos da primeira avaliação em todas as dimensões.

O elemento masculino do casal 4, na primeira avaliação, obteve uma pontuação classificada como estando dentro da média da população em todas as sub-escalas, excepto na “Antecipação de satisfação e gratificação”, na qual os valores obtidos se encontram acima da média. O mesmo aconteceu na avaliação à 32<sup>a</sup> semana de gestação, em toda as dimensões.

### 3. GRUPO SUJEITO À INTERVENÇÃO COGNITIVA NARRATIVA E INTERVENÇÃO DE CASAL BASEADA NA VINCULAÇÃO

#### Avaliação Pré e Pós Intervenção

Seguindo o mesmo racional da apresentação de resultados dos outros grupos de sujeitos, começa-se por apresentar os da sintomatologia depressiva, seguidos dos respeitantes à vivência psicológica da gravidez.

Na tabela 10 são apresentados os resultados do grupo sujeito à intervenção cognitiva-narrativa e de casal, nos dois momentos de avaliação da sintomatologia depressiva.

Tabela 10

*Avaliação da Sintomatologia Depressiva, Pré e Pós Intervenção*

			PB	Classificação	PB	Classificação
			Momento 1 ( <i>baseline</i> )		Momento 2	
<b>BDI</b>	<b>Mulheres</b>	Casal 5	8	Não deprimido	8	Não deprimido
		Casal 6	4	Não deprimido	5	Não deprimido
	<b>Homens</b>	Casal 5	3	Não deprimido	0	Não deprimido
		Casal 6	3	Não deprimido	1	Não deprimido

PB = Pontuação bruta

Os sujeitos não apresentam valores clinicamente significativos, nem na avaliação pré-intervenção, nem na pós-intervenção. No segundo momento de avaliação, quanto aos elementos femininos das díades, um dos elementos manteve a pontuação no BDI e outro registou um aumento de apenas um ponto. Ambos os homens obtiveram valores mais baixos na segunda avaliação, com destaque para o do casal 5, que pontuou de forma nula.

A pontuação obtida na EAGM, pelas mulheres do grupo sujeito às duas modalidades de intervenção, tanto antes como após a intervenção, estão sistematizados na tabela 11.

Tabela 11

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, Pré e Pós Intervenção*

Sub-escalas EAGM	Média Pop.	dp Pop	PB		dp		
			Momento 1 (Pré)	Relação Média Pop.	Momento 2 (Pós)	Relação Média Pop.	
O Filho Imaginado	11,56	2,93	Casal 5	13	+0,491	15	+1,174
			Casal 6	8	-1,215	7	-1,556
Boa mãe	20,09	3,87	Casal 5	28	+2,043	26	+1,527
			Casal 6	16	-1,056	14	-1,573
Grav. c/o factor de mudança/crescimento pessoal	12,32	3,47	Casal 5	15	+0,772	18	+1,636
			Casal 6	6	-1,812	6	-1,821
Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	23,09	3,72	Casal 5	23	-0,024	24	+0,244
			Casal 6	27	+1,051	24	+0,244
Relação com a própria mãe	6,48	2,03	Casal 5	5	-0,729	7	+0,256
			Casal 6	4	-1,221	4	-1,221
Apoio do marido/companheiro	5,79	1,70	Casal 5	5	-0,464	8	+1,3
			Casal 6	4	-1,052	4	-1,052
Imagem corporal e necessidade de dependência	8,71	2,34	Casal 5	10	+0,551	11	+0,978
			Casal 6	6	-1,158	7	-0,730

PB = Pontuação bruta

dp = Desvio-padrão

Na avaliação anterior à intervenção cognitiva narrativa e de casal, a mulher do casal 5 obteve uma pontuação de acordo com a média da população nas dimensões “O filho imaginado”, “Gravidez como factor de mudança / crescimento pessoal”, “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, “Relação com a própria mãe”, “Apoio do marido / companheiro” e “Imagem corporal e necessidade de dependência”. Na sub-escala “Boa mãe”, a mulher apresenta valores muito superiores à média. Já na avaliação pós- intervenção, esta mulher apresenta pontuações acima da média em várias dimensões: “O filho imaginado”, “Boa mãe”, “Gravidez como factor de mudança / crescimento pessoal” e “Apoio do marido / companheiro”. Na média da população, situam-se os “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, “Relação com a própria mãe” e “Imagem corporal e necessidade de dependência”.

O elemento feminino do casal 6, na primeira avaliação, apresentou em todas as dimensões valores classificados com estando abaixo da média, à excepção da dos “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, na qual se situou acima da média. Contudo, na segunda avaliação, em duas destas dimensões, as pontuações passaram a estar de acordo com a média da população (“Aspectos difíceis da gravidez / maternidade” e “Imagem

corporal e necessidade de dependência”) e as restantes mantiveram-se com valores semelhantes.

No que respeita à EAGP, na tabela 12, são apresentados os resultados do grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa e de casal.

Tabela 12

*Avaliação das Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, Pré e Pós Intervenção*

Sub-escalas EAGP	Média Pop.	dp Pop.		PB	dp	PB	dp
				Momento 1 (Pré)	Relação Média Pop.	Momento 2 (Pós)	Relação Média Pop.
Mudanças positivas assoc. à gravidez/paternidade	14,15	4,336	Casal 5	17	+0,657	16	+0,426
			Casal 6	10	-0,957	9	-1,187
Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé	18,62	4,250	Casal 5	23	+1,030	20	+0,324
			Casal 6	12	-1,557	12	-1,557
Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	14,52	4,610	Casal 5	15	+0,104	22	+1,622
			Casal 6	10	-0,980	13	-0,329
Preocupações e necessidades de apoio	26,01	5,676	Casal 5	26	-1,761	29	+0,526
			Casal 6	21	-0,882	28	+0,350
Antecipação de satisfação e gratificação	10,26	2,894	Casal 5	9	-0,435	9	-0,435
			Casal 6	7	-1,126	7	-1,126
Antecipação de difíc. no período pós-natal	18,09	3,353	Casal 5	20	+0,569	23	+1,464
			Casal 6	18	-0,026	24	+1,762
Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez	13,59	2,157	Casal 5	10	-1,664	12	-0,737
			Casal 6	14	+0,190	15	+0,653
Ciúmes do bebé e/ou da mulher	7,78	0,611	Casal 5	8	+0,360	8	+0,360
			Casal 6	8	+0,360	8	+0,360

PB = Pontuação bruta

dp = Desvio-padrão

O homem do casal 5 teve, na avaliação pré-intervenção, pontuações que se coadunam com a média da população nas dimensões “Mudanças positivas associadas à gravidez / paternidade”, “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Antecipação de satisfação e gratificação”, “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” e “Ciúmes do bebé e/ou da mulher”. Aquela em que se situou acima da média foi “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé” e nas “Preocupações e necessidades de apoio” e “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez”, os valores obtidos encontram-se abaixo da mesma. Já na avaliação

pós-intervenção situam-se acima da média as “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar” e “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” e as restantes estão de acordo com a média.

O elemento masculino do casal 6, na primeira avaliação, obteve valores médios em todas as sub-escalas, à excepção da “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé” e “Antecipação de satisfação e gratificação”, nas quais os valores se situam abaixo da média. Na segunda avaliação, os valores mantêm-se semelhantes na maioria das escalas, sendo apenas nas “Mudanças positivas associadas à gravidez / paternidade” e “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” que as diferenças acontecem, com a primeira a ficar abaixo da média e a segunda, acima.

#### **4. SÍNTESE INTEGRATIVA DE RESULTADOS**

No que respeita à avaliação da sintomatologia depressiva *baseline*, no grupo de controlo nenhum participante foi classificado com um quadro depressivo, quer no sexo feminino, quer no masculino. No grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa, as mulheres não apresentavam níveis de depressão, embora um dos homens estivesse classificado como tendo um quadro depressivo leve, com uma elevada pontuação, dentro do intervalo considerado para esta classificação (17, de 10 a 20 pontos). No grupo sujeito às duas modalidades de intervenção, à semelhança do grupo de controlo, nenhum dos indivíduos apresentava valores clínicos na sintomatologia depressiva. Assim, pode concluir-se que, dos participantes, apenas um elemento masculino apresenta níveis clínicos de depressão *baseline* e que no geral os níveis de depressão *baseline* são baixos.

No segundo momento de avaliação, às 32 semanas de gestação, as diferenças significativas deram-se no grupo de controlo e no grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa, com um homem do primeiro grupo e uma mulher do segundo a passarem de “não deprimidos” a “estado depressivo leve”.

Relativamente às atitudes de homens e mulheres sobre a gravidez e a maternidade / paternidade, para comparar os resultados obtidos nas escalas nos dois momentos de avaliação, entre os três grupos de sujeitos, recorreu-se à análise daquelas que foram as diferenças consideradas relevantes, entre as avaliações. Estas, conforme anteriormente referido, são consideradas quando se verifica uma diferença de 1 desvio-padrão em relação à média da população, entre o primeiro e segundo momentos de avaliação ou quando o valor obtido pelo indivíduo o coloca num intervalo diferente do qual se inseria em momento anterior. Contudo, é de salientar que estas diferenças, mesmo que dirigidas a um sentido

oposto àquele que representaria uma visão mais positiva da gravidez e da maternidade / paternidade não devem necessariamente ser encaradas como problemáticas.

Desta forma, nas atitudes das mulheres face à gravidez e à maternidade, no grupo de controlo, as mulheres do casal 1 e 2, registam uma evolução relevante, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, que indicia valores mais positivos quanto à identificação da gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal (casal 1), à imaginação do futuro com o filho e à prestação de apoio por parte do companheiro (casal 2). Ambas registaram um decréscimo na pontuação nos aspectos difíceis plausíveis da gravidez / maternidade. No grupo que foi alvo da intervenção cognitiva narrativa, os elementos femininos dos casais 3 e 4 evoluíram positivamente no que respeita ao reconhecimento da gravidez enquanto factor de mudança e crescimento pessoal na dimensão (casal 3), à imaginação do que será o futuro com o filho, bem como a uma melhor percepção da relação com a sua própria mãe (casal 4). No entanto, o elemento do casal 3 questionou mais o facto de se considerar uma boa mãe. Já no grupo sujeito à intervenção cognitiva narrativa e de casal, todas as diferenças relevantes apresentadas pelas mulheres, em ambas as escalas da EAGM, indicam uma postura mais negativa face às mesmas. Assim, pode concluir-se que o grupo em que os valores obtidos nas sub-escalas, no geral, se tornaram mais de encontro àqueles que representariam uma visão mais positiva da gravidez / maternidade, foi o grupo de controlo.

No que concerne às atitudes dos homens face à gravidez e à paternidade, no grupo de controlo, o elemento do casal 1 passou a sentir ciúmes da mulher e o do casal 2 obteve uma pontuação, entre as duas avaliações, que indicia um maior reconhecimento das mudanças positivas associadas à gravidez, bem como um maior investimento na antecipação de satisfação e gratificação associada ao nascimento do bebé. No grupo que foi alvo da intervenção cognitiva narrativa não foram registadas quaisquer diferenças consideradas como potencialmente relevantes. Finalmente, no grupo sujeito às duas modalidades de intervenção, todas as diferenças relevantes, entre os dois momentos, estão de acordo com um sentido mais positivo da gravidez / paternidade. No elemento da casal 5 tal ocorre nas dimensões relacionadas com a presença, envolvimento e suporte; alterações na estrutura individual, conjugal e familiar; preocupações e necessidades de apoio; antecipação de dificuldades e sintomatologia. Já no do casal 6, verifica-se no reconhecimento de mudanças positivas, nas preocupações e necessidade de apoio e na antecipação de dificuldades. Concluindo, este último grupo foi o que pareceu ter desenvolvido atitudes mais positivas face à gravidez e à paternidade entre a avaliação da 20<sup>a</sup>-23<sup>a</sup> semana e a da 32<sup>a</sup> semana.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tendo em consideração os resultados apresentados anteriormente, proceder-se-á à sua análise e discussão, procurando salientar os mais significativos e enquadrá-los conceptualmente. Serão ainda efectuadas as conclusões do estudo, bem como apresentadas as suas limitações e propostas de linhas de investigação para o futuro.

### 1. DISCUSSÃO

A transição para a parentalidade, apesar de ser um importante acontecimento da vida dos indivíduos e dos casais está, também, associada a um conjunto de “custos” (Moura-Ramos, 2006), nomeadamente ao desenvolvimento de níveis clínicos de sintomatologia depressiva, tanto no homem como na mulher. No presente estudo, à 20<sup>a</sup>-23<sup>a</sup> semana, dos doze participantes, um apresentava um “estado depressivo leve” e, na 32<sup>a</sup> semana, três estavam classificados com o mesmo nível de sintomatologia, o que corresponde a 25% dos participantes.

Os níveis de depressão *baseline* dos participantes são baixos, no geral, sendo o sexo masculino aquele que representa o único caso com níveis clínicos de depressão, indo de encontro à ideia de os homens, na transição para a parentalidade, também poderem experienciar depressão, apesar de o seu impacto a nível individual, familiar e do desenvolvimento da criança, ser ainda pouco estudado (Ramchandani, Psychogiou, Vlachos, Iles, Sethna, Netsi, & Lodder, 2011).

Relativamente à evolução da sintomatologia depressiva entre os dois momentos de avaliação, foi possível verificar que o homem do casal 2 desenvolveu um quadro depressivo, o que poderá estar associado ao facto de não ter sofrido qualquer tipo de intervenção, não tendo tido a oportunidade de organizar a experiência da gravidez narrativamente (Gonçalves, 2000) e/ou de desenvolver padrões funcionais de interacção que satisfizessem as suas necessidades de vinculação (Christensen & Heavey, 1999). Este participante já tem filhos, sendo por isso importante considerar que o nascimento de outro filho coloca desafios acrescidos ao sistema parental, sendo que são geralmente os pais (elementos masculinos) que são chamados a assumir de forma mais sistemática o seu papel parental numa vertente mais expressiva, do que propriamente instrumental (Moura-Ramos, 2006), o que poderá ser potenciador de algum *stress* acrescido. Ao nível da vivência psicológica da gravidez. Este indivíduo registou ainda, no segundo momento de avaliação da vivência psicológica da gravidez, uma diferença relevante na dimensão “Ciúmes do bebé e/ou da mulher”, o que também poderá ter contribuído para os níveis apresentados de sintomatologia depressiva, na medida em que, nos homens, esta costuma estar associada ao sentimento de exclusão da díade mãe-bebé (Guedes Silva et al., 2003).

De entre os participantes, aqueles que apresentam níveis mais elevados de depressão são elementos da mesma díade, sendo que, de entre todos, são também aqueles cuja relação é mais recente (6 meses). A transição para a parentalidade exige por si só um conjunto de reorganizações a nível dos papéis que cada membro do casal desempenha, bem como no ajustamento psicológico de cada um e do casal (Moura-Ramos, 2006). Acresce o facto de que a adaptação à relação conjugal também acarreta múltiplas exigências, que podem constituir-se como fonte de ansiedade, tensão e conflitos (Menezes, 2001). Contudo, o elemento masculino registou uma melhoria de 7 pontos nos resultados do BDI, o que poderá dever-se ao facto de ter encontrado na intervenção cognitiva-narrativa a possibilidade de reelaboração do significado (Gonçalves, 2000) ante o processo gravídico.

O facto de, tanto no primeiro como no segundo momento, serem mais os homens a apresentar sintomatologia depressiva do que as mulheres, reforça a necessidade de estudar mais o fenómeno da gravidez, desde a perspectiva paterna, tal como vêm a sugerir diversos autores (Ramchandani et al., 2008; Hinckley, Ferreira, & Maree, 2007; Draper, 2002).

No que respeita à vivência psicológica da gravidez, cada indivíduo e cada díade experienciam-na de uma forma distinta, de acordo com as atitudes e expectativas que têm face à mesma (Xavier, Paúl, & Sousa, 1998), sendo que podem variar de acordo com o tempo gestacional e/ou com dimensões contextuais (Moura-Ramos, 2006), nomeadamente quando os indivíduos são alvo de intervenção.

No casal 1, do grupo de controlo, a grávida, na avaliação realizada entre a 20<sup>a</sup> e a 23<sup>a</sup> semana de gravidez, parecia estar mais centrada nos aspectos difíceis da gravidez e da maternidade e, talvez por isso, não estar tão disponível para pensar na sua relação futura com o filho. Já na segunda avaliação, apesar de permanecer a dificuldade em imaginar o filho, passou a perspectivar a gravidez de uma forma mais positiva, com o reconhecimento de menos aspectos difíceis e da gravidez enquanto factor de crescimento / mudança pessoal. Entre as duas avaliações, esta mulher terá tido tempo para que se tornassem mais claras para si as reorganizações necessárias a nível do sistema conjugal, bem como do sistema parental (Stewart, 1990 cit. in Moura-Ramos, 2006), já que este é o terceiro filho desta mulher. Aliás, o menor investimento em pensar o filho imaginado poderá estar associado precisamente com o facto de este não ser o primeiro filho e, como tal, esta mulher estar ocupada a cuidar dos outros filhos, despendendo menos tempo a pensar na chegada do novo membro (Krieg, 2007). O marido também tem uma pontuação no factor “Mudanças positivas associadas à gravidez/paternidade”, que poderia sugerir alguma dificuldade a este nível, contudo esta poderá dever-se ao facto de a natureza dos itens que o compõem (ex.: “Com a gravidez sinto-me mais responsável”, “A gravidez está a fazer mudar-me para melhor”), poder não fazer tanto sentido a quem já experienciou outras gravidezes. No

segundo momento de avaliação, associa-se o facto de este homem reconhecer que “poucas vezes” sente inveja e ciúmes da mulher. De facto, durante a gravidez, a mulher torna-se o centro das atenções, podendo o homem de certa forma considerar-se excluído (Brazelton, 1988 cit. in Piccinini et al., 2004), desenvolvendo sentimentos de ciúme e inveja. O facto de entre a segunda e a primeira avaliação o indivíduo ter desenvolvido um quadro depressivo poderá estar associado à forma como este se posiciona perante estas duas dimensões da vivência psicológica da gravidez.

Ainda no grupo não sujeito a intervenção, no casal 2, a mulher, na segunda avaliação pontua mais positivamente o apoio do companheiro, ao mesmo tempo que este também apresenta uma visão mais positiva da gravidez entre as duas avaliações. Estes dados sugerem, à semelhança do que acontece ao nível da representação da intimidade com base nos padrões de vinculação, que existe interdependência entre os membros do casal, a qual se repercute no seu comportamento e conduz à flexibilidade da relação (Lima, 2009). Aqui importa também salientar que a visão eminentemente positiva que esta mulher tem acerca da gravidez e a ausência de um quadro clínico de depressão poderão estar relacionados com esta dimensão do suporte social, na medida em que estudos referem que este está associado quer ao bem-estar, auto-controlo e afecto positivo (Norbeck & Anderson, 1989; Tietjen & Bardley, 1985 cit. in Collins et al., 1993), quer aos sintomas de depressão (Cairney et al., 2003; Siefert et al., 2000; Collins et al., 1993). Contudo, este homem, apresenta valores muito elevados ao nível da “Antecipação de dificuldades no período pós-natal”, que poderão indicar um excesso de confiança naquela que será a sua competência enquanto pai, alimentada pela reconhecimento das mudanças positivas associadas à gravidez e paternidade, pelo facto de se considerar presente e envolvido e a dar suporte e por esperar satisfação e gratificação na tarefa parental. É expectável que o nascimento de um filho comporte algumas dificuldades, nomeadamente quanto a ter tempo para si e para a relação conjugal, e que os pais as antecipem (Caeiro, 2010).

No grupo alvo da intervenção cognitiva narrativa, a mulher do casal 3 também obteve uma pontuação bastante elevada na dimensão “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”, que poderá indicar uma visão idealizada das mesmas. Esta é acompanhada pela percepção que tem de um bom relacionamento com a sua própria mãe e do apoio do marido, pelo reconhecimento da gravidez como factor de mudança e crescimento e pela perspectiva positiva que tem acerca daquele que será o futuro com o filho (“Imagino-me a brincar com o meu filho”, “Imagino-me a passear com o bebé ao colo”). O suporte social de que parece beneficiar, tanto proveniente da relação com a mãe, como do marido, são importantes e poderão contribuir para esta postura positiva ante a gravidez, na continuidade do que foi referido anteriormente, relativamente ao facto de a percepção de possibilidade de apoio afectar as representações acerca da transição para a parentalidade (Canavarro,

2001). Para além disso, importa salientar que se trata do primeiro filho e que, por isso, a expectativas desta mulher poderão estar mais elevadas. A avaliação do marido é marcada pela estabilidade que apresenta, quer ao nível da sintomatologia depressiva (ausência), quer da vivência psicológica da gravidez, o que poderá dever-se a múltiplos factores, nomeadamente a características de personalidade, aos valores, motivações e percepções e a características contextuais (Levy-Shiff & Israelashvili, 1988 cit. in Moura-Ramos, 2006).

No outro casal sujeito à intervenção cognitiva narrativa (casal 4), no momento da segunda avaliação, conforme anteriormente referido, ambos os elementos apresentavam um “estado depressivo leve”. Apesar disto, a mulher parece perspectivar a gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, estando os valores atribuídos às outras dimensões de acordo com a média da população, o que reforça a possibilidade referida anteriormente, de que a sintomatologia também possa estar associada à adaptação à vivência de casal. No homem, a única dimensão em que pontua de forma um pouco mais negativa refere-se à “Antecipação de satisfação e gratificação” e poderá estar associada à perda de interesse ou satisfação na realização de actividades, característica do estado depressivo (American Psychological Association, 2000).

A mulher do casal 5, entre o momento anterior e posterior à intervenção, registou algumas mudanças ao nível das atitudes apresentadas face à gravidez e à maternidade, nomeadamente no que concerne às “Mudanças positivas associadas à gravidez / maternidade” e “Apoio do marido / companheiro”. A primeira está relacionada com as possíveis alterações que a gravidez acarreta, algo que é abordado de uma forma mais sistematizada através da intervenção cognitiva narrativa, a qual permite a reelaboração da narrativa e a consequente construção de um significado alternativo (Gonçalves, 2000). Já a intervenção de casal baseada na vinculação, enquanto activadora do sistema conjugal, permite o reposicionamento do indivíduo no sistema, com possíveis alterações reais ou percebidas no comportamento conjugal. O elemento masculino desta díade demonstrava mais preocupações e uma maior necessidade de apoio e apresentava sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez, que se poderá traduzir na “Síndrome de Couvade” (Brennan, Ayers, Ahmed, & Marshall-Lucette, 2009; Brennan, Marshall-Lucette, Ayers, & Ahmed, 2007). Contudo, no pós-intervenção, os valores apresentados nas várias dimensões passaram a estar de acordo com os da média da população, sugerindo a eficácia das intervenções neste caso.

No outro casal que foi alvo das duas modalidades de intervenção (casal 6), o elemento feminino apresentava, no momento anterior à mesma, uma percepção positiva acerca das dimensões que compõem a vivência psicológica da gravidez. Esta díade mantém uma relação já longa (cerca de 10 anos) e ter um filho poderá significar a realização de um desejo, de um projecto comum e, ao mesmo tempo, a materialização desta relação

(Delgado, 2007). No entanto, após a intervenção esta mulher pareceu estar mais alerta para os aspectos difíceis da gravidez e maternidade, o que poderá ser decorrente da abordagem de algumas temáticas, nomeadamente no que respeita ao parto, que constitui a temática central de uma das sessões da intervenção cognitiva narrativa para grávidas. Esta grávida passou a estar mais preocupada com a sua capacidade para enfrentar o parto, o que não é necessariamente negativo, na medida em que ao ser expectável alguma ansiedade relativamente ao parto, podem funcionar como factores de protecção, enquanto diminuidores da probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejados (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996 cit. in Couto, 2005). O homem, pelo contrário, reconheceu mais mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade após a intervenção e antecipou menores dificuldades no pós-parto, após a intervenção, o que poderá estar relacionado com a mesma, na medida em que lhe possibilitou tornar a experiência organizada narrativamente (Gonçalves, 2000) e desenvolver padrões de interacção diádica mais funcionais (Christensen & Heavey, 1999).

Ou seja, a modalidade de intervenção que teve maior impacto ao nível da vivência psicológica da gravidez no masculino, terá sido a que combina a intervenção cognitiva narrativa com a de casal, pelo que parece resultar com estes sujeitos a reflexão acerca do processo gravídico e do sistema diádico, numa lógica aproximativa em função do que é expectável que aconteça nos mesmos, quando estes se encontram em relação. De facto, a gravidez leva a que, na relação conjugal, existam um conjunto de mudanças, relacionadas com a divisão de tarefas domésticas e da prestação de cuidados ao bebé, um aumento do conflito e uma diminuição da satisfação com a relação conjugal (Moura-Ramos, 2006)

Já nas mulheres, o grupo em que houve uma maior número de mudanças entre os dois momentos de avaliação foi o que não sofreu qualquer intervenção, o que conduz à reflexão acerca do impacto da intervenção nas grávidas. Tendo em consideração as modificações, oportunamente descritas, este processo não terá que ser percebido necessariamente como negativo, mas como activador de sentimentos, emoções e do sistema de vinculação, sendo que as mulheres parecem ser mais reactivas ao mesmo. Isto porque, se posicionam de forma mais distinta, entre o momento anterior e posterior à intervenção, nas atitudes relativas à gravidez e à maternidade.

## 2. CONCLUSÕES

Tendo em consideração que é reconhecida pela literatura a pertinência da intervenção preventiva, nomeadamente ao nível da depressão gestacional e pós-parto, enquanto promotora de saúde mental (Figueiredo, 2001), com este estudo esta parece ser reforçada.

Este estudo é tido como inovador, na medida em que pretendeu aliar uma intervenção de cariz cognitivo narrativo à intervenção de casal baseada na vinculação e mostrou que, entre o momento anterior e posterior às mesmas, existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva e das atitudes face à gravidez e à maternidade / paternidade, às quais deve ser dada atenção do ponto de vista clínico. Desta forma, os resultados reforçam a importância que deve ser dada a este tipo de intervenções e ao processo gravídico.

Apesar de não se poderem identificar concretamente quais as diferenças entre os grupos de sujeitos, é possível verificá-las em termos gerais. Nos homens, a modalidade que combina as duas intervenções, parece repercutir-se positivamente tanto na depressão como na vivência psicológica da gravidez, fazendo com que a adaptação à gravidez e paternidade seja mais tranquila e com que o envolvimento paterno seja mais efectivo, nomeadamente no que concerne ao suporte da grávida (Moura-Ramos, 2006). Assumindo-se que o elemento diferenciador é a intervenção de casal, os resultados vêm de encontro à assumpção de que quanto melhor o ajustamento diádico, menor a probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Whisman, Davila, & Goodman, 2011). Nas mulheres, apesar de alguns resultados parecerem apontar para uma vivência psicológica da gravidez e da maternidade negativa em algumas dimensões, os resultados poderão indicar precisamente o contrário. Ou seja, dependendo das dimensões, poder-se-á considerar que esses resultados significam uma maior adaptação, na medida em que apontam para que a mulher esteja a lidar com a experiência mais directamente e, assim, a torná-la mais real, sem idealização ou negação dos aspectos contidos nas dimensões (ex.: “Aspectos difíceis da gravidez / maternidade”).

### 3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações, que importa serem descritas. Em primeiro lugar, o número reduzido da amostra, não permitiu inferir resultados, mas sim fazer uma análise mais pormenorizada e de cariz qualitativo dos resultados apresentados nos instrumentos de avaliação e aferir pistas para investigação futura. Por se tratar de uma amostra de conveniência, em que a participação dos sujeitos foi conseguida, maioritariamente, através de contactos informais, nota-se que os mesmos beneficiam de condições diferenciadas, nomeadamente do ponto de vista intelectual e de maior capacidade de recurso a redes sociais, que se constituem factores protectores do desenvolvimento de psicopatologia (Carr & McNulty, 2006). A heterogeneidade também é uma característica que importa salientar na amostra, já que implica cuidados acrescidos na sistematização dos resultados (Oliveira & Albuquerque, 2009). Esta está presente

nomeadamente ao nível da duração da relação, do tipo de relação, do número de filhos e dos valores de depressão *baseline*.

Para além disto, o processo gravídico é um fenómeno complexo, com um substancial impacto tanto na mãe como no pai, na medida em implica uma reorganização individual, conjugal, familiar e profissional (Canavarro & Pedrosa, 2005). De facto, o nascimento de um filho é um acontecimento de vida relevante, tanto individual como conjugalmente, que marca um momento de transição contextualizado desenvolvimentalmente (Moura-Ramos, 2006). Desta forma, poderiam ser contempladas medidas mais específicas que permitissem uma caracterização mais completa de algumas variáveis contempladas neste processo, designadamente nas referentes à dimensão diádica. Contudo, importa salientar que o projecto em que este estudo se insere contemplá-las-á.

#### 4. SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Tendo em consideração as limitações apresentadas, no que concerne à heterogeneidade, número reduzido e condições diferenciadas da amostra e à complexidade do fenómeno, torna-se pertinente e até necessária a continuação deste estudo.

Com uma amostra mais ampla e homogénea, seria possível avaliar de modo mais cuidado a eficácia diferencial das modalidades de intervenção, bem como perceber se a vivência psicológica da gravidez e da maternidade / paternidade se encontram efectivamente associadas e de que forma é que tal ocorre. Para além disso, seria importante perceber se a intervenção actua de igual forma nas duas variáveis ou se, pelo contrário, influencia primariamente uma delas e, conseqüentemente, a outra.

Apesar de a maioria dos estudos nesta área ir de encontro à ideia defendida por Boss (2002) de que, entre homens e mulheres, os acontecimentos de vida significativos não diferem muito, mas que a forma como cada um deles reage aos mesmos difere, seria pertinente ter uma medida comum ao nível da vivência psicológica da gravidez. Isto porque, permitira comparar a forma como ambos percebem determinadas dimensões da gravidez, que são transversais aos dois, como é o caso do suporte social (Fletcher, Vimpani, Russell, & Sibbritt, 2008; Cobb, 1976).

Em termos de implicações clínicas deste estudo, pode-se falar de uma vertente mais preventiva e de promoção, bem como de cariz remediativo. É importante continuar a apostar na prevenção e, conseqüentemente, na promoção, por todos os motivos que foram sendo referidos ao longo do estudo e porque uma intervenção de cariz preventivo ao nível da depressão pode ser a chave para a sua diminuição, bem como apresentar uma melhor relação custo-benefício, causando menos angústia à pessoa (Gladstone & Beardslee, 2009). A este nível as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas neste estudo (cognitiva

narrativa e a de casal baseada na vinculação) surgem necessariamente como pertinentes, na medida em que aplicam a terapia à prevenção da depressão gestacional e, conseqüentemente, pós-parto, colocando em evidência o significado e a relação do casal. Ao fazê-lo, permitem que os indivíduos reelaborem a narrativa, construindo significados alternativos, mais adaptativos (Gonçalves, 2000) e permite também a diminuição de conflitos no casal, numa fase em que a relação conjugal sofre bastantes alterações e é um dos contextos com maior influência na adaptação à parentalidade (Belsky, 1984). Neste estudo registou-se a presença de psicopatologia em alguns participantes, nomeadamente após a intervenção, o que aponta para a importância de em investigações futuras proporcionar a estes participantes que estejam a ter problemas ao nível da adaptação à parentalidade, a continuidade do acompanhamento em termos psicológicos, numa perspectiva mais remediativa, mas não menos importante.

Dado o crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce no período perinatal (Austin, 2004), é importante que estudos como este sejam desenvolvidos no sentido de serem desenvolvidas respostas mais eficazes para os casais grávidos. Até porque, a depressão gestacional e pós-parto têm vindo a ser associadas a resultados cognitivos e sócio-emocionais adversos em crianças (Luoma, Tamminen, Kaukonen, Laippala, Puura, Salmelin, & Almqvist, 2001; Tronick & Weinberg, 1997).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alt, M., & Benetti, S. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 13, 389-394.
- American Psychological Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and Narratives During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Austin, M. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here?. *Archives Of Women's Mental Health*, 7(1), 1-6. doi:10.1007/s00737-003-0034-4
- Avdi, E., & Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 407-419.
- Beach, S., Sandeen, E., & O’Leary, K. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guildford Press.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83-96. doi:10.1111/1467-8624.ep7405453
- Belsky, J., Lang, M., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Bergink, V., Kooistra, L., MP, Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal Of Psychosomatic Research*, 70(4), 385-389. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.008

- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). First-time parents' expectations about the division of childcare and play. *Journal Of Family Psychology, 26*(1), 36-45. doi:10.1037/a0026608
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer, M., & Henshaw, C. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry, 184*, 31-37.
- Bornholdt, E., Wagner, A., & Staudt, A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica, 19*(1), 75-92.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., & Muhajarine, N. (2012). Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Women. *Canadian Journal Of Psychiatry, 57*(3), 161-167.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H., & Marshall-Lucette, S. (2009). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology, 25*(3), 173-189.
- Brennan, A., Marshall-Lucette, S., Ayers, S., & Ahmed, H. (2007). A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectant fathers. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology, 25*(1), 18-39.
- Caeiro, M. (2010). *Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a paternidade: estudo preliminar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D., & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 38*, 442-449.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17 - 49). Coimbra: Quarteto.

- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Carr, A. & McNulty, M. (Eds.) (2006). *The handbook of adult clinical psychology: An evidence based practice approach*. Hove, UK: Routledge.
- Christensen, A., & Heavey, L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165-190.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 65(6), 1243-1258. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243
- Collins, N. & Feeney, B. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053,1073.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Colman, A. & Colman, I. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Corwin, E., Murray-Kolb, L., & Beard, J. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *The Journal Of Nutrition*, 133(12), 4139-4142.
- Couto, M. (2005). *Factores de risco e protecção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Cowan, C. & Cowan, P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing Secure Base Behavior in Adulthood: Development of a Measure, Links to Adult Attachment Representations, and Relations to Couples' Communication and Reports of Relationships. *Developmental Psychology*, 38(5), 679.
- Crowell, J., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of Attachment Representations: The Transition to Marriage. *Developmental Psychology*, 38(4), 467.
- Delgado, M. (2007). *O desejo de ter um filho: As vivências do casal infértil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Portugal.
- Dennis, C. & Creedy, D. (2007). Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. Bases de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 4, doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Doucet, S., Dennis, C., Letourneau, N., & Blackmore, E. (2009). Differentiation and Clinical Implications of Postpartum Depression and Postpartum Psychosis. *JOGNN*, 38, 269-279.
- Draper, J. (2002). "It's the first scientific evidence": men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563-570.
- Dudova, R. (2006). Old obligations in the modern world: the father as provider before and after divorce. *Sociologicky Casopis-Czech Sociological Review*, 42 (3), 573-590.
- Duque, C. (2004). Psicologia da gravidez e da maternidade / paternidade [em linha]. *Scribd*. Acedido Dezembro 14, 2011, em <http://pt.scribd.com/doc/2452909/Psicologia-da-Gravidez-Maternidade-e-Paternidade>.
- Emery, R. & Tuer, M. (1993). Parenting and the marital relationship. Em Luster, T. & Okagaki, L. (Orgs.). *Parenting: An ecological perspective* (pp. 121-148). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257-260.

- Falcone, V., Mader, C., Nascimento, C., Santos, J., & Nóbrega, F. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V., Soares, I., & Klein, J. (2007). Vinculação na idade adulta. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In Canavarro, M. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22, 329-339.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnancy women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, 8, 123-138.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. *Psicologia*, 20, 65-96.
- Fletcher, R., Vimpani, G., Russell, G., & Sibbritt, D. (2008). Psychosocial assessment of expectant fathers. *Archives Of Women's Mental Health*, 11(1), 27-32.
- Gladstone, T. & Beardslee, W. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54, 212-221.
- Gomez, R. (2005). O pai: Paternidade em transição. In Leal, I. (Ed.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (257-285). Lisboa: Fim de século.
- Gonçalves, J. (2008). *Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Gonçalves, O. (2000). *Viver Narrativamente: A Psicoterapia como Adjectivação da Experiência*. Coimbra: Quarteto.

- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Guedes-Silva, D., Souza, M., Moreira, V., & Genestra, M. (2003). Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal-Estar e Subjectividade*, 3, 439-450.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1.
- Hinckley, C. C., Ferreira, R. R., & Maree, J. G. (2007). The case of expectant fathers: negotiating the changing role of males in a 'female' world. *Early Child Development & Care*, 177(5), 461-478. doi:10.1080/03004430600575830
- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(3), 445-453. doi:10.1037/0022-006X.63.3.445
- Jomeen, J., & Martin, C. (2008). The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 391- 398.
- Keeton, C., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal Of Family Psychology*, 22(2), 212-221. doi:10.1037/0893-3200.22.2.212
- Kennerly, H. & Gath, D. (1989). Maternity Blues: detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-373.
- Klein, M. & Guedes, C. (2008). Intervenção psicológica a gestantes: Contribuições de grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (4), 862-871.

- Kreppner, K. (1988). Changes in parent-child relationships with the birth of the second child. In Palkovitz, R. & Sussman, M. (Eds.). *Transitions to parenthood*. New York: The Haworth Press.
- Krieg, D. (2007). Does motherhood get easier the second-time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science & Practice*, 7(2), 149-175.
- Lara, M., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1), 109-117.
- Le, H., Perry, D. F., & Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 79(2), 135-141. doi:10.1037/a0022492
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In Canavarro, M. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.51-74). Coimbra: Quarteto.
- Lee, D., & Chung, T. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 183-191.
- Lima, V. (2009). *Vinculação, Representação da Relação Íntima e Interacção Diádica em Adultos*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367-1374.
- Maia, A. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Portugal.
- Martins, M. (2010). Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciência Saúde Colectiva*, 15(1), 1369-1375.

- McLeod, J. (2004). Social construction, narrative and psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 351–366). London: Sage.
- Mendes, I. (2007). Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Menezes, C. (2001). *A relação conjugal na transição para a parentalidade: Da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Menezes, C. & Lopes, R. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., & ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal Of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Milgrom, J., Holt, C., Gemmill, A., Ericksen, J., Leigh, B., Buist, A., & Schembri, C. (2011). Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry*, 1195.
- Moraes, I., Pinheiro, R., Silva, R., Horta, B., Sousa, P., & Faria, A. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40, 65-70.
- Moreira, P., Beutler, L., & Gonçalves, O. (2008). Narrative Change in Psychotherapy: Differences Between Good and Bad Outcome Cases in Cognitive, Narrative, and Prescriptive Narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1181-1194.
- Moura-Ramos, M. (2006). *Adaptação maternal e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos

- primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 399-413.
- Muller, R., & Lemieux, K. (2000). Social support attachment and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse and Neglect*, 24, 883-900.
- Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental Health In Family Medicine*, 7(4), 239-247.
- Nascimento, M. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1(21), 47-51.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal Of Abnormal Psychology*, 100(1), 63-73. doi:10.1037/0021-843X.100.1.63
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *International Review Of Psychiatry*, 8(1), 37.
- Oliveira, C. & Albuquerque, P. (2009). Diversidade de resultados no estudo do transtorno de deficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 93-103.
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M (2008). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Análise Psicológica*, 26 (2), 349-354.
- Pereira, M., Santos, A., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 3, 583-590.
- Piccinini, C., Silva, N., Gonçalves, T., Lopes, R., & Tudge, G. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: SUNY Press.
- Ramchandani, P., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28, 471-477.

- Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390-398.
- Rato, P. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3, 405-413.
- Ritter, C., Hobfoll, S., Lavin, J., Cameron, R., & Hulsizer, M. (2000). Stress, Psychosocial Resources, and Depressive Symptomatology During Pregnancy in Low-Income, Inner-City Women. *Health Psychology*, 19, 576-585.
- Robertson, A., Venter, C., & Botha, K. (2005). Narratives of depression. *South African Journal of Psychology*, 35, 331-345.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Roisman, G., Madsen, S., Henninghausen, K., Sroufe, L. & Collins, W. (2001). The Coherence of Dyadic Behavior across Parent-Child and Romantic Relationships as Mediated by the Internalized Representation of Experience. *Attachment & Human Development*, 3(2), 156-172.
- Rude, S., Gortner, E., & Pennebaker, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition & Emotion*, 18(8), 1121-1133. doi:10.1080/02699930441000030
- Siefert, K., Bowman, P., Heflin, C., Danziger, S., & Williams, D. (2000). Social and Environmental Predictors of Maternal Depression in Current and Recent Welfare Recipients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 510-522.
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto.

- Staudt, A. & Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: teoria e prática*, 10 (1), 174-185.
- Steele, M. M., Steele, H. H., & Johansson, M. M. (2002). Maternal predictors of children's social cognition: an attachment perspective. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 43(7), 861-872.
- Tandon, S., Perry, D. F., Mendelson, T., Kemp, K., & Leis, J. A. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 79(5), 707-712. doi:10.1037/a0024895
- Toth, S., Cicchetti, D., Rogosch, F., & Sturge-Apple, M. (2009). Maternal Depression, Children's Attachment Security, and Representational Development: An Organizational Perspective. *Child Development*, 80(1), 192-208. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01254.x
- Tronick, E. Z. & Weinberg, M. K. (2000). Gender differences and their relation to maternal depression. In Johnson, S., Hayes, A., Field, T., Schneiderman N., & McCabe, P. (Eds.). *Stress, coping and depression* (pp. 23-34). London: Lawrence.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review Of Psychiatry*, 17(2), 147-156. doi:10.1080/10673220902899714
- Tucan, G. (n.d.). The impact of narrative on human thinking and personal development. *Journal of Educational Sciences*, 100-106.
- Vaz-Serra, A. (1995). Inventário clínico de auto-conceito. *Provas Psicológicas Portuguesas*, 1, 151-163.
- Vogel, L. (2011). Paternal depression often unrecognized. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 183(18), 1305-1306.
- Watson, J., Elliott, S., Rugg, A., & Brough, D. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 144453-462.

- Weinfield, N., Ingerski, L., & Moreau, S. (2009). Maternal and Paternal Depressive Symptoms as Predictors of Toddler Adjustment. *Journal Of Child & Family Studies*, 18(1), 39-47. doi:10.1007/s10826-008-9205-2
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of Postpartum and Nonpostpartum Depression: Clinical Presentation, Psychiatric History, and Psychosocial Functioning. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(3), 485-94.
- Whisman, M., Davila, J., & Goodman, S. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal Of Family Psychology*, 25(3), 375-383. doi:10.1037/a0023790
- Wisner, K., Sit, D., Hanusa, B., Moses-Kolko, E., Bogen, D., Hunker, D., Perel, J., Jones-Ivy, S., Bodnar, L., & Singer, L. (2009). Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 66, 166-557.
- Wisner, K., Zarin, D., Holmboe, E., Appelbaum, P., Gelenberg, A., Leonard, H., & Frank, E. (2000). Risk–benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1933–1940.
- Xavier, M., Paúl, M., & Sousa, L. (2001). *Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade*. Cedido pelos autores.
- Yu, X., Wei, W., & Gong, L. (2010). Rebuilding psychosocial competence for unmarried adolescent pregnancies using an integrated intervention. *International Journal Of Adolescent Medicine And Health*, 22(4), 491-502.
- Zlotnick, C., Johnson, S., Miller, I., 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.
- Zlotnick, C., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *The American Journal Of Psychiatry*, 163(8), 1443-1445.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### Ficha de Identificação e Caracterização do Casal

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: Casamento? \_\_\_ União de Facto? \_\_\_      Tempo decorrido: \_\_\_ Anos \_\_\_ Meses

Tempo de Gestaçãõ: \_\_\_\_\_.

Já têm mais filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_ Idades? \_\_\_\_\_

Anteriormente a esta relação, alguns dos elementos do casal manteve:

- Casamento? \_\_\_\_\_ Durante quanto tempo: \_\_\_ Anos \_\_\_ Meses

- União de Facto? \_\_\_\_\_ 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**

**BDI**

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

Composição dos factores da EAGM e EAGP

---

**EAGM**

---

<b>Factores</b>	<b>Itens</b>
1. O filho imaginado.	6. Imagino-me a brincar com o meu filho. 11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo. 26. Imagino-me a brincar com o meu filho, quando ele for mais crescido. 31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé. 17. Tenho pensado no futuro do meu bebé. 2. Com a gravidez sinto-me mais responsável. 36. Tenho pensado que a gravidez é uma fase muito importante na minha vida.
2. Boa mãe.	28. A gravidez faz-me sentir importante. 16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor. 12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem. 10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu companheiro/marido. 27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio. 1. Penso que vou ser uma boa mãe. 32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças. 9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida.. 23. Uma boa mãe afasta a criança das dificuldades da vida..
3. Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal	24. Este bebé vai alterar a minha vida. 30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar. 38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar. 41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente. 22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente. 19. Ter filhos altera a vida de uma mulher.
4. Aspectos difíceis da gravidez/maternidade.	14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico. 3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher. 33. Estar grávida é um enorme desgaste físico. 39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto. 18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta estiver que estar co ela todo o dia. 20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho. 37. A minha mãe não me ajudou tanto como eu necessitava. 34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido/companheiro lidar com o bebé.
5. Relação com a própria mãe.	13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações. 5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga. 42. A minha mãe fazia-me mimos. 35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou.
6. Apoio do marido/companheiro	25. O apoio do meu marido/companheiro tem sido muito importante durante a gravidez. 21. Desde que estou grávida, sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades. 15. O meu marido/companheiro tem ajudado durante a gravidez. 7. O pai do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez..
7. Imagem corporal e necessidade de dependência	29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos. 40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas. 8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto. 4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio.

## EAGP

Factores	Itens
1. Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade	16. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida. 44. 47. Com a gravidez sinto-me mais responsável. 62. A gravidez está a fazer mudar-me para melhor. 65. O pai é importante para ajudar a criar o seu filho. 71. Desde que sei da gravidez que me sinto uma pessoa diferente. 57. Desde que sei da gravidez vejo a vida de forma diferente. 70. A gravidez faz-me sentir importante. Desde a notícia da gravidez que me sinto mais próximo da minha mulher/ companheira.
2. Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida o bebé.	17. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez. 20. Tenho estado presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc) 32. O marido/companheiro tem um papel importante de suporte emocional/ psicológico à mulher durante a gravidez. 37. 40. O pai tem um papel fundamental no alívio do stress da grávida. Considero importante estar presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc) 49. O pai tem um papel fundamental no alívio do stress da grávida e no parto. 61. 64. 69. Costumo tocar ou passar a mão na barriga onde está o bebé. 72. Tenho ajudado durante a gravidez. 74. Tenho pensado na forma como quero educar o meu filho. Sinto-me próximo do meu bebé. Costumo conversar com o bebé ainda na barriga da mãe.
3. Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar	2. Ter filhos altera a vida de um homem. 21. A vida de casal fica alterada com o nascimento de um filho. 25. Com a gravidez sinto que a minha mulher/ companheira está diferente. 31. 45. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar. 53. Penso que vão acontecer alterações importantes na nossa vida. 63. Este bebé vai alterar a minha vida. 66. Penso que a nossa vida vai mudar. 67. Ter filhos altera a vida do casal. Durante a gravidez as minhas necessidades são secundárias.
5. Preocupações e necessidade de apoio	4. Com a gravidez sinto que preciso de mais apoio e carinho por parte da minha mulher/ companheira. 18. Com a gravidez sinto que tenho necessidade de mais apoio. 26. Preocupo-me com a minha capacidade para lidar com o bebé. 28. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher/ companheira lidar com o bebé. 30. Tenho pensado nas questões financeiras associadas ao nascimento do bebé. 50. Estou preocupado com a minha capacidade para enfrentar o parto. 52. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher/ companheira lidar com a gravidez. 55. Estou preocupado com a capacidade da minha mulher/ companheira para enfrentar o parto. 60. Com a gravidez sinto que preciso de mais carinho.
6. Antecipação de satisfação e gratificação	8. Penso que vou ser um bom pai. 9. Sinto-me feliz por vir a ser pai. 33. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido. 36. Sinto-me confiante na minha capacidade de ser pai. 38. Imagino-me a brincar com o meu filho. 39. Sinto-me satisfeito com a ideia de vir a ser pai.

	76.	Imagino-me a passear com o bebé ao colo.
7. Antecipação de dificuldades no período pós-natal	7. 11. 13. 19. 46. 56. 58. 73.	Tenho-me preocupado com a possibilidade de deixar de ter tempo para mim depois do bebé nascer de suporte material/financeiro à mulher e à criança. O marido/companheiro tem um papel importante Sinto que a vida vai ser mais difícil depois do nascimento do bebé. O pai deve ser o suporte financeiro e das necessidades materiais da família. Tenho pensado que depois do bebé nascer não vou ter tempo para mim. Sinto-me inseguro quando penso que vou ser pai. Uma criança põe um homem nervoso se ele tiver de estar com ela todo o dia. Preocupa-me a possibilidade da vida de casal ficar alterada com o nascimento do bebé.
8. Sintomatologia física e/ ou psicológica associada à gravidez	10. 23. 48. 54.	Tenho tido problemas físicos. A gravidez é um período difícil na vida de um homem. Sinto vômitos, náuseas, mal-estar no estômago e/ ou alterações de apetite. Tenho problemas de sono.
9. Ciúmes do bebé e/ ou da mulher	51. 68.	Sinto ciúmes do bebé. Sinto inveja e ciúmes da minha mulher/ companheira.

## **ANEXO 4**

CIT: Escalas – Descrição e Categorização

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><b>Limite Inferior:</b> 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><b>Nível Médio:</b> alguma partilha de afecto positivo, podendo algumas expressões de afecto positivo ser emparelhadas com afecto neutro ou negativo pelo parceiro.</p> <p><b>Limite Superior:</b> 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><b>Limite Inferior:</b> expressões de afecto negativo podem ser inexistentes, ou a existir, são emparelhadas por afecto neutro ou positivo pelo parceiro.</p> <p><b>Nível Médio:</b> reciprocidade de afecto negativo, mas o conflito consegue ser contido por meio de frieza contínua entre os parceiros.</p> <p><b>Limite Superior:</b> 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><b>Limite Inferior:</b> ausência de sinais de raiva, ou desempenhando um papel insignificante na interacção.</p> <p><b>Nível Médio:</b> aumento da frequência e intensidade de episódios de raiva, porém, limitados e comumente controlados.</p> <p><b>Limite Superior:</b> 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><b>Limite Inferior:</b> ausência de esforços de distanciamento ou rejeição, ou a existirem o outro elemento da díade procura dissipar a situação.</p> <p><b>Nível Médio:</b> reciprocidade no comportamento de distanciamento e comentários dolorosos, contribuindo ambos os parceiros para o tom hostil da interacção.</p> <p><b>Limite Superior:</b> 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><b>Limite Inferior:</b> insatisfação no processo de tomada de decisão, interacções restritivas e pautadas pela insensibilidade ante a perspectiva do outro.</p> <p><b>Nível Médio:</b> moderada satisfação com o processo de resolução do conflito, com uma certa rigidez, havendo no entanto algum esforço para trabalhar em conjunto.</p> <p><b>Limite Superior:</b> ambos os elementos da díade 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><b>Limite Inferior:</b> sujeitos funcionam como entidades separadas</p> <p><b>Nível Médio:</b> sujeitos são apenas algumas vezes capazes de funcionar como base segura para o parceiro e de a ele recorrerem.</p> <p><b>Limite Superior:</b> ambos os elementos da díade são consistentemente eficazes em constituírem-se como base segura e de recorrerem ao outro como base segura</p>

<p style="text-align: center;"><b>Equilíbrio Assertividade/Auto- Retraimento</b></p>	<p>Avalia balanceamento entre a abertura e assertividade <i>versus</i> retraimento, passividade e/ou defensividade.</p> <p><b>Limite Inferior:</b> ambos os parceiros mostram sinais de indisponibilidade à expressão de opiniões, passividade e/ou defensividade.</p> <p><b>Nível Médio:</b> 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><b>Limite Superior:</b> 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;"><b>Equilíbrio Indivíduo/Relação</b></p>	<p>Grau pelo qual a relação nutre/promove os parceiros como indivíduos, ou, ao invés, os constringe dos seus recursos individuais.</p> <p><b>Limite Inferior:</b> a interacção parece limitar ou suprimir a individualidade de um ou ambos os parceiros, devido a emaranhamento ou a uma dinâmica destrutiva.</p> <p><b>Nível Médio:</b> a relação parece servir os indivíduos, mas apenas ocasionalmente e não de um modo prolongado.</p> <p><b>Limite Superior:</b> no contexto da relação ambos os parceiros expressam a sua individualidade, contribuindo para a interacção diádica.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Equilíbrio Relação/Mundo Exterior</b></p>	<p>Capacidade da díade em manter um envolvimento activo e competente no “trabalhar em conjunto” para completar as tarefas.</p> <p><b>Limite Inferior:</b> incapacidade do casal em completar em conjunto as tarefas estipuladas, ou a interacção pode ser limitada na tentativa de o fazer.</p> <p><b>Nível Médio:</b> casal completa todas ou algumas partes das tarefas, mas o esforço põe em causa a harmonia da interacção.</p> <p><b>Limite Superior:</b> interacção harmoniosa, com praticamente igual grau de envolvimento no completar eficaz e adequadamente a tarefa.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Qualidade da Relação</b></p>	<p>Avaliação holística da qualidade e profundidade da relação, não derivando de um compósito dos <i>scores</i> anteriores.</p> <p><b>Limite Inferior:</b> 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><b>Nível Médio:</b> inúmeras combinações de alguma ausência de aspectos positivos, ou presença de alguns elementos negativos.</p> <p><b>Limite Superior:</b> 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>