Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Lopes, Helena Maria Grego Leal Nazaré Martins de Sousa

Depressão pós-parto nos casais : o efeito da satisfação conjugal

http://hdl.handle.net/11067/2296

Metadados

Data de Publicação 2012

Resumo Com o nascimento de um filho acontecem muitas mudanças e adaptações a novos papéis, responsabilidades e rotinas de vida, levando a um grande impacto na vida pessoal e familiar dos novos pais (Relvas, 1996). O objectivo deste estudo foi analisar a relação entre a satisfação conjugal nos casais e a depressão pós-parto. Participaram 25 casais (25 homens e 25 mulheres), casados ou em união de facto com o ensino secundário ou com o ensino superior. Os dados foram recolhidos através do Edinburgh Post...

With the birth of a child occur many changes and adjustrnents to new roles, responsibilities and routines of life, leading to an big impact on personal and family life of new parents (Relvas, 1996). The aim of this study was to analyze the existence of a relation between marital satisfaction in couples and postpartum depression. 25 couples participated (25 men and 25 women), married or unrnarried couples with secondary or higher education. Data were collected through the Edinburgh Postnatal Dep...

Palavras Chave Psicologia, Psicologia clínica, Depressão pós-parto, Satisfação conjugal, Teste psicológico : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Teste psicológico : Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVJC)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:29:38Z com informação proveniente do Repositório

AGRADECIMENTOS

À Professora Joana Oliveira, pela disponibilidade, pela compreensão e pela ajuda.

À minha Mãe pelo apoio incondicional que sempre me dá em tudo na minha vida.

Ao meu Pai por ter sempre insistido e me ter motivado para terminar esta tese, sem nunca desistir de o fazer, mesmo nos momentos em que eu mesma própria pensei fazê-lo.

Ao meu Marido por ser quem é! Pelo seu amor, por nunca me ter deixado desistir sempre acreditando que eu iria ser capaz e pela ajuda que me deu para realizar o mestrado.

Aos meus três irmãos:

À Cristina pela ajuda e por me apoiar em tudo na minha vida, mesmo indo para longe saberei sempre que vai estar perto de mim.

À Xininha por ter estado ao meu lado nos dois momentos mais difíceis da minha vida, pela força que senti no seu abraço quando acreditei que não iria ser capaz de os conseguir ultrapassar.

Ao Manel pela sua constante preocupação, principalmente quando faço ou vou a algum lado, sempre achando que ñme podem levar e que me posso perderò.

Aos meus cunhados, Maria, Rodrigo e João por serem tão bons amigos e por me terem dado os 5 sobrinhos mais lindos e especiais do mundo que me fazem sempre sorrir.

E aos casais participantes deste estudo, pela ajuda e disponibilidade.

Sem vocês nunca teria conseguidoé MUITO OBRIGADA!

ÍNDICE DE TEXTO

1. Enquadramento Teóricoé .é ...é é é é .é é é é é é é é é é é é 10

1.1. Conceito de Família é é é é é é é é é é ..é é é é é é é é é é é 10

1.1.2. Ciclo Vital da Família é .12

1.2. Parentalidade: Nascimento do Filho é é é é .é é é é ..é é é é é é 16

1.3. Depressão Pós-Parto é 22

1.3.1. Depressão Pós-Parto Materna é é é é é é é é é é é é é é é .é é .23

1.3.2. Depressão Pós-Parto Paterna é é é é é é .é é é é .é é é é é é é ..29

1.4. Satisfação Conjugal é é é é é é é é é é é é é é é .é é é é é é é ..34

1.5. Depressão Pós-Parto e Satisfação Conjugal é .é é é é é é é é é é é .47

2. Metodologia é ...59

2.1. Objectivos do Estudo é .59

2.2. Hipóteses Formuladas é 60

2.3. Caracterização da Amostra é é é é é é é é é é é é é é é é .é é é ...61

2.4. Instrumentos de Avaliação é é é é é é é é é é é é é é é é .é é é 67

2.5. Procedimentos é 70

3. Apresentação e Análise dos Dados é é é é é é é .é é é é é é é é é é ...72

3.1. Hipótese 1: Mais casos de depressão pós-parto nas mulheres em comparação com os homens é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é é .é é ..77

3.2. Hipótese 2: Casais pais pela primeira vez são mais propensos à depressão pós-parto e à insatisfação conjugalé é ..é é é é é é é é é é é é é é é 78

3.3. Hipótese 3: Associação entre depressão pós-parto e a insatisfação conjugal no casal é .é é 79

3.4. Hipótese 4: Falta de apoio familiar, de amigos e/ou vizinhos e do conjugue provoca depressão pós-parto materna é .81

4. Conclusão e Discussão de resultados é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é 83

5. Referências Bibliográficas é .é 99

Anexos é .é é é é é é é 107

Consentimento Informado

Questionário Sócio-Demográfico (Mulher / Homem)

EPDS / EASAVIC

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1- Características dos participantes (Idades) é é é é é é é é é é é ..é é 61

Tabela 2 - Dados da amostra relativos ao estado civil dos casais é é é é é é é é é ...62

Tabela 3 ï Nível de instrução da mulher e do homem é é é é é é é é é é ..é é é .62

Tabela 4 - Grupo Profissional da mulher e do homem é ...é é é é é é é é é é é 63

Tabela 5 ï Dados da amostra relativos ao/s número/s e idade/s do/s filho/s do casal...é ..64

Tabela 6 ï Dados da amostra relativos ao número de abortos sofridos pela mulher e motivo..é 64

Tabela 7 - Dados da amostra relativos a hábitos tabágicos da mulher e do homemé é 65

Tabela 8 - Dados da amostra relativos aos motivos que levaram a mulher e o homem a deixar o vicio tabágico é é é é é é é é é 66

Tabela 9 - Distribuição de frequências relativas ao acompanhamento psiquiátrico psicológico da mulher e do homem é é é é é é é é é é é é é é é é .é 72

Tabela 10 - Distribuição relativa ao planeamento da gravidez é é é é é é é é é .é ..73

Tabela 11 - Distribuição relativa à mulher e ao homem terem trabalhado durante a gravidez é 74

Tabela 12 - Distribuição relativas ao nascimento: recém-nascido de termo e tipo de partoé é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é é é é 74

Tabela 13 - Distribuição de frequências do apoio percebido (pela mulher e pelo homem) da parte da família, amigo e/ou vizinhos é é é é é é é é é é é é é é é ..75

Tabela 14 - Distribuição de frequências do apoio percebido (pela mulher e pelo homem) da parte do cônjuge é ..é .76

Tabela 15 - Cruzamento das variáveis aborto e EPDS da mulher é é ..é é é é é .é ...76

Tabela 16 - Cruzamento das variáveis profissão e EPDS da Mulher é é ...é é é é é ..77

Tabela 17 - Distribuição dos casos de depressão na mulher e no homem é é ...é é é ...78

Tabela 18 ï Distribuição dos casos de depressão nos casais é é é é é é é é é é é ..78

Tabela 19 - Médias, desvios padrão e testes t de Student para as dimensões de EPDS e de EASAVIC em função do número de filhos é é é é é é é é é é é é é .79

Tabela 20 - Correlação de Pearson entre as dimensões Satisfação Conjugal e EPDS no homem e na mulher é ..80

Tabela 21 ï Médias, desvios padrão e testes t de Student para as dimensões de EPDS e de EASAVIC em função do elemento do casal é é é é é é é é é é é é 81

Tabela 22 - Correlação entre EPDS Mulher e Apoio percebido pela Mulher (Familiar, Amigos e/ou Vizinhos, Conjugue) é é é é é é .é é é é é é é é é é ..82

RESUMO

Com o nascimento de um filho acontecem muitas mudanças e adaptações a novos papéis, responsabilidades e rotinas de vida, levando a um grande impacto na vida pessoal e familiar dos novos pais (Relvas, 1996).

O objectivo deste estudo foi analisar a relação entre a satisfação conjugal nos casais e a depressão pós-parto. Participaram 25 casais (25 homens e 25 mulheres), casados ou em união de facto com o ensino secundário ou com o ensino superior. Os dados foram recolhidos através do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e um Questionário de Dados Sócio-Demográficos. Pretendeu-se ainda demonstrar como as variáveis EPDS e EASAVIC se comportavam sob a influência das variáveis 1º filho e suporte familiar/social.

Efectuadas as respectivas análises estatísticas, verificou-se que houve uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a depressão pós parto e a satisfação conjugal. Enquanto que na mulher apenas se verificou uma correlação significativa moderada negativa entre a depressão e o funcionamento conjugal, no homem todas as dimensões da satisfação conjugal apresentam correlações negativas moderadas e significativas entre as dimensões da satisfação conjugal e da depressão. Estes dados apontam no sentido de ao existir no seio de um casal depressão pós parto esta irá afectar e diminuir a sua satisfação conjugal.

ABSTRACT

With the birth of a child occur many changes and adjustments to new roles, responsibilities and routines of life, leading to an big impact on personal and family life of new parents (Relvas, 1996).

The aim of this study was to analyze the existence of a relation between marital satisfaction in couples and postpartum depression. 25 couples participated (25 men and 25 women), married or unmarried couples with secondary or higher education. Data were collected through the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Scale for Assessment of the Areas of Life Satisfaction in Marriage (EASAVIC) and a Questionnaire Socio-Demographic Data. It was still intended to demonstrate how the variables and EPDS EASAVIC behaved under the influence of variables 1st child and family support / social.

Made their statistical analyzes, we found that there was a statistically significant and negative correlation between postpartum depression and marital satisfaction. While in women there was only a moderate negative correlation between depression and marital functioning in man all the dimensions of marital satisfaction show moderate and significant negative correlations between the dimensions of marital satisfaction and depression. These data point towards the existence within a couple of postpartum depression that will affect and decrease their marital satisfaction

PALAVRAS-CHAVE

Depressão Pós-Parto

Satisfação Conjugal

Parentalidade

LISTA DE ABREVIATURAS

DPP ï Depressão Pós-Parto

EASAVIC ï Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

EPDS ï Edinburgh Postnatal Depression Scale

1. Enquadramento Teórico:

1.1. Conceito de Família:

ñ*Família é contexto natural para crescer. Família é complexidade. Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos. Família gera amor, gera sofrimento. A Família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se*ò (Relvas, 1996, p. 9).

ñ*A família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados***ò**. (Gameiro 1992 cit. por Relvas,2000).

Na opinião de Guerreiro (2002), a família é considerada nas sociedades humanas o elemento central e a mais antiga instituição social, seja qual for a forma que assume como também da extensão, nas diferentes épocas e culturas, das suas funções.

Guerreiro (2002) refere que existem vários modelos familiares que vão mudando ao longo do tempo mas que continuam a coexistir nas sociedades actuais, propondo que deve ser feita uma definição de família mais alargada e que esta deverá assentar na existência de solidariedade e laços biológicos ou sociais sendo que estes últimos poderão estar oficialmente instruídos ou não.

ñ*Ler sistemicamente a família implica (****é*** *) ter uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal)* ò (Alarcão, 2006, p.39).

Sampaio e Gameiro (1985), cit. por Alarcão, (2006) definem a família como ñ*um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em*

*contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados*ò.

ñ*Cada família é um todo (é mais do que a soma dos elementos que a constituem), mas é também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade). Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades mais pequenas que são, elas próprias, partes do grupo total (são os subsistemas, o menor dos quais é o individuo*ò. (Relvas, 2000, p. 22).

Segundo Relvas (2000) cada elemento da família está incluído e interage em diferentes sistemas e subsistemas, ocupando ao mesmo tempo diferentes papéis que vão implicar outras funções e outros estatutos.

Alarcão (2006, p. 356) referiu que um ñsistema é um ***ñ****conjunto de elementos ou unidades em interacção constante e recíproca, ordenados segundo determinadas regras e formando um todo organizado. Sub-sistemas são unidades mais pequenas que integram o sistema e têm as mesmas propriedades que este possui****ò***.

Nas famílias, existem vários subsistemas, nomeadamente: A) Individual, sendo este constituído pelo indivíduo (membro da família), B) Parental, com funções e dever de proteger e educar as gerações mais novas, normalmente constituído pelos pais ou por pessoas que poderão ter que os substituir, C) Conjugal, mulher e marido, elementos bastantes importantes para o aspecto da identificação futura, D) Fraternal, constituído pelo conjunto dos irmãos sendo a principal função a aprendizagem de saber gerir as relações entre iguais. (Relvas 2000).

1.1.2. Ciclo Vital da Família

ñ (é) *conjunto de etapas que uma unidade familiar atravessa desde a sua constituição até ao seu desaparecimento, especificando as suas principais características, tarefas, dificuldades, e potencialidades*ò. (Alarcão, 2006, p. 341).

Segundo Relvas (1996) cit. por Relvas (2000, p. 25) ñ *Cada família nuclear percorre um ciclo vital, marcada por etapas desenvolvimentais, caracterizadas pela prossecução de objectivos específicos que concorrem, em última análise, para a obtenção do seu objectivo último: a sobrevivência do sistema familiar e o cumprimento das suas funções globais*ò.

Asen e Tomson (1997, cit. por Alarcão, 2006) referem que a palavra ciclo é uma roda da vida da família que liga as diferentes gerações e que se move de uma forma interminável.

Relvas (1996) referiu 5 diferentes etapas no ciclo vital da família: 1) Formação do casal, 2) Família com filhos pequenos, 3) Família com filhos na escola, 4) Família com filhos adolescentes, 5) Família com filhos adultos.

Segundo Alarcão (2006), a primeira etapa inicia-se com a formação do casal, ou seja constrói-se a partir do namoro, um período composto por magia, de planos futuros, mas que também tem por característica ser um tempo curto para os namorados, visto estes organizarem-se para passarem o máximo de tempo juntos e este parecer sempre pouco.

O novo sistema aparece quando há o casamento dando lugar a uma nova família, ou seja ao subsistema conjugal. O casal trás as suas heranças familiares e aquisições pessoais e

para que sejam criadas fortes raízes e uma base segura, é importante que estes respeitem e articulem a individualidade e a totalidade de cada um (Alarcão, 2006).

A segunda etapa do ciclo de vida familiar ocorre quando a família tem filhos, quando nasce o primeiro filho. Nesta etapa surge um novo subsistema: o parental, em que novas funções e novas tarefas são assumidas, ocorrendo uma reorganização relacional. O casal assume a função parental, coexistindo o subsistema conjugal e o subsistema parental, mas segundo Alarcão (2006, p. 131), ñ *a conjugalidade não pode ser anulada, nem mesmo ocultada, pela parentalidade, tem que ser com ela articulada*ò. O tempo que o casal tem um para o outro marca o crescimento da relação, por este motivo não se pode esquecer a e realçar ñ *a necessidade que ele têm de um espaço próprio, distinto dos espaços individuais, familiares e sociais dos conjugues*ò Alarcão (2006, p. 131).

A família com filhos na escola é a terceira etapa do ciclo vital familiar. (Alarcão 2006). Surge nesta etapa o encontro dos dois sistemas: família (os pais) e escola (os professores, competindo a estes impor limites e definir regras para clarificação dos papéis. (Evéquoz, 1990, cit. por Alarcão, 2006).

Esta etapa é ño primeiro grande teste ao cumprimento da sua função externa, e através dela, sua função interna.ò (Alarcão, 2006, p. 154)

A quarta etapa do ciclo vital surge quando a família tem filhos adolescentes. Esta caracteriza-se por ser a mais difícil e longa devido ao equilíbrio permanente que deverá existir entre as exigências familiares e as aspirações de cada um.

Os grupos de pares passam a assumir um papel de destaque bastante importante para o adolescente (Alarcão 2006).

ñ*Os pares são iguais, com dúvidas, energias, certezas, desafios, medos, angustias e desejos qualitativamente idênticos. Por isso o adolescente sente-se em* ***ñ****casa****ò*** *mais confortável perante o conhecimento que o outro é como ele, sente como ele, tem os mesmo problemas que ele*.ò (Alarcão, 2006, p. 173).

De acordo com Alarcão (2006), a gestão do poder é um dos temas mais importantes desta etapa, os filhos querem ganhá-lo e os pais receiam perde-lo, gerando-se assim um conflito de gerações. No entanto o adolescente não pode ter o poder dos pais e os pais não podem reclamar o poder dos filhos. ñ*É impossível pensar nesta etapa do ciclo vital da família sem a conceber como um período de grandes mudanças em que todos se tornam, de alguma forma, uma novidade para os restantes****ò*** (Alarcão, 2006, p. 167).

A família com filhos adultos é a última etapa do ciclo vital familiar. Esta fase é cheia de mudanças, de movimento familiar, caracterizada por saídas e por entradas, novas relações e novos papéis. (Alarcão, 2006). Nesta etapa a saída dos filhos de casa é o mais comum, no entanto nos dias de hoje essa saída está mais atrasada (prolongamento dos estudos, dificuldade em arranjar emprego, pouca maturidade para o casamento). Os filhos ao permanecerem na casa dos pais têm que continuar a cumprir regras estipuladas por eles (os horários das refeições). No entanto é muito importante que a família facilite a saída e a reentrada dos filhos de casa, mesmo sendo movimentos contraditórios. (Alarcão, 2006)

ñ*Compreende-se que um bom afastamento potencia uma boa reentrada, até porque dessa forma, a saída representa a transformação da relação que o desenvolvimento individual e familiar aguardam*.ò (Alarcão, 2006, p. 191).

1.2. Parentalidade: Nascimento do filho

As várias classificações do ciclo de vida consideram que o nascimento do primeiro filho é o ñacontecimento-chaveò que conduz à transição para uma nova fase da família. (Relvas, 1996) Segundo o autor com o nascimento de um filho acontecem muitas mudanças e adaptações a novos papéis, responsabilidades e rotinas de vida, levando a um grande impacto na vida pessoal e familiar dos novos pais.

De facto as rotinas quotidianas da família alteram-se completamente, na medida em que os pais têm de se adaptar às necessidades do bebé, de criar rotinas ligadas à alimentação, ao banho, à hora de dormir, à mudança de fraldas, etc. (Fiese, 2006, cit por Crespo, 2007)

Tornar-se mãe e pai implica um ponto de viragem grande na qual a vida da pessoa altera-se por completo, requerendo a adaptação a mudanças na vida e nos comportamentos que se têm até aqui. Pode surgir um desequilíbrio, por um lado, mas também um desenvolvimento e aquisição de competências psicológicas e sociais, por outro lado. (Araújo e Canavarro, 2001; Figueiredo, 1997; cit. por Monteiro, 2005)

Em muitos casos este processo de adaptação, implica um período de tempo que pode ser mais ou menos prolongado. Esse período está dependente em grande parte pelo stress e ansiedade sentidas pela família com o nascimento do filho. Este aspecto tem sido observado e analisado em diversos estudos, que percepcionam a chegada do primeiro filho como um momento de crise. (Tessier, Piché, Tarabulsky e Muckle, 1992; White e Booth, 1985; cit. por Pires, 2008)

Verifica-se também comportamentos e reacções diferentes a situações de stress, ou seja, perante uma mesma situação como o nascimento de um filho, uma família pode ter uma má reacção e descompensar, enquanto que outra família poderá adoptar estratégias adequadas e funcionais. Isto significa que, mais do que observarmos o estado de crise com o nascimento do bebé, devemos verificar o modo como as famílias reagem a este acontecimento de vida. (McCubbin & Patterson, 1983, cit. por Pires, 2008)

A transição para a parentalidade é considerada como a crise mais importante na vida da mulher, na medida em que implica adaptações importantes a curto prazo. Isto ocorre porque a mãe, têm que ter cuidados especiais com o seu estilo de vida e hábitos, bem como passar por várias transformações físicas e psicológicas. Para além disso têm sobre ela o peso que a sociedade dá à maternidade. (Pires, 2008)

Segundo Colman & Colman, (1998, cit. por Crespo, 2007), a gravidez, é apenas um estádio de desenvolvimento que antecede um estádio de longo prazo, o da maternidade, onde começa uma vida de medos e de surpresas, decepções e alegrias e ainda de barreiras e de vitórias. Aqui o pai tem cada vez mais uma maior influência e intervenção. Actualmente existe uma verdadeira cooperação entre o pai e mãe com o intuito de assegurarem o melhor para os seus filhos, bem como o viverem em conjunto todas as emoções a dois. Segundo os autores, o homem participa na prestação de cuidados e na educação dos filhos e também sofre transformações a nível psicológico apoiando emocionalmente a mãe das crianças, sendo fulcral neste suporte.

Como Canavarro (2001) afirmou, os progenitores enfrentam tarefas de desenvolvimento fulcrais para aprenderem a cuidar e a educar uma criança e sendo assim

contribuem desta forma, para o desenvolvimento da criança de forma estável e harmoniosa e para o seu desenvolvimento pessoal. Isto traduz-se em: (1) reavaliação e reestruturação da relação com os pais (família de origem); (2) reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro, (3) construção da relação com a criança enquanto pessoa separada e (4) reavaliação e reestruturação da sua própria identidade. Canavarro (2001)

Um dos acontecimentos mais importantes que acontecem na vida de uma família é o nascimento de um filho, porém este também poderá ser uma fonte de stress para os pais, pelas exigências que este novo papel terá nomeadamente a reorganização individual, a reorganização do casal e a reorganização profissional (Canavarro & Pedrosa, 2005; Cowan et al., 1985; Feldman, 1987; Goldberg & Michaels, 1988; Goldberg, Michaels, & Lamb, 1985; Levy-Shiff, 1999; Moura-Ramos, 2006; cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Mas também poderá ser uma fonte de grande satisfação, pelo significado que um filho trás à vida de um casal, pela realização pessoal e se for o caso, para conseguir uma reaproximação de elementos da família ao casal. (Cowan & Cowan, 2000; Grossman, 1988, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007)

No final dos anos 50, LeMasters (1957, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007), passou a perspectivar este fenómeno de forma um pouco distinta. No seu estudo, o autor concluiu que 83% dos casais avaliados tinham passado por uma forte crise na sua vida conjugal e familiar aquando o nascimento de um filho, o que levou LeMasters a concluir que a transição para a parentalidade é um momento de crise, que provoca importantes alterações na vida dos indivíduos.

Segundo Miller & Myers-Walls (1983, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007), apesar das muitas limitações metodológicas apontadas ao estudo de LeMasters, este foi determinante para o início do interesse no estudo da transição para a parentalidade.

Em estudos mais recentes comprovou-se que o nascimento de um filho não deve ser considerado um momento de crise, mas sim um acontecimento na vida do casal, normativo e previsível, que implica no entanto a necessidade de reorganização e adaptação (Boss, 2002; Canavarro, 2001; Cowan & Cowan, 1995; Oliveira, Canavarro & Pedrosa, 2005; cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007), podendo, em algumas situações, constituir uma situação perturbadora e indutora de elevados níveis de stress. (Miller & Sollie, 1980, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007)

Belsky (1984, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007) afirma que apesar do nascimento de um filho ser um acontecimento que envolve o casal e também toda a família, pais e mães tendem a adaptar-se de forma distinta, em função de vários factores, nomeadamente das suas características pessoais, das características do bebé e também das características do seu contexto social mais alargado.

De acordo com Cowan et al. (1985, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007) os casais iniciam a transição para a parentalidade como entes separados e distintos, ambos têm um percurso individual diferente mas têm um objectivo em comum: Formar uma família.

Homem e mulher, perspectivam, assim, o momento de transição para a parentalidade de formas distintas devido às suas diferentes características biológicas, de diferentes personalidades, atitudes, prioridades e formas diferentes de agir e gerir os seus

váriados papéis sociais. Neste contexto, pais e mães apresentam diferentes trajectórias na adaptação à parentalidade (Jordan, 1997; Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmaki, 2000; Moura-Ramos, 2006; cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Há mudanças que são mais intensas nas mulher do que nos homens. Para ambos existe uma alteração com os seus novos papéis mas é a mulher que experimenta uma maior perturbação devido às mudanças que ocorrem nos vários níveis da sua vida, nomeadamente: no sono, nos tempos de lazer, nas relações sexuais com o parceiro, na alteração do tempo disponível para estar com este e com os amigos. (Dickie, 1987, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007)

Devido às diferentes formas de reorganização que ocorrem na vida de pais e mães, os estudos têm sugerido que os pais relatam menores níveis de stress do que as mães (Levy-Shiff, 1999, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Também Miller e Sollie (1980, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007) verificaram que o nascimento de um filho estava associado a um aumento do stress para os progenitores, completando ainda, que esse stress era sempre inferior nos pais do que nas mães.

Num estudo realizado por Cowan et al. (1998, cit. por Moura-Ramos & Canavarro, 2007), cujo objectivo era compreender e estudar a mudança em cinco domínios distintos (sentido de identidade individual, relação conjugal, relação parental, percepção da família de origem e stress e suporte social), os investigadores verificaram, segundo os resultados, que, em quase todas as medidas, as mudanças nas mães pais foram mais acentuadas que as

mudanças nos pais, sentido que um dos factores devia-se ao envolvimento físico e psicológico, na medida em que, as mães envolvem-se física e psicologicamente mais que os pais.

White, Wilson, Elander e Persson (1999), num estudo sobre as dinâmicas familiares na transição para a parentalidade em famílias suecas, realizado com 91 casais à espera do primeiro ou do segundo filho, avaliados no 3.º trimestre da gravidez e 8.º mês pós-parto, também concluíram que as mães apresentavam maiores níveis de conflito dos papéis da família que os pais quando a criança tinha oito meses, pelo facto de se sentirem mais sobrecarregadas pelas diversas tarefas a realizar.

1.3. Depressão Pós Parto

Embora o nascimento de um bebé seja um acontecimento feliz para muitas pessoas, este período pode também implicar mudanças e disfunções. Tanto a gravidez, como o pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família. O nascimento de um bebé tem sido associado a situações de stress em algumas famílias (Romito et al , 1999).

A Depressão Pós-Parto geralmente inicia-se da quarta à oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus et al, 2000, cit. por Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

Os sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. (Klaus e cols., 2000, cit. por Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

A sintomatologia depressiva não é diferente daquela que poderá estar presente em episódios que não são relacionados com o parto e que apresentam preocupação com o bebé e instabilidade sendo que a intensidade pode variar de exagerada e francamente delirante. (American Psychiatric Association, 2000). O aspecto central da depressão é o humor deprimido e a característica principal da melancolia da maternidade é a labilidade do humor sendo que esta parece estar relacionada com uma elevada resposta a estímulos e o choro frequente, que nem sempre é decorrência de sentimentos de tristeza (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996).

1.3.1. Depressão Pós Parto Materna

A investigação sobre DPP materna enche bibliotecas. É possivelmente uma das áreas mais pesquisadas em psicopatologia do desenvolvimento durante os últimos 10 anos. As pesquisas mostraram que uma esmagadora maioria dos doentes são mulheres. (Beck, 2001; Alvarado et al., 2002; Coutinho, Baptista & Morais, 2002; Klaus et al. 2000, Righetti e al., 2003).

Os transtornos do humor que as mulheres apresentam no período pós-parto também incluem melancolia da maternidade, também conhecida ou denominada de *baby blues*.

O *baby blues*, geralmente têm uma remissão espontânea, ocorrendo entre o 2º e o 5º dia após o parto e é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, (O.Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997, cit. por Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

Diferente do quadro de melancolia da maternidade, algumas vezes os sintomas da depressão materna não ocorrem imediatamente a seguir ao pós-parto, mas sim noutro momento do desenvolvimento do bebé, principalmente ao longo do seu primeiro ano de vida, sendo o seu início lento e gradual (Cooper & Murray, 1995; Cummings & Davis, 1994; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995, cit. por Schwengber & Piccini, 2003).

Como outras fases do ciclo vital da família, a gravidez e o pós-parto, poderão ser um período propenso a crises, devido às mudanças física e psicológicas que ocorrem no casal e/ou a nível individual de cada um, que os acompanham (Maldonado, 2000).

De acordo com Stern (1997, cit. por Schwengber &Piccini, 2003), a recente mãe precisa mudar o centro da sua identidade de filha para mãe e por vezes de profissional para mãe de família. Esta reorganização será importante para ela conseguir fazer a distribuição do seu tempo, da sua energia como também das suas actividades.

Para Winnicott (1978, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005), a mulher, neste período, entra num estado que se denomina de ñpreocupação materna primáriaò em que ocorre um aumento de sensibilidade. Têm como objectivo capacitar a mulher a se preocupar com o bebé, desenvolvendo ela mesma uma identificação com o seu filho, para que consiga perceber o que ele necessita. (Granato & Aiello-Vaisberg, 2003, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005).

Conforme Aiello-Vaisberg & Granato (2002, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005), a mãe precisa conseguir suportar do seu bebé: ataques de cólera, a indiferença, a recusa ou a vontade de estar sempre a comer, falta de sono e cólicas. Estas mulheres precisam colocar de lado os seus interesses e actividades para conseguir cuidar do seu filho.

Por causa do estado especial em que a mulher se encontra, devido ao nascimento, as mães normalmente são tolerantes e conseguem fazer tudo isto. Mas o nascimento de um filho poderá reactivar um problema antigo, que não tenha sido ultrapassado pela mãe. (De Felice, 2000, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005)

A DPP ocorre em cerca de 10% das mães e pode levar seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar (Dunnewold, 1997, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini 2005); (O`Hara, Zekoski, Philips & Wright, 1990, Cooper & Murray, 1995, cit. por Frizzo, & Piccinini, 2005).

Embora fortemente associados à maternidade, por vezes, os sintomas da DPP materna podem surgir noutro momento do primeiro ano de vida do bebé e não necessariamente nas primeiras semanas após o parto. (Beck, 1991; Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus et al. 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995, cit. por Schwengber & Piccini, 2003). A literatura tem revelado que existe pouca distinção entre as depressões das mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até mesmo do segundo ano de vida dos filhos (Beeghly, Weinenberg, Olson, Kernan, Riley & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993, cit. por Schwengber & Piccini, 2003).

Os episódios de DPP normalmente duram alguns meses mas não se diferem de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto, em relação ao tempo de duração. (O'Hara, 1997).

Ao longo do primeiro ano de vida do bebé, a mulher que sofre de DPP poderá sofrer alterações de apetite e do sono, sentir dificuldade em adormecer especialmente depois de dar de mamar, ter crises de choro, problemas de concentração, de falta de energia e desinteressar-se por actividades que antes gostava de fazer. (Dunnewold, 1997, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Em alguns casos, existem mulheres que pensam em suicido e tem sentimentos excessivos de culpa podendo estes sintomas prejudicar as actividades rotineiras destas mulheres. (O'Hara, 1997)

Mulheres que apresentam DPP também podem apresentar diversos outros sintomas que não tem qualquer causa orgânica, nomeadamente dores de cabeça / cefaleias, dores nas

costas, erupções vaginais e dor abdominal. (Klaus et al., 2000, cit. por Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005).

Mas de um modo geral, a literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebé tende a ser leve (OõHara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005).

No entanto embora estas depressões possam ser leves, estes sintomas podem trazer uma grande sensação de desânimo para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher se sinta feliz com a chegada do bebé (Maldonado, 2000).

De acordo com Steiner & Tam (1997, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005), devido ao facto de a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebé ser geralmente leve ou moderada faz com que frequentemente não seja diagnosticada, podendo mais tarde tornar-se severa.

Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas das mulheres relacionadas com a maternidade, devido ao seu papel materno, devido ao seu filho e devido à mudança do tipo de vida aquando a chegada do bebé.

A existência de DDP materna pode ser extremamente prejudicial para a mãe, para a criança como também para a família. O que também pode contribui para este quadro é o facto das expectativas das mulheres, geralmente, serem um pouco irreais, visto estas se terem idealizado como uma mãe amorosa, sempre com capacidade de cuidar do bebé, de fazer as tarefas de casa, de responder às necessidades do parceiro e de conseguir trabalhar num emprego a tempo inteiro (Romito et al., 1999).

Mas segundo Dunnewold (1996, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) quando a mulher se consegue aperceber que na realidade não é capaz de conseguir executar todas estas funções, poderá sentir e desenvolver sentimentos de tristeza, depressão, raiva, ansiedade e culpa.

OôHara (1997), referiu que o período pós-parto, particularmente do primeiro filho, é mais propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se assim as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas.

As mães de bebés recém-nascidos apresentam índices três a quatro vezes mais altos de depressão do que os pais (Mathey, Ungerer & Waters, 2000, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Segundo estes autores, a explicação para esta diferença relativamente aos homens, foram os pobres relatos dos afectos depressivos, bem como as diferenças na maneira que estes experienciaram a depressão. Ou também pode-se dever ao facto de os homens expressarem problemas no afecto através de sintomas diferentes daqueles que são avaliados nas entrevistas de diagnóstico e nos questionários auto-respondidos.

Areias, Kumar, Barros & Figueiredo (1996) nos resultados do seu estudo sobre depressão em mulheres e homens depois do nascimento de um bebé, revelaram que as mães apresentavam maiores índices de depressão que os pais, nos primeiros meses. No entanto também verificaram que no final do primeiro ano do bebé, a depressão começava a aparecer nos homens, seguindo a ocorrência de depressão nas suas mulheres.

Estes autores referiram que as mulheres que apresentam DPP tornam-se extremamente sensíveis reagindo com uma empatia exagerada (chorarem ao ler uma notícia triste no jornal, ao ouvirem uma história na televisão).

Este estado de fragilidade e hiperemotividade pode fazer com que a mulher chore durante meia hora e logo depois pare e não pense mais nisso, apresentando assim um humor próximo ao normal. A irritabilidade, a fadiga e a tristeza, são outros dos sintomas associados a este quadro (Szejer & Stewart, 1997, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005).

Areias, Kumar, Barros & Figueiredo (1996) também referiram que estes sintomas são intermitentes estando geralmente associados aos sentimentos de incapacidade e de falta de confiança em si própria.

As mulheres com depressão podem muitas vezes pensar que não existe esperança nem auxílio. Muitas vezes elas sentem que não são boas mães, pensam que não sabem tratar e cuidar do seu bebé da forma mais correcta como também sentem que são um estorvo para o seu companheiro, para a sua família e para os seus amigos. Sempre com dúvidas a respeito de si próprias, muitas vezes essas mulheres que anteriormente se consideravam competentes e bem-sucedidas, começam então a sentir-se incompetentes e com muitas falhas (Dunnewold, 1996, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005),

1.3.2. Depressão Pós Parto Paterna

A DPP paterna tem uma apresentação única que a difere da DPP materna. Embora tanto os homens como as mulheres apresentem um humor disfórico e uma diminuição das actividades, nos homens é identificado uma ñmudança de comportamento interpessoalò, caracterizado por retraimento social, indecisão e irritabilidade (Williamson, 1987, cit. por Spector, 2006).

Intervenções clínicas centram-se normalmente sobre as mães e bebés. Os pais por outro lado são mantidos à parte. Se considerarmos as teorias do desenvolvimento e investigação, a saúde e os serviços sociais ou a organização como o fornecimento de segurança social e económica para a família o apoio emocional é realizado para a mãe durante o período infantil (Solantaus & Salo, 2005).

A depressão é um distúrbio de saúde mental incapacitante. Num estudo em mais de 9000 pessoas, a partir do National Comorbidity Survey verificou-se que a depressão afecta 16,2% da população em geral ao longo da vida (Kessler et al., 2003, cit por Spector, 2006).

As primeiras pesquisas mostraram que uma esmagadora maioria dos doentes são mulheres. Entretanto a depressão entre os homens, surgiu como um foco crescente na investigação. Depressão especificamente entre os pais tem recebido uma crescente atenção na comunidade de pesquisa. (Jacob & Johnson, 2001; Phares, Duhig, & Watkins, 2002, cit. por Spector, 2006).

Os pais receberam uma nova consideração quando nos Estados Unidos foi feita uma revisão das políticas existentes e programas de apoio para ajudarem os homens no seu papel de pais. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos iniciou a iniciativa da paternidade, liderada por agências federais para recolher os melhores dados possíveis sobre os pais (Cabrera & Peters, 2000, cit. por Spector, 2006).

Esta iniciativa juntamente com o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, começou a mapear as interacções entre o apoio público, políticas do local de trabalho e possíveis intervenções para ajudar no tratamento dos homens para lidar o papel da paternidade (Cabrera & Peters, 2000; Cochran & Rabinowitz, 2003, cit. por Spector, 2006).

Edwards, Nazroo, & Brown, (1998, cit. por Spector, 2006) referiram que uma boa qualidade do casamento correlaciona negativamente o risco de depressão em ambos marido e mulher.

A habilidade para a resolução de problemas deteriora-se no seio das famílias com DPP paterna, possivelmente contribuindo para uma baixa qualidade conjugal. Alem disso, a comunicação dentro da família muda no tom e no conteúdo. (Jacob & Johnson, 1997, cit. por Spector, 2006)

Johnson & Jacó (2000, cit. por Spector, 2006), constataram que toda a família adere a uma ñsupressão de positividadeò em que os comentários positivos são muitas vezes sem suporte ou dado uma resposta negativa, criando um ambiente desconfortável e pesado. A depressão do pai tem um grande impacto sobre as perspectivas financeiras, bem-estar da família, o que precipita a culpa pelo sofrimento do pai.

Os pais escondem muitas vezes os sintomas de dor inicial A própria família, na maior parte das vezes, não sabe, nem consegue observar se estes novos pais, após o parto, sofrem desta sintomatologia. (Kreicberg e al., 2004, cit. por Spector, 2006).

Mais recentemente, a experiência do homem face à paternidade foi também analisada por Jordan (1990, cit. por Figueiredo, 1997) que mostrou que os pais também têm de lidar com mudanças significativas a respeito da identidade própria e das relações interpessoais, vivenciando igualmente dificuldades em se adaptar ao seu novo papel.

Foi contudo (Bibring 1995, cit. por Figueiredo, 1997) um dos primeiros autores a considerar a maternidade enquanto um momento de crise no processo normal de desenvolvimento do indivíduo. O nascimento de um bebé constituiu-se num importante ponto de viragem na vida do próprio na medida em que obriga à constituição de uma nova organização intrapsíquica.

Na transição para a maternidade há a vivência de uma crise de desenvolvimento. O nascimento de um novo bebé constituir-se-ia num momento de crise porque: a) num curto espaço de tempo, o indivíduo vê-se obrigado a significativas mudanças no seu equilíbrio biológico, psicossocial e social, a um nível tal como poucas vezes acontece na sua vida; b) porque estas mudanças se verificam particularmente no que se refere aos papéis sociais, aos padrões existenciais e às relações interpessoais, os quais devem ser renegociados consigo mesmo e com os outros; c) estas mudanças interferem significativamente na identidade do próprio, a um nível tal que pode gerar perda ou confusão do sentido de *self*. (Gruen 1990, cit. por Figueiredo, 1997).

Rees & Lutkins (1971) afirmam que a conclusão da incidência de depressão permanece uniforme em toda a gravidez e os 12 meses após o parto. Não há incidências de depressão com o puerpério, sendo que 3% dos pais são moderadamente deprimidos durante a gravidez e até 12 meses depois.

Pais, pela primeira vez, são particularmente mais propensos à depressão (Cowan e al, 1991, cit. in Fatherhood Institute, 2007).

Condon, Boyce & Corkindale (2003) ao contrário do esperado por eles, no resultado do seu estudo, verificaram que a gravidez parece ser o período mais stressante para os homens submetidos à transição para a paternidade. Os resultados sugerem que as mudanças mais importantes ocorrem na gravidez relativamente cedo e esses homens pareciam estar mal preparados para o impacto da maternidade nas suas vidas. Embora também tivessem verificado que em relação ao período pós-natal, os pais bebiam mais álcool, encontravam-se mais deprimidos e irritáveis, tiveram uma influência mais negativa e sofreram mais sintomas somáticos.

Embora a gravidez seja um período de grande stress para os pais no período pós parto as taxas de depressão são mais elevadas após o parto do que antes do parto (Huang & Warner, 2005 cit. in Fatherhood Institute, 2007).

Paulson & Bazemore (2010) no seu estudo meta-analitico sobre a DPP masculina, observaram que o pai também poderá sofrer de DPP atingindo cerca de 10,4% da figura paternal. O maior valor de incidência situava-se entre o 3º e o 6º mês do pós-parto, sendo a sua ocorrência de 25%. Outro dado importante foi a correlação com a DPP materna, chegando a apresentar o dobro de frequência no homem cuja companheira está deprimida.

Para além dos sintomas mais comuns da depressão, alguns sintomas específicos da DPP poderão ocorrer, tais como: trabalho excessivo, refugio na bebida, automedicação, auto-flagelar-se, sofrer acidentes com frequência, ter atitudes hostis e de agressividade, iniciar um caso extraconjugal ou mesmo abandono da família no pós-parto. Ao agravar os diagnósticos de DPP masculina deve-se, então as questões culturais, na medida em que os homens, em grande parte dos casos, não reconhecem e não são reconhecidos no seu sofrimento (Paulson & Bazemore, 2010).

1.4. Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal define-se como uma avaliação pessoal e subjectiva de uma relação feita por um casal. Nesta avaliação cada indivíduo expressa a sua opinião sobre si e sobre o seu cônjuge, no que diz respeito ao seu desempenho e satisfação de ambos na relação. Individualmente cada um tem os seus critérios para categorizar a satisfação, desse modo o que significa estar satisfeito para um indivíduo pode não significar para outro (Pires, 2008).

Karpel (1994, cit. por Pires, 2008), refere que ninguém pode colocar de lado todas as necessidades da outra pessoa e de que nenhum relacionamento é perfeito e sem problemas, propondo como conceito de relacionamento satisfatório: 1) os sentimentos de paixão, 2) a compreensão, 3) a alegria e proximidade pelo equilíbrio entre o apego e a autonomia, 4) aceitação por parte do outro a algumas limitações e decepções de cada elemento do casal.

Surgiram vários estudos com vista à construção de modelos teóricos com o intuito de esclarecer as origens da satisfação nos relacionamentos conjugais. O modelo de Miller (1976), Fincham, Beach e Kemp-Fincham (1997), de Johnson e Booth (1998), Gottman e Silver, (2001), Narciso (2001).

Elaborado nas décadas de setenta, segundo o modelo de Miller (1976), os predictores da satisfação conjugal são 7: (a) Antecedentes de socialização, (b) os papéis de transição na família, (c) o número de filhos, (d) o tempo de casamento, (e) a frequência e a duração da convivência, (f) o nível socio-económico e (g) o espaço para os filhos.

Fincham, Beach & Kemp-Fincham (1997) consideram que a vida conjugal é caracterizada por descontinuidades, ou seja, oscilações entre momentos de afectividade positiva e outros momentos de afectividade negativa. Esta consideração é coerente com a perspectiva dialéctica na satisfação das relações íntimas.

Já Johnson e Booth (1998) por sua vez propõem um modelo que combina personalidade e experiências de vida dos cônjuges, sujeitas a influências ambientais resultando daí padrões de interacção que se estabelecem de forma precoce na evolução do relacionamento.

Segundo Gottman e Silver (2001), todos os casais têm problemas ao longo da sua vida conjugal e atravessam períodos de maior e de menor satisfação, sendo que as flutuações de satisfação dentro de uma relação são normais. A diferença entre um casal feliz e um casal infeliz deve-se ao facto de que no casal feliz estes são emocionalmente inteligentes e, com isso, conseguem estabelecer uma dinâmica em que os seus pensamentos e sentimentos positivos se sobrepõem aos negativos.

Na mesma linha de pensamento surge o trabalho de Narciso (2001) em que refere que as relações são dinâmicas, resultando da conjugação de dois processos de desenvolvimento. Os membros do casal não deixam de ser indivíduos e por essa razão têm experiências e sentimentos únicos, fazendo com que estes se desenvolvam continuamente enquanto seres. O autor considera que a satisfação e a insatisfação não apenas uma simples dicotomia. São, segundo o mesmo, um jogo dinâmico de oposições entre os indivíduos.

De forma resumida, do que foi referido, são vários os autores que consideram que as relações conjugais são dinâmicas, em crescimento constante e, como consequência, as percepções subjectivas da relação ï satisfação conjugal ï também variam ao longo do ciclo de vida humano (Miller, 1976, Fincham, Beach e Kemp-Fincham, 1997, Johnson e Booth, 1998, Gottman e Silver, 2001; Narciso, 2001).

ñ*É da relação conjugal* ***ï*** *resultante de um querer livre de marido e mulher* ***ï*** *que partem todas as outras* ***ï*** *paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco.****ò*** (Narciso & Ribeiro, 2009, p. 50).

Outras pesquisas surgem porém para determinar as variáveis que se relacionam com a satisfação conjugal, tais como: (a) sexo, (b) grau de escolaridade (c) número de filhos e presença deles em casa (d) nível sócio-económico e tempo de casamento. (Hiccks & Platt, 1970; Weiss e Palos, 1988; Coleta, 1989, Roth e Peck, 1951, cit. por Pires, 2008).

Num estudo realizado com 146 casais, relativamente às diferenças de sexo, Hernandez e Oliveira (2003) tinham como objectivo investigar os componentes do amor, sendo que verificaram que a intimidade comunicativa é o indicador mais significativo, quer para os homens quer para as mulheres, sendo que quanto mais elevado para as mulheres, mais baixo era para os homens.

Relativamente à componente dependência romântica, este revelou-se o indicador de satisfação menos relevante para as mulheres, não se correlacionando estatisticamente com a satisfação dos homens. Verificou-se que com valores mais elevados nas mulheres, há decréscimo na satisfação dos homens. Ou seja, os componentes indicativos da satisfação são diferentes para o homem e para mulher (Hernandez e Oliveira, 2003).

Quanto ao tempo de casamento, verificou-se, segundo Narciso (2001):

(a) Um aumento regular na satisfação ao longo do tempo;

(b) Ou m declínio nos primeiros anos de casamento;

(c) Ou ainda um padrão curvilinear, onde existem níveis elevados de satisfação nos primeiros anos de casamento, seguidos de um declínio que dura entre 10 a 20 anos, seguido de um aumento após a meia-idade.

No que concerne à importância dos primeiros anos da relação (Fine e Harvey, 2006, cit. por Pires, 2008) salientam a resolução de conflitos nos primeiros anos de casamento. Segundo os autores é nestes que se revelam e confrontam as principais zonas de conflito entre os membros do casal. No seu estudo, de 3 anos, com recém-casados, verificou-se que havia um declínio na percepção da qualidade do casamento, apesar de que os conflitos não revelaram ser indicadores independentes. Isso está em consonância com a abordagem de Gottman e Silver (2002) que observaram os conflitos como transversais a todo o casamento, sendo de grande importância a forma como são geridos e integrados.

Num outro estudo longitudinal (9 anos), Lindahl, Clements e Markman (1997, cit. in Pires, 2008), verificaram um declínio na satisfação conjugal nos 4 primeiros anos, seguidos de um período de estabilização.

Também Kurdek (1998, cit. por Pires, 2008) verificou um decréscimo na satisfação conjugal, no seu estudo de 6 anos. Em destaque está a acentuação desse decréscimo entre o primeiro e o segundo ano de casamento originados pelos seguintes factores:

(a) presença de filhos na fase inicial do casamento, (b) decréscimo da satisfação dos cônjuges com o suporte social recebido, (c) decréscimo da fé/confiança na relação, do valor da ligação e da motivação intrínseca para estarem casados e na mulher, (d) aumento da afectividade negativa e crenças disfuncionais acerca da relação. Um contributo relevante deste estudo foi ter verificado que a variabilidade da mudança na satisfação conjugal ao longo dos primeiros seis anos de casamento era explicada por padrões de mudança ao longo dos primeiros quatro anos, mais do que por variáveis de risco avaliadas no momento do casamento.

A mudança é assim uma constante em todo o desenvolvimento da vida conjugal, não bastando observar se um casal tem tudo para ter um casamento satisfatório, mas sim também sendo necessário verificar que ao longo deste, o casal se sente satisfeito, apesar de todas as contrariedades e desafios da vida (Pires 2008).

Satisfação significa originalmente ñ*facere***ò***,* ***ñ****satisfazer o bastante***ò**. Segundo Narciso (2001) este é um conceito que remete para uma avaliação positiva do outro, e da própria relação. A satisfação conjugal resulta de uma avaliação pessoal e subjectiva, elucidando a avaliação do cônjuge face à qualidade da relação de casal.

Esta avaliação por parte de cada indivíduo irá influenciar como é vivida a relação conjugal, que por sua vez influencia a satisfação conjugal e assim sucessivamente, estabelecendo um ciclo que tenderá a auto perpetuar-se no tempo (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

Desta forma, a satisfação conjugal pode ser considerada como um ponto central do bem-estar, que em grande medida parece contribuir para a felicidade individual, quando

comparada a outros factores, tais como o sucesso profissional, a religião, ou os bens materiais e financeiros partilhados. (Glenn, 1998, cit. por Pires Lopes, 2009). Vários estudos revelam uma associação estatisticamente significativa entre insatisfação conjugal e (a) níveis mais elevados de *stress*, (b) maior vulnerabilidade em casais insatisfeitos, (c) problemas de saúde física ou mental. Foram encontradas em mulheres, por vários autores, fortes associações entre depressão e insatisfação conjugal (Bradbury et al., 2000; Cohan & Bradbury, 1997; Ross, 1995, cit por Lopes, 2009; Narciso, 2001).

No entanto, na vida conjugal existe uma alternância entre momentos de afectividade positiva e momentos de afectividade negativa pelo que não faz sentido analisar a satisfação conjugal sem ter em conta a insatisfação, sendo que ambas fazem parte de um processo mais vasto, em que ambas coexistem. (Fincham, Beach, & Kemp-Fincham, 1997, cit. por Narciso, 2001)

Deste modo a complexidade inerente à vivência da relação conjugal, implica necessariamente a existência de momentos de conflito e de sentimentos contraditórios, que permitem mediar os movimentos de aproximação e separação entre os parceiros, sendo este aspecto essencial, para a sua capacidade de adaptação e mudança e para o seu crescimento e desenvolvimento (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

Desta forma, segundo estes autores, a satisfação conjugal está sobretudo ligada a uma representação da relação enquanto *suficientemente boa*.

Glenn (1998, cit. por Lopes, 2009) referiu que no que concerne à conceptualização e avaliação da qualidade conjugal, existem segundo duas escolas principais: (a) a escola de *sentimentos individuais* e (b) a escola de *ajustamento conjugal*.

Na primeira (a escola de *sentimentos individuais)* a qualidade conjugal é definida como uma avaliação subjectiva que cada cônjuge tem e sente em relação ao nível de felicidade da sua relação.

Na segunda (a escola de *ajustamento conjugal)* a qualidade conjugal é uma característica da relação entre os cônjuges, onde se utiliza medidas de ajustamento conjugal mais objectivas, sendo que estas avaliam mais os aspectos de interacção relacional (comunicação e o conflito).

Porém Sabatelli (1988, cit. por Narciso, 2001), por sua vez, defende que a qualidade conjugal pode ser uma mistura de ajustamento e satisfação.

Analisar a satisfação conjugal implica compreender a avaliação dos parceiros quanto ao seu desempenho na relação e quanto ao desempenho da relação de si póprios. (Narciso & Ribeiro, 2009).

Narciso (2001) oferece um modelo sistémico de compreensão da satisfação conjugal, conceptualizando a satisfação conjugal global como o conjunto e interacção de vários tipos de factores. Assim, dos conceitos que fazem parte da complexidade da satisfação conjugal, podem ser encontrados ñ*factores centrípetos***ò**, que se constituem enquanto mais próximos do ñ*holon* conjugalò, que correspondem aos processos que geram e são gerados directamente pela relação.

Segundo Narciso (2001) e Narciso & Ribeiro (2009) nestes incluem-se: (a) processos afectivos, (b) processos operativos ou comportamentais e (c) processos cognitivos, sendo eles:

(a) Os primeiros, processos afectivos, referem-se à vivência afectiva na relação conjugal, a nível dos sentimentos, intimidade e compromisso;

(b) Os segundos, processos operativos, dizem respeito à forma como se estabelece a comunicação no casal, designadamente ao nível da vivência do conflito e resolução do mesmo, bem como a gestão do controlo relacional.

(c) Os processos cognitivos incluem os pressupostos, padrões, percepções, atribuições e expectativas vividas pelos elementos do casal.

Para além dos ñ*factores centrípetos***ò**, a satisfação conjugal é ainda influenciada por ñ*factores centrífugos***ò**, que apesar de mais periféricos relativamente à unidade do casal, afectam o ñ*holon* conjugalò e são por ele afectados.

Aqui se incluem, segundo Narciso (2001) e Narciso e Ribeiro (2009):

(a) Factores pessoais: (características de personalidade, padrões de vinculação);

(b) Factores contextuais (família de origem, rede social, contexto laboral);

(c) Factores demográficos (idade, estatuto sócio-económico, origem cultural).

As autoras referem que ambos os factores acima enumerados são por sua vez influenciados pelo ñ*factor tempo***ò** ou ñ*percurso de vida conjugal***ò**, que se evidencia como um factor transversal em relação aos restantes.

Assim, ao nível da influência deste factor face à satisfação conjugal global, destaca-se: (a) o tempo de duração da relação de casal e (b) os acontecimentos de vida, quer normativos, quer não normativos (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

As características dos elementos do casal, bem como as dos sistemas dos quais estes fazem parte vão permitir a criação de uma estrutura que irão determinar em grande medida o seu nível de satisfação conjugal. Neste sentido, a investigação tem encontrado diferenças consideráveis entre casais satisfeitos e casais insatisfeitos, sobretudo na forma como gerem a sua relação (Gottman & Silver, 2000).

De acordo com Gottman (1991, cit. por Narciso, 2001), os casais felizes e satisfeitos estabelecem uma dinâmica relacional que impede que os seus afectos negativos anulem os seus afectos positivos, conseguindo fazer uma melhor gestão das contrariedades, demonstrando uma maior maturidade emocional. O autor concluiu ainda que nos casais satisfeitos existe uma profunda amizade, caracterizada pelo respeito mútuo, bem como por uma grande estima, partilha de intimidade, prazer no contacto com o parceiro e expressão de afectos, que permitem, a manutenção de uma relação apaixonada (Gottman, 1991, cit. por Narciso, 2001).

Contrariamente os casais insatisfeitos segundo Kayser (1993 cit. por Narciso, 2001) reportam frequentemente: maior ausência ou dificuldade ao nível da partilha de intimidade, menor investimento afectivo na relação e menores níveis de apoio emocional.

Gottman & Silver (2000) completam com (d) predominância de afecto negativo nas trocas inter-accionais, (e) para além de padrões de comunicação deficitários e disfuncionais (menor expressão de sentimentos e necessidades, mensagens pouco claras, paradoxais e imbuídas de afecto negativo, deficiente escuta activa e empática), (f) menor equidade em termos do controlo relacional.

Davila, Bradbury, & Fincham (1998, cit. por Lopes, 2009), relativamente a este assunto disseram ainda que casais insatisfeitos reportam (g) maior disfunção ao nível dos limites e da vivência da dependência e maior grau de percepções, atribuições e expectativas negativas face ao parceiro.

Um vínculo conjugal saudável, permite o desenvolvimento individual dos parceiros e é caracterizado por uma vivência criativa. Isto não significa um estado perfeito de entendimento ou ausência de conflito, mas sim, a elaboração dos mesmos de modo dinâmico, transformando-os em aspectos de crescimento e enriquecimento da relação, segundo Vargas (1994, cit. por De Carvalho & Santanna, 2000).

Isto serviu para provar que a forma como o casal vivencia a sua vida conjugal vai ser bastante importante na sua transição para a parentalidade, especialmente por esta representar um período de grande *stress* e de uma diminuição de disponibilidade para a relação conjugal (Twenge, Campbell, & Foster, 2003, cit. por Lopes, 2008).

A transição para a parentalidade implica a necessidade de reconfiguração dos papéis familiares com os desafios de se tornarem uma família, sendo que estes aspectos poderão conduzir a um maior nível de conflitos. (McGoldrick, 1989, cit. por Lopes, 2008).

Existem várias investigações sobre o declínio da satisfação conjugal após o nascimento do primeiro filho. (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni & Von Klitzing, 2005, cit. por Lopes, 2008),

As principais causas referidas foram: (a) a sobrecarga entre tarefas domésticas e parentais, (b) a diminuição de tempos exclusivos do casal (Guttmann & Lazar, 2004, cit. por Lopes, 2008).

No entanto, Cowan & Cowan (1988, cit. por Lopes, 2008), concluíram, no seu estudo, que o surgimento de um filho não origina um nível significativo de insatisfação e conflito conjugal se estes factores não estiverem presentes antes da transição para a parentalidade.

Segundo estes autores, a parentalidade tende simplesmente a aumentar as dificuldades preexistentes no casal, ou seja, casais satisfeitos tendem a fazer uma melhor gestão dos aspectos ligados à transição para a parentalidade, fazendo um melhor ajustamento aos seus novos papéis.

Contudo estes autores também referiram que os casais insatisfeitos, cujos desafios da parentalidade aumentam as fragilidades da sua relação conjugal, potenciam uma maior vulnerabilidade, quer na relação de casal, quer em cada um dos mesmos.

Segundo os autores Falcke, Diehl & Wagner (2002, cit. por Antunes, 2008), a satisfação conjugal é afectada, tanto por factores conscientes como inconscientes, relativos a aspectos psicológicos, incluindo factores do meio ambiente, tais como: (a) sexo, (b) grau de escolaridade, (c) número de filhos, (d) presença ou ausência de filhos, (e) nível socioeconómico e (f) tempo de casamento.

Dela Coleta (1989, cit. por Antunes 2008) enumerou:

(a) A satisfação é uma reacção experienciada subjectivamente no casamento;

(b) A satisfação é uma atitude a respeito do próprio relacionamento conjugal;

(c) A satisfação é o resultado da diferença entre a percepção da realidade do casamento e as aspirações que os cônjuges têm a respeito da relação.

No casamento a ligação afectiva a alguém significativo e a consequente relação de intimidade são uma fonte de apoio emocional, o que potencia o desenvolvimento da auto-estima e a auto-confiança, ñferramentasò essenciais para lidar com o stress (Narciso, Costa & Prata, 2002).

Ao analisar as elevadas taxas de stress conjugal rapidamente se consegue perceber que se associarmos o casamento e o bem-estar estes pertencem unicamente a casais felizes sendo que também pessoas que não se sentem felizes com o seu casamento parecem ser ainda mais vulneráveis do que as divorciadas, a nível de problemas de saúde física e mental (Fincham, Beach & Kemp-Fincham, 1997; Glenn, 2001; Gottman, 1993; Halford & Bouma, 1997; Halford, Kelly & Markman,1997; Weiss & Heymen, 1997; cit. por Antunes, 2008).

Existem vários estudos reveladores de fortes associações entre depressão e insatisfação marital, incidindo sobretudo nas mulheres (Beach, Davey & Fincham, 1999; Cohan & Bradbury, 1997, cit. por Antunes, 2008).

Outros estudos revelam que o funcionamento imunológico individual depende, em grande medida, da satisfação conjugal percebida, o que influencia a vulnerabilidade face as infecções e a outras doença, e que a manifestação de sintomas, nomeadamente na doença crónica, parece variar em função da qualidade da relação conjugal, (Griffin, 1993; Halford, Kelly & Markman, 1997, cit. por Antunes, 2008, Gottman & Silver, 2001).

Na generalidade reconhece-se hoje que a satisfação conjugal é um fenómeno complexo, no qual interferem diversas variáveis, tais como: (a) características de personalidade, (b) valores, (c) atitudes e necessidades, (d) sexo, (e) momento do ciclo da vida familiar, (f) existência de filhos, (g) nível de escolaridade, (h) nível socioeconómico, (i) nível cultural, (j) trabalho remunerado e (l) experiencia sexual anterior ao casamento. (Dela Coleta, 1989; Olson, 2000; Sharlin, Kaslow, & Hammerschmidt, 2000; Spanier & Lewis, 1980, cit. por Antunes, 2008).

Numa pesquisa, realizada por Feldman (2000), com sessenta casais israelitas e seus filhos primogénitos de cinco meses verificou-se que quando ambos os pais apresentavam satisfação no seu relacionamento conjugal, aumentava a qualidade da consistência no micro-sistema conjugal. Os pais aprendiam a aceitar o ponto de vista um do outro. No entanto, a autora verificou que, quando havia uma discrepância saliente entre a satisfação conjugal do marido e da mulher, existia pouco diálogo e baixa influência mútua entre os cônjuges, o que acontecia era que um dos parceiros não tinha consciência da tristeza do outro, ou, em casos extremos, a satisfação de um dos cônjuges provinha justamente da negligência às necessidades do outro.

1.5. Depressão Pós-Parto e Satisfação Conjugal:

Para uma parentalidade sensível é necessária uma relação conjugal positiva e um importante apoio emocional (Belsky, 1984; De Luccie, 2001, cit. por Lopes, 2009).

Estas têm, segundo Levy-Shif (1994, cit. por Feldman, 2000), na altura da transição para a maternidade, correlação com a diminuição da depressão materna.

A existência de conflito conjugal predispõe a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe **(**Cooper & Murray, 1995, cit. por Pires, 2008**).**

Assim uma boa aliança parental, provenientes de uma maior disponibilidade e sensibilidade materna nos casais permitirá realizar um melhor ajustamento aos seus novos papéis e à relação com o bebé (Carneiro et al., 2006)

Em oposição, casais cuja relação é insatisfeita, tendem a ser mais narcisistas no seu projecto de parentalidade, projectando o futuro bebé enquanto anti-depressivo face às insuficiências da relação de casal e/ou do próprio (Diniz, 2004; Ferreira, 2002).

Segundo Gottman & Silver (2002) o nascimento de um filho pode trazer um decréscimo na satisfação conjugal e iniciar fracturas que podem conduzir ao divórcio.

Vários estudos têm apontado a transição para a parentalidade como um período crítico para a satisfação conjugal, sendo um deles os estudos de (Wilkinson, 1995 e Crohan, 1996, cit. por Pires, 2008) que analisaram as mudanças na qualidade da relação conjugal de casais na sua transição para a parentalidade a partir do nascimento do filho primogénito em comparação a casais sem filhos.

Ambos verificaram que o declínio da felicidade e da satisfação conjugal é mais acentuada nos casais com filhos do que os sem filhos. Wilkinson (1995, cit. por Pires, 2008) confirmou ainda a sua hipótese de que são as mulheres quem mais sofre o impacto da transição na relação.

Na mesma linha de pensamento, Gottman & Silver (2002) referem que 67% dos casais (na maioria, mulheres) sentiram uma queda significativa na satisfação conjugal.

Também Kurdek (1998, cit. por Pires, 2008) verificou que um dos factores responsáveis pelo decréscimo na satisfação dos cônjuges nos primeiros anos de casamento era a presença de filhos.

Mais recentemente surgem estudos que corroboram que a transição para a parentalidade causa uma diminuição na satisfação conjugal, sendo um deles o estudo longitudinal com 114 casais realizado por Rothman (2004) onde se chegou à conclusão que a satisfação com a relação conjugal permanece estável desde o início do casamento até o fim da gravidez, mas declina significativamente durante a transição para a parentalidade. Para a investigadora o declínio foi mencionado tanto pelos homens quanto pelas mulheres dos casais analisados, mas deveu-se a razões diferentes.

Para os homens, o declínio da sua satisfação com o casamento deveu-se à tendência para fazerem atribuições sobre o comportamento das companheiras. Para as mulheres, factores como depressão e temperamento do bebé foram referidos como determinantes no declínio da satisfação conjugal (Rothman 2004).

De modo semelhante, Schultz, Cowan & Cowan (2006) realizaram um estudo para examinar a trajectória da satisfação conjugal ao longo da transição para a parentalidade ao compararem casais que passavam para a fase da parentalidade, com casais que não tinham filhos. Os dados obtidos indicaram que há um declínio normativo e linear na satisfação conjugal desde a gravidez até aos 6 meses do bebé (período abrangido na pesquisa), o que não ocorreu com os casais sem filhos.

A família deverá ser capaz de conseguir repor forças e de estar aberta a novas oportunidades que possam surgir do exterior para conseguir enfrentar as mudanças que não estão à espera que aconteçam. Ao saber lidar com toda a dinâmica na vida conjugal e parental, irão certamente conseguir ultrapassar as situações de fracasso (Sousa, 2006).

Conforme o estudo longitudinal com 96 casais, realizado pelos investigadores Hidalgo & Menendez **(**2003, cit. por Menezes & Lopes, 2007), durante a transição para a parentalidade são os factores como o suporte emocional dos pais (mãe e pai), o envolvimento paterno com o bebé e a satisfação com a divisão dos trabalhos domésticos, que influenciam a forma como a relação conjugal se desenvolve.

O período pós-parto, com especial ênfase no primeiro filho, é propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 2000; OôHara, 1997; Szejer & Stewart, 1997, cit por Sotto-Mayor & Piccini, 2005).

O apoio do marido pode ajudar a mãe a desenvolver maior sensibilidade, acolhimento e envolvimento com o bebé. Este apoio paterno exerce uma função protectora contra a depressão materna. Igualmente se o pai apoiar, diminui a possibilidade de o filho desenvolver um envolvimento inseguro, no caso de a mãe ficar depressiva (Donovan & Leavitt 1989, cit. por Sotto-Mayor & Piccini, 2005).

Segundo alguns investigadores, quando a qualidade do relacionamento conjugal é afectada ocorre um declínio da satisfação conjugal no período pós-parto, principalmente para as mulheres (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Gotlib et al., 1991; Gottman, 2000; Robinson, Olmsted & Garner, 1989, cit. por Sotto-Mayor & Piccini, 2005, Feldman, 2000)

OôHara (1997) afirmou que a atitude do marido em oferecer suporte durante a gravidez e o nascimento pode ser considerada um factor significativo para uma boa adaptação da mãe ao período pós-parto. Segundo o investigador nenhum relacionamento é mais importante para uma mulher durante o puerpério, do que aquele que ela mantém com seu marido, concluindo que o relacionamento conjugal pobre pode levar à depressão materna.

Apesar de todas as mudanças que ocorreram e ocorrem nos papéis tradicionalmente masculinos e femininos, as ideias e os padrões estereotipados ainda tendem a dominar a vida dos casais de tal maneira que estariam complexamente interligados com os padrões de depressão. (Papp, 2000, cit. por Sotto-Mayor & Piccini, 2005).

Através de vários estudos, foi verificada uma deterioração da relação conjugal no período pós-parto, sendo esta deterioração compreensível, uma vez que os pais passam a focalizar os seus cuidados com o bebe, negligenciando, deste modo, as atenções ao parceiro, fundamentais para manter a relação amorosa entre o casal (Falceto, 2002, cit. por Antunes, 2008).

Unbehaum (2000, cit. por Antunes, 2008) completa dizendo que o nascimento de um filho tanto pode reforçar como fragilizar os laços afectivos existentes entre o casal.

A facilidade e a satisfação com que as mulheres e os homens fazem a transição para a parentalidade depende do êxito de aceitação da sua relação mútua. Esta relação está associada à capacidade dos cônjuges se compreenderem mutuamente, bem como de serem capazes de respeitar e aceitar os seus valores e comportamentos procurando trabalhar em equipa e desenvolver normas que permitam o crescimento de ambos (Brito & Oliveira, 2006, cit. por Antunes, 2008).

Num estudo realizado com 328 mulheres americanas O'Leary, Risso & Beach (1990, cit por Sotto-Mayor & Piccini, 2005) verificaram que 70% das participantes deprimidas e com dificuldades conjugais acreditavam que os conflitos conjugais estiveram no início dos seus sintomas depressivos. 60% destas mulheres acreditavam que os problemas conjugais foram a principal causa da sua depressão.

Outro estudo longitudinal com 400 mulheres americanas realizado por Brown e Harris (1986, cit por Sotto-Mayor & Piccini, 2005) apresentou dados similares. Este revelou que interacções conjugais negativas, tais como discussões, tensão, violência e frieza, constituíram um factor de previsão para uma maior vulnerabilidade à depressão.

Segundo Feldman (2000) a qualidade do relacionamento conjugal pode ser considerada um factor que interfere na vulnerabilidade da mulher para desenvolver problemas emocionais, particularmente no período após o parto. A grávida passa frequentemente por uma necessidade acrescida de afecto, ternura e sensualidade, solicitando ao cônjuge mais atenção, sendo este um período de crescimento e desenvolvimento da relação conjugal, pelo que deve ser vivido em plena cumplicidade.

O fortalecimento dos laços maritais e um bom ajustamento favorecem a adaptação da mulher à gravidez, promovendo a sua ligação ao feto (Lederman, 1996, cit. por Mendes, 2002) e prevenindo o aparecimento e desenvolvimento da depressão pós-parto (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005).

No final da gravidez, dado que a ligação mãe-bebé é muito forte, é frequente a mãe e criança sobreporem-se a outras relações, como a relação marital, e é frequente que, de acordo com Alarcão (2006) o elemento masculino se sinta excluído.

Nos estudos realizados por Wilkinson (1995, cit. por Pires, 2008) e Crohan (1996, cit. por Pires, 2008) estes concluiram que o declínio na satisfação conjugal era mais pronunciado entre os casais que passavam pela transição para a parentalidade, a partir do nascimento do primeiro filho, do que os casais que não tinham filhos.

Também Anderson, Russel & Schumm (1983, cit. por Pires, 2008) concluíram que, em geral, a satisfação conjugal é mais alta no início do casamento, declinando depois com o nascimento do primeiro filho, e volta a crescer quando os filhos se tornam adolescentes e deixam a casa dos pais.

Rothman (2004) afirma que apesar das alterações serem cada vez maiores nos padrões conjugais, a satisfação conjugal permanece estável desde o início do casamento até à gravidez, onde se observa um declínio significativo.

Outras investigações apontam para o facto de não ser a transição em si que provoca o declínio na satisfação conjugal, mas sim o grau de envolvimento emocional que influencia a maneira mais ou menos de adaptação para atravessar esse momento de crise (Menezes & Lopes, 2007).

Apesar do possível aumento de stress e conflitualidade, outros estudos indicam porém que os casais têm tendência a sentirem mais afecto um pelo outro e a demonstrarem maior satisfação conjugal. (Sanders & Robin, 1987, cit. por Mendes, 2002).

Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes (2008) realizaram um estudo qualitativo para determinar os sentimentos das grávidas em relação à maternidade em determinadas áreas. Relativamente aos indicadores satisfação e apoio conjugal, as grávidas referiram estar satisfeitas com o facto de os companheiros passarem a dividir mais as tarefas domésticas e de sentirem, nesta fase, maior solidez no relacionamento conjugal. Contudo, referiram igualmente que sentiam ciúmes e insegurança perante a vida social do companheiro e a vinda do bebé.

Cowan e cols. (1985, cit. por Antunes, 2009) verificaram, que o conflito conjugal sofre um aumento desde a gravidez até os 18 meses após o nascimento do bebé, sendo que a satisfação dos homens pouco muda desde a gravidez até aos seis meses pós-parto no entanto declina dos seis aos dezoito meses do bebé, ao contrário da mulher, em que a

satisfação declina mais da gravidez até aos seis meses do bebé e com um declínio moderado dos seis aos dezoito meses do mesmo.

Estudos que investigaram a conjugalidade nesse contexto indicaram uma associação entre depressão e problemas conjugais. (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Cummings, Keller, & Davies, 2005; Prado, 1996; Trad, 1997, cit. por Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010, Linares & Campo, 2000; Mayor, 2004;)

Para além da relação mãe/bebé, a relação conjugal é um dos relacionamentos mais importantes para a mãe no puerpério, por isso o conflito conjugal aparece tão associado à depressão pós-parto (Cummings et al., 2005; Papp, 2002; Robila & Krishnakumar, 2005; Romito, Saurel- Cubizolles, & Lelong, 1999; Souza & Daure, 1999; Stein, 1991, cit. por Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010).

Na revisão bibliográfica de Dessaulles, Johnson e Denton (2003) os três autores verificaram que pessoas com conflito conjugal têm de 4 a 25 vezes mais risco de desenvolver depressão do que pessoas que não relatam insatisfação conjugal, tanto em amostras clínicas como em amostras não clínicas.

Num estudo realizado por Hops et al. (1987, cit. por Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010) reforça-se a importância da qualidade do relacionamento conjugal em famílias com mães deprimidas, pois apenas quando se verificava um bom relacionamento conjugal, os pais, das famílias em que a mãe estava deprimida, estavam mais envolvidos com os seus filhos e filhas do que com as mães, tentando desta forma compensar as falhas do membro deprimido.

Numa pesquisa realizada pela American Psychiatric Association (1997), verificou-se que as mulheres com casamentos infelizes teriam uma probabilidade três vezes maior de desenvolverem depressão em comparação com os homens ou mesmo com as mulheres solteiras, sendo ainda demonstrado que os conflitos conjugais encontrados foram os factores mais frequentes de stress, durante os seis meses anteriores ao início da depressão em mulheres.

Mayor (2004), pretendeu investigar a associação entre a depressão materna e a qualidade conjugal no seu estudo, contou com 6 casais participantes em que três das mães sofriam de depressão materna e as outras três mães não sofriam de depressão materna. Os resultados encontraram diferenças quanto à qualidade do relacionamento conjugal, sendo que nas famílias com depressão materna houve um maior relato de existência de conflitos, de menor apoio do marido e uma maior insatisfação conjugal. As famílias com mães deprimidas apresentaram maiores dificuldades na transição para parentalidade, especialmente quanto à satisfação conjugal.

Num estudo de caso colectivo, longitudinal, que abrangeu cinco etapas: o último trimestre de gestação e o terceiro, o oitavo, o décimo segundo e o décimo-oitavo mês de vida dos bebés, verificaram-se que um factor central para a compreensão da vida conjugal na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal estabelecida antes da transição (Menezes & Lopes, 2007).

Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini, & Bosa, (2005) e Kitzmann, (2000) são da opinião que, independente de eventuais quadros clínicos, existe um efeito de ñcontaminaçãoò de problemas conjugais na parentalidade

Grande parte da literatura aponta para os efeitos dos conflitos conjugais na depressão, enquanto poucos estudos indicam a depressão como condutora de problemas conjugais (Anderson, Beach e Kaslow, 1999, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005).

Segundo Anderson et al. (1999, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005), as mulheres confrontadas com alguma dificuldade grave ou um evento de vida negativo, estariam três vezes mais predispostas a tornarem-se deprimidas se o seu casamento estiver com problemas.

Coryell, Endicott e Keller (1992, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) realizaram um extenso estudo envolvendo 3.119 mulheres americanas num intervalo de seis anos. Entre as participantes, 12% apresentaram um primeiro episódio de depressão neste período, e os conflitos conjugais foram apontados como um dos primeiros indicadores para o início da doença.

A qualidade do relacionamento conjugal pode ser considerada um factor que interfere na vulnerabilidade da mulher para desenvolver problemas emocionais, particularmente no período pós-parto. Durante a transição para a parentalidade, e com alguma frequência, os pais não conseguem manter os seus interesses pessoais e, sobretudo, a sua relação como casal (Feldman, 2000).

Segundo Cramer & Palácio-Espasa (1993, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) é comum que nas famílias com filhos pequenos, os casais dediquem muito mais tempo aos filhos, desinvestindo assim da sua vida conjugal. O pouco investimento que o casal dá à sua vida conjugal devido a um sentimento de fracasso, insuficiência e mesmo de esgotamento.

A qualidade da relação conjugal antes do nascimento do filho primogénito pode ser um importante factor de ajustamento, podendo inclusive predizer alguns desfechos possíveis. (Cramer & Palácio-Espasa 1993, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005).

De acordo com Menezes & Lopes (2007), a estrutura da relação conjugal possui uma forte influência no desenrolar da transição para a parentalidade, já que esse momento pode provocar um distanciamento já existente entre o casal.

Cummings, Keller & Davies (2005) afirmam que uma das formas que a depressão atinge a família é através de um provável aumento de problemas na relação conjugal.

Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini (2010) realizaram um estudo com 22 casais, divididos em dois grupos, um grupo em que a mulher apresentava indicadores de depressão (10), e outro grupo em que não os apresentava (12). Este estudo teve como objectivo investigar diferenças na vida conjugal de casais em que a mulher apresentava ou não apresentava indicadores de depressão, quando o bebé estava no final do primeiro ano de vida. Os resultados encontrados confirmaram a expectativa inicial de que a presença de depressão na esposa pode trazer dificuldades nos diferentes aspectos, em investigação, do relacionamento conjugal, com destaque para: o companheirismo e o tempo para o casal, a comunicação e resolução de conflitos, a avaliação global da qualidade do relacionamento conjugal e sexual.

Num estudo que se debruçava sobre relações entre as modificações na satisfação conjugal e alterações nos índices de depressão, antes e após o nascimento do bebé, Olshansky e Sereika (2005) verificaram uma correlação entre as quedas na satisfação conjugal e os aumentos nos índices de depressão.

Participaram do estudo 25 mulheres que responderam a entrevistas e escalas, que forneciam resultados globais referentes às variáveis investigadas. Perante os resultados obtidos, estes investigadores sugeriram que, em função da importância da relação conjugal, é possível que dificuldades na mesma sejam uma previsão de depressão pós-parto.

2. Metodologia

2.1. Objectivo do Estudo

Este estudo tem como principal objectivo analisar a relação entre a satisfação conjugal nos casais e a depressão pós-parto.

O segundo objectivo é comparar os resultados entre as mulheres e os homens no que respeita à depressão pós-parto e à satisfação conjugal na transição para a parentalidade.

Para terminar o último objectivo deste estudo é relacionar as variáveis principais (depressão pós-parto e satisfação conjugal) com as variáveis demográficas seleccionadas (numero de filhos e o suporte social da família, amigos e/ou vizinhos e do próprio conjugue).

Os objectivos deste estudo prendem-se com o facto de haver cada vez mais casos de DPP, nos casais, neste período de transição Shapiro, Gottman e Carrère (2000) cit. por Crespo (2007), Rothman (2004).

Apesar de haver mais investigações sobre este tema no que respeita às mulheres não podemos colocar de parte que o homem também sofre com estas transformações e daí a sua inclusão neste estudo.

O nascimento de um filho é uma altura de grandes mudanças, sendo que os casais terão que dividir o seu amor e o seu tempo com um 3º elemento, o que poderá provocar uma queda acentuada da satisfação conjugal (Schultz, Cowan & Cowan, 2006, Pires, 2008, Rothman, 2004).

Contudo existem casais que antes da gravidez e durante a mesma, têm uma elevada satisfação conjugal acabando esta por se tornar mais forte com a vinda do filho ou então amenizar as dificuldades sentidas nesta mudança (Huston e Vangelisti, 1995, Price, 2004, cit. por Menezes & Lopes, 2007; Lindahl et al., 1997, cit. por Pires, 2008).

2.2. Hipóteses formuladas:

Hipótese 1: Existem mais casos de depressão pós-parto nas mulheres em comparação com os homens. (Mathey, Ungerer e Waters, 2000, cit. por Sotto-Mayor & Piccinini, 2005), Areias, Kumar, Barros & Figueiredo 1996, Coutinho, Baptista & Moraes, 2002, Alvarado et al. 2002).

Hipótese 2**:** Casais que são pais pela primeira vez são mais propensos à depressão pós-parto (Schultz, Cowan & Cowan, 2006, Rothman, 2004; Wilkinson, 1995, Crohan, 1996 cit. por Pires, 2008; Shapiro, Gottman e Carrère, 2000, cit. por Crespo, 2007)**.**

Hipótese 3: Existe uma associação entre depressão pós-parto e a insatisfação conjugal no casal. (Mayor, 2004;Frizzo, Brys, Lopes, Piccinini , 2010; Lee, Yip, Leung & Chung, 2004; Fritsch et al. 2005; Beach e O´Leary 1993, cit. por Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini, 2010).

Hipótese 4: Falta de apoio familiar, de amigos e/ou vizinhos e do conjugue estará mais associada à depressão pós-parto materna. (Dessen & Braz, 2000, Cruz e al., 2005, Schwengber e Piccinini, 2005, Menezes & Lopes, 2007; Hidalgo e Menendez, 2003, cit. por Menezes & Lopes, 2007).

2.3. Caracterização da Amostra:

O estudo conta com um total de 50 participantes (25 casais), 25 mulheres e 25 homens com idades compreendidas entre os 26 e os 52 anos de idade. Conforme se pode verificar na tabela 1 a média de idades no grupo corresponde às mulheres foi de 31,44 e um desvio padrão de 4,19404, sendo que no grupo de homens a média foi de 33,76, e um desvio padrão de 5,38733.

Tabela 1- Características dos participantes (Idades)

	Mínimo	Máximo	M	DP
Mulher	23	38	31,44	4,19404
Homem	26	52	33,76	5,38733

M: Média
DP: Desvio Padrão

De acordo com o estado civil todos os casais deveriam ser casados ou viverem em união de facto, sendo este um dos requisitos exigidos para este estudo. Conforme se pode verificar na tabela 2, os resultados foram de 80% casais casados e 20 % de casais em união de facto. Dos 25 casais participantes 8 casais vivem juntos entre o 1 e os 3 anos, 15 casais vivem juntos entre os 4 e os 8 anos e 2 casais vivem juntos entre os 9 e os 12 anos.

Tabela 2 - Dados da amostra relativos ao estado cívil dos casais

	N	%
Casados	20	80,0
União de Facto	5	20,0
Total	25	100,0

De acordo com a tabela 3 referente ao nível da escolaridade dos casais verificou-se que 32% das mulheres e 36% homens têm o 12º ano de escolaridade mas verificasse um aumento para o nível de escolaridade, ensino universitário: 68% das mulheres e 64% dos homens.

Tabela 3 – Nível de instrução da mulher e do homem

Mulher

	n	%
12º Ano de escolaridade	8	32,0
Ensino Universitário	17	68,0
Total	25	100,0

Homem

	n	%
12º Ano de escolaridade	9	36,0
Ensino Universitário	16	64,0
Total	25	100,0

No que se refere à profissão do casal, verificamos que existe um número maior de mulheres desempregadas 16% em relação aos homens 0%.

Os homens trabalham mais em áreas de gestão e comercial (52%) sendo que as mulheres trabalham mais em áreas administrativas e do ensino 44% de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 ï Grupo Profissional da Mulher e do Homem

Profissão ï Mulher

	N	%
Área da Saúde	1	4,0
Área do Ensino	4	16,0
Área da Gestão	2	8,0
Área Administrativa	7	28,0
Área da Comunicação	3	12,0
Área Comercial	0	0,0
Desempregada	4	16,0
Outros	4	16,0
Total	25	100,0

Profissão ï Homem

	n	%
Área da Saúde	2	8,0
Área do Ensino	2	8,0
Área da Gestão	8	32,0
Área Administrativa	1	4,0
Área da Comunicação	1	4,0
Área Comercial	5	20,0
Desempregado	0	0,0
Outros	6	24,0
Total	25	100,0

Na tabela 5 verificamos que nos 25 casais da amostra, existem 18 casais com 1 filho (72%) e 7 casais com 2 filhos 28%). Apenas 1 homem na amostra têm um filho de um antigo relacionamento mas esta criança não vive com o pai, todos os outras crianças são filhos do mesmo casal. Relativamente ao nosso critério 11 casais tem um filho entre os 6 e os nove meses 44%) e 14 casais têm 1 filho entre os 10 e os 12 meses (56%).

O número de elementos do agregado familiar é entre os 3 a 4 elementos por casal, sendo que casais com 1 filho (3 elementos no agregado), casais com 2 filhos (4 elementos no agregado). As idades dos filhos dos casais com mais de 1 filho variam entre os 2 e os 6 anos.

Tabela 5 ***ï*** Dados da amostra relativos *ao/s número/s e idade/s do/s filho/s do casal*

Número filhos

	n	%
1 Filho	18	72,0
2 Filhos	7	28,0
Total	25	100,0

Idades

	n	%
6 aos 9 meses	11	44,0
10 aos 12 meses	14	56,0
Total	25	100,0

Apenas foi aplicado no questionário da mulher, 4 questões sobre gravidezes anteriores, sendo que nas mulheres que já foram mães nenhuma referiu complicações durante a após o parto como também não referiram depressão pós parto.

Na tabela 6 em relação ao aborto e motivo 4 mulheres referiram que já sofreram um aborto (16%), sendo o motivo principal a má formação genética (75%) e o outro motivo uma gravidez ectópica (25%), todos os abortos ocorreram durante o 1º trimestre da gestação.

Tabela 6 ***ï*** *Número de abortos sofridos pela mulher e motivo*

Abortos sofridos

	n	%
Sim	4	16,0
Não	21	84,0
Total	25	100,0

Motivos

	n	%
Gravidez Ectopica	1	4,0
Má formação Genética	3	12,0
Total	4	16,0

Em relação aos hábitos de cada elemento do casal, colocamos a questão dos hábitos tabágicos, conforme se verifica na tabela 7, maioritariamente são os homens que têm este vício sendo que 7 são fumadores activos entre os 4 e os 20 anos, 13 são não fumadores, 1 é fumador ocasional e refere que fuma cerca de 5 cigarros por mês e apenas 4 são ex-fumadores referindo que deixaram de fumar há 3 e 4 anos.

Em relação às mulheres, uma é fumadora há 4 anos, 20 são não fumadoras e 4 são ex-fumadoras, sendo que uma deixou de fumar há 1 ano, 2 deixaram de fumar há 2 anos e 1 deixou de fumar há 6 anos.

Tabela 7 - Dados da amostra relativos aos hábitos *tabágicos da mulher e do homem*

Mulheres

	n	%
Fumadora	1	4,0
Não fumadora	20	80,0
Fumadora ocasional	0	0,0
Ex- Fumadora	4	16,0
Total	25	100,0

Homens

	N	%
Fumador	7	28,0
Não fumador	13	52,0
Fumador ocasional	1	4,0
Ex- Fumador	4	16,0
Total	25	100,0

Os principais motivos que as mulheres referiram ter deixado de fumar: 1 mulher deixou por ser prejudicial para a saúde, 1 mulher referiu que deixou de fumar por ser prejudicial para o bebé e as restantes 2 mulheres deixaram de fumar porque pretendiam engravidar.

Os 4 participantes homens ex fumadores referiram que deixaram de fumar por ser prejudicial para a saúde, conforme se pode verificar na tabela 8. Homens e mulheres referiram que não tiveram hábitos farmacológicos. Em relação aos hábitos alcoólicos apenas um homem referiu que já teve mas refere que não teve acompanhamento.

Tabela 8 - Dados da amostra relativos aos motivos que levaram a mulher e o homem a deixar o vício tabágico

Mulher

	n	%
Prejudicial para a saúde	1	4,0
Prejudicial para o bebé	1	4,0
Querer engravidar	2	8,0
Total	4	16,0

Homem

	n	%
Prejudicial para a saúde	4	16,0
Prejudicial para o bebé	0	0,0
Querer engravidar	0	0,0
Total	4	16,0

2.4. Instrumentos de Avaliação

A recolha de dados foi feita através de um questionário sócio-demográfico construído especialmente para este estudo e de dois instrumentos de auto-relato para avaliação da depressão e para avaliação da satisfação conjugal.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), elaborada por Narciso & Costa (1996) pretende avaliar o nível de satisfação de indivíduos em união de facto ou casados, tratando-se assim de um instrumento de auto-avaliação da satisfação em várias áreas da vida conjugal.

Thompon (1998, cit. por Narciso & Costa, 1996), refere que a satisfação conjugal corresponde a uma avaliação da conjugalidade subjectiva e pessoal quer seja em relação ao funcionamento conjugal quer seja em relação ao amor. Esta escala é constituída por 44 itens que se organizam em áreas da vida conjugal que estão divididas em duas dimensões: *Funcionamento Conjugal* (Item 1 a 18) e *Amor* (Item 19 a 44). As 5 áreas da vida conjugal referentes à dimensão *Funcionamento Conjugal* dizem respeito às Funções Familiares, Tempos Livres, Autonomia, Relações Extra-Familiares e Comunicação e Conflito. As 5 áreas da vida conjugal referentes à dimensão *Amor* são: Sentimentos e Expressão de Sentimentos; Sexualidade; Intimidade Emocional; Continuidade da Relação; Características Físicas e Psicológicas (Antunes, 2009; Gomes, 2009).

Do total dos 44 itens: 16 representam zonas da vida conjugal cujo foco é o casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38); 14 representam zonas da vida conjugal cujo foco é o outro (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44) e 14 representam

zonas da vida conjugal cujo foco é o próprio (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43) (Antunes, 2009; Gomes, 2009).

Este instrumento é de rápida aplicação (15, 20 min), é individual e todos os itens são respondidos numa escala tipo Likert, o que permite que cada indivíduo avalie a sua satisfação conjugal escolhendo uma possibilidade entre: Nada Satisfeito (1); Pouco Satisfeito (2); Razoavelmente Satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5); Completamente Satisfeito (6) (Antunes, 2009; Gomes, 2009).

A cotação faz-se pela atribuição de um valor de 1 a 6 a cada item, podendo obter-se cotações por dimensão (Funcionamento Conjugal e Amor), e respectivas subescalas, por Foco (Casal, Outro e Próprio) e um resultado Total Conjugal. O resultado final da escala situa-se entre 44 e 264, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o grau de satisfação conjugal. (Gomes, 2009)

Narciso (2001) referiu que a utilização desta escala é vantajosa porque ao conceber a satisfação como dinâmica, permite discriminar áreas de força ou de fragilidade, dados estes preciosos na prática clínica. Contudo também refere que esta escala apresenta pontos fracos, sendo estes: 1) não se considerar o contributo da satisfação em cada área para a satisfação conjugal global, o que confere alguma relatividade ao resultado global da escala, 2) o facto de não apresentar uma área relativa aos filhos, constitui-se como um limite aquando a utilização desta escala em indivíduos com filhos, como no presente estudo, 3) dada a sua natureza quantitativa, a informação recolhida é limitada, visto não permitir aceder à compreensão dos processos e significações inerentes à satisfação.

Num estudo psicométrico desta escala realizado a partir da aplicação da mesma a uma amostra de 219 indivíduos casados, Narciso (2001, cit. por Antunes, 2009), verificou que a análise factorial discriminou dois factores principais, sendo que o factor 1 agrupou os itens relativos à dimensão amor e o factor 2 agrupou os itens relativos à dimensão funcionamento. Foram encontrados para cada um dos deles coeficientes alfa bastante elevados (> .90), o que se traduz que existe uma elevada consistência interna.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), adaptada e validada para a população portuguesa por Augusto et al (1996).

Trata-se de uma escala que pretende avaliar a depressão pós-parto. Num estudo feito com 1.154 mulheres, para avaliar a depressão pós parto, em que esta escala foi aplicada no 2º e 3º dia pós-parto, constatou-se que é um instrumento útil na identificação de mulheres com risco de depressão nessa fase (Teissedre & Chabrol, 2004, cit. por Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

É constituída por 10 perguntas e pretendesse que os participantes apenas forneçam uma única resposta entre quatro opções, que serão classificadas com um valor correspondente a 0, 1, 2 e 3, para as perguntas número 1, 2 e 4, respectivamente e, de modo inverso, para as restantes. Após o preenchimento do questionário a cotação é feita através da soma da pontuação obtida em cada pergunta. O resultado final da escala situa-se entre 0 e 30, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será a probabilidade de apresentarem depressão pós-parto. Os valores superiores a doze são indicativos de depressão (Areias *et al.*, 1996; Figueiredo; Pacheco; Costa, 2007).

Questionário sócio-demografico, foi utilizado para que fosse possível recolher informações referentes ao género, idade, estado civil, anos que vive com o conjugue, nº de elementos do agregado familiar, hábitos farmacológicos, alcoólicos,, psiquiátricos/psicológicos, dados relevantes da gravidez (pré parto e parto), questões sobre apoio familiar, apoio social de amigos/vizinhos, e apoio do conjugue.

O questionário da mulher era diferente do questionário do Homem, visto conter mais algumas questões sobre gravidezes anteriores (depressão pós parto, aborto e complicações que possam ter surgido) os quais se podem visualizar nos anexos.

2.5. Procedimento

A amostra foi não probabilística, de conveniência, de acordo com o acesso do investigador aos casais. Como critérios de inclusão foi determinado que para participarem neste estudo, os casais deveriam ser casados ou em união de facto, ter pleo menos um filho com idades compreendidas entre os 06 e os 12 meses. Inicialmente responderam 34 casais de forma positiva ao convite, dos quais 9 acabaram por se desinteressar não enviando o questionário sócio-demográfico e as duas escalas, restando, desta forma, um total de 25 casais, que constituíram a amostra.

Todos os dados foram recolhidos de forma directa e indirecta, demorando em média 25 minutos para cada indivíduo.

Nos dados recolhido de forma directa antes da entrega e aplicação do questionário sócio-demografico e das duas escalas foram explicados aos participantes todos os procedimentos e fases da investigação como também foi entregue o consentimento informado com a descrição dos procedimentos do estudo, salvaguardando a confidencialidade e protecção dos dados das mesmas.

A recolha indirecta procedeu-se ao envio por correio electrónico do consentimento informado, do questionário e das duas escalas para os participantes com os quais não foi possível um contacto pessoal. Em cada questionário e escala estava identificado o número do casal e ao pedir o envio da devolução dos mesmos preenchidos, foi solicitado que o casal o fizesse separadamente.

3. Apresentação e Análise dos Dados

Todos os dados foram analisados através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20.0. Foram calculados, através da estatística descritiva, os dados que caracterizam a amostra, como por exemplo a idade dos participantes, de forma a encontrar a sua média, desvio padrão, mínimos e máximo.

Relativamente aos hábitos psiquiátricos / Psicológicos dos participantes, pode-se verificar na tabela 9 que apenas 1 homem referiu que já teve este hábito mas que não teve acompanhamento, sendo que 1 homem refere que têm este hábito mas também não tem acompanhamento. Duas mulheres responderam que já tiveram mas que não tiveram acompanhamento.

Tabela 9 - Distribuição de frequências relativas ao acompanhamento psiquiátrico / psicológico da mulher e do homem

Mulher

	n	%
Sim	0	0,0
Não	23	92,0
Já tive	2	8,0
Total	25	100,0

Homem

	n	%
Sim	1	4,0
Não	23	92,0
Já tive	1	4,0
Total	25	100,0

De acordo com a tabela 10 pode-se verificar que dos 25 casais participantes neste estudo, 22 casais referiram que a gravidez actual foi planeada e 3 casais referiram que esta não foi planeada.

Tabela 10 - Distribuição relativa ao planeamento da gravidez

Planeamento Gravidez

	N	%
Planeada	22	88,0
Não planeada	3	12,0
Total	25	100,0

Das 25 mulheres que participaram no estudo e de acordo com a tabela 11, verificou-se que 20 mulheres trabalharam durante a gravidez, sendo que 1 mulher trabalhou até às 12 semanas ficando desempregada, 1 mulher trabalhou até às 23 semanas Mas ficou de baixa por gravidez de risco e as restantes 18 mulheres trabalharam até entre as 36 e as 39 semanas. As restantes 3 mulheres não trabalharam durante a gravidez por motivo de desemprego.

Apenas um homem não trabalhou durante a gravidez e o motivo foi que este estava desempregado, mas neste momento já se encontra a trabalhar.

Tabela 11 - Distribuição relativa à mulher e ao homem terem trabalhado durante a gravidez

Mulher

	n	%
Sim	20	88,0
Não	5	12,0
Total	25	100,0

Homem

	N	%
Sim	24	96,0
Não	1	4,0
Total	25	100,0

Dos 25 casais deste estudo, 17 bebés nasceram às 40 semanas (termo) e 8 nasceram antes do final das 40 semanas como se pode verificar na tabela 12, sendo que 1 bebé nasceu com 38 semanas e os restantes 7 nasceram de 39 semanas.

Quanto ao tipo de partos, 17 foram de cesarianas e 8 partos foram parto normal.

Apenas 1 casal referiu que a mãe teve complicações no pós-parto (Hipertensão, Pritonite e Paricardite). Tendo que ficar internada 3 dias depois do nascimento e o bebé ficou com o pai durante 1 semana, até a mãe regressar a casa.

Tabela 12 - Distribuição relativa ao nascimento: recém- nascido de termo e tipo de parto

Nascimento: Recém-nascido de termo

	n	%
Sim	17	68,0
Não	8	32,0
Total	25	100,0

Tipo de parto

	n	%
Normal	8	32,0
Cesariana	17	68,0
Total	25	100,0

No que respeita ao apoio familiar e de acordo com a tabela 13, verificou-se que 92% dos casais referiram que tem sempre ou algumas vezes um apoio familiar que os ajudam com o/s filho/s, e 8% referiram que raramente ou nunca têm apoio.

O mesmo não se repete com o apoio social de amigos e/ou vizinhos. Neste caso apenas 32% dos casais refere que tem sempre ou algumas vezes suporte social de amigos e ou vizinhos e os restantes 68% refere que raramente ou nunca têm apoio de amigos e/ou vizinhos.

Tabela 13 - Distribuição de frequências do apoio percebido (pela mulher e pelo homem) da parte da familia, amigos e/ou vizinhos.

Suporte familiar

	n	%
Sim, sempre	11	44,0
Sim, algumas vezes	12	48,0
Raramente	1	4,0
Não, nunca	1	4,0
Total	25	100,0

Suporte social de amigos e/ou vizinhos

	N	%
Sim, sempre	1	4,0
Sim, algumas vezes	7	28,0
Raramente	8	32,0
Não, nunca	9	36,0
Total	25	100,0

No que respeita ao apoio por parte do conjugue 100% dos Homens referiram que a mãe ajuda sempre nas tarefas de casa e com o/s filhos/s e 92% das mulheres respondem que o pai ajuda sempre ou algumas vezes nas tarefas de casa e com o/s filhos/s, 8% das mulheres respondem que o pai raramente ajuda,

Nenhum dos 50 participantes Mulher e Homem responderam que os respectivos conjugues nunca ajudam, conforme se pode verificar na tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição de frequências do apoio percebido (pela mulher e pelo homem) da parte do cônjuge.

Percepções do homem			**Percepções da mulher**		
	n	%		n	%
Sim, sempre	25	100,0	Sim, sempre	15	60,0
Sim , algumas vezes	0	0,0	Sim , algumas vezes	8	32,0
Raramente	0	0,0	Raramente	2	8,0
Não, nunca	0	0,0	Não, nunca	0	0,0
Total	25	100,0	Total	25	100,0

Procurámos também analisar se existiam diferenças entre as mulheres que apresentam depressão Pós Parto das mulheres que não apresentam essa depressão, produzidas pelos acontecimentos de vida (Sofreram aborto / Não sofreram um aborto).

Os resultados obtidos ($g^2_{(1)}$ =0,649, p=0,420) revelaram que não existe uma diferença estatisticamente significativa, sendo que a DPP das participantes não se deveu ao aborto que já sofreram, conforme se pode observar na tabela 15.

Tabela 15 ï Cruzamento das variáveis aborto e EPDS da mulher

Aborto Mulher / EPDS Mulher

	Sem depressão	Com depressão	Total
Sofreu aborto	4	0	4
Não sofreu aborto	18	3	21
Total	22	3	25

Conforme se pode observar na tabela 16 analisamos se existiam diferenças entre as mulheres que apresentam depressão Pós Parto das mulheres que não apresentam essa depressão, produzidas pela profissão (Desempregadas).

Os resultados obtidos ($G^2_{(6)}$ =2,679; p=0,848) revelaram que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre a DPP e o facto de a mulher estar desempregada,.

Tabela 16 – Cruzamento das variáveis profissão e EPDS da mulher

	Sem depressão	Com depressão	Total
Área da Saúde	1	0	1
Área do Ensino	3	1	4
Área da Gestão	2	0	2
Área Administrativa	6	1	4
Área da Comunicação	3	0	7
Desempregada	3	1	3
Outros	4	0	4
Total	22	3	25

3.1. Hipótese 1: Mais casos de DPP nas mulheres em comparação com os homens

Foram observadas diferenças nos respectivos participantes masculinos e femininos, sendo que 12% das mulheres (3) sofrem de DPP ao contrario do que acontece nos homens, sendo de 2 homem (4%) apresenta DPP. Os resultados estão apresentados na tabela 17. De referir que duas mulheres da amostra obtiveram valores de 12 no EPDS, concluímos com estes resultados que estão no limite de apresentarem DPP.

Tabela 17 - Distribuição dos casos de depressão na mulher e no homem

Mulher			**Homem**		
	N	%		n	%
Com depressão	3	12,0	Com depressão	2	8,0
Sem depressão	22	88,0	Sem depressão	23	92,0
Total	25	100,0	Total	25	100,0

A forma de distribuição dos casos de depressão nos casais, apresentados na tabela 18 não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($G^2_{(1)} = 2,973$; p=0,085).

Tabela 18 – Distribuição dos casos de depressão nos casais

		EPDS Homem Grupos		Total
		Sem depressão	Com depressão	
EPDS Mulher Grupos	Sem depressão	21	1	22
	Com depressão	2	1	3
Total		23	2	25

3.2. Hipótese 2: Casais pais pela 1ª vez são mais propensos à depressão pós-parto e à insatisfação Conjugal

De forma a averiguarmos se os casais pais pela 1ª vez são mais propensos à DPP, foram calculados testes t de Student para amostras independentes, analisando os totais do EPDS e os totais do EASAVIC com o número de filhos dos casais. Verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a DPP e a satisfação conjugal com o número de filhos dos casais, conforme se pode observar na Tabela 19.

Tabela 19 ï Médias, desvios padrão e testes t de Student para as dimensões de EPDS e de EASAVIC em função do número de filhos.

Dimensão	1 Filho (n=18)		2 Filhos (n=7)		t (23)	þ
	M	DP	M	DP		
EPDS Mulher	7,94	4,425	4,85	3,078	1,684	0,106
EPDS Homem	4,55	4,382	4,00	2,645	0,312	0,758
EASAVIC Mulher	208,22	27,554	212,57	29,125	-0,349	0,730
EASAVIC Homem	223,38	26,364	213,28	25,177	0,870	0,393

3.3. Hipótese 3: Associação entre a depressão Pós-Parto e a Insatisfação Conjugal no Casal.

Utilizamos a correlação de *Pearson* a fim de serem analisadas as associações do resultado total EPDS com o resultado total da EASAVIC, assim como também das outras diferentes dimensões da EASAVIC.

Conforme se pode verificar na tabela 20, houve correlação estatisticamente significativa e negativa entre a depressão pós parto e a satisfação conjugal. Enquanto na mulher apenas se verificou uma correlação significativa moderada negativa entre a depressão e o funcionamento conjugal, no homem todas as dimensões da satisfação conjugal apresentam correlações negativas moderadas e significativas entre as dimensões da satisfação conjugal e da depressão. Estes dados apontam no sentido de ao existir no seio de um casal depressão pós parto esta irá afectar e diminuir a sua satisfação conjugal.

Tabela 20 - Correlação de Pearson entre as dimensões Satisfação Conjugal e EPDS no homem e na mulher

Dimensão SC.	EPDS Mulher	EPDS Homem
EASAVIC Total	-0,291	**-0,532****
Funcionamento Conjugal	**-0,424***	**-0,447***
Amor	-0,167	**-0,539****
Foco Casal	-0,310	**-0,567****
Foco Outro	-0,249	**-0,460***
Foco Próprio	-0,265	**-0,499***

***** $p < 0,05$

****** $p < 0,01$

Com o intuito de determinar a existência de Diferenças de médias nas dimensões do EPDS e da EASAVIC em função do elemento do casal, foram calculados testes t de Student para amostras emparelhadas. De acordo com a tabela 21 verificou-se que a média do Total do EPDS das mulheres é superior à média dos homens, significando que sãos estas que sofrem mais de depressão Pós-Parto.

No total do EASAVIC verificou-se o contrário, isto é a média total do EASAVIC dos Homens é superior à média das mulheres.

Nas dimensões Funcionamento Conjugal e Foco Casal a média dos homens é superior à média das mulheres, sendo que em termos da satisfação conjugal está é mais satisfatória nos elementos masculinos dos casais.

Tabela 21 ï Médias, desvios padrão e testes t de Student para as dimensões de EPDS e de EASAVIC em função do elemento do casal.

Dimensão	Mulher		Homem		*t*	*P*
	Média	DP	Média	DP		
EPDS Total	7,08	4,27	4,4	3,92	2,908	**0,008**
EASAVIC Total	209,44	27,45	220,56	25,92	-2,010	0,0567
Funcionamento Conjugal	79,32	11,59	85,28	12,01	-2,731	**0,012**
Amor	130,12	18,38	135,28	15,63	-1,343	0,192
Foco Casal	70,84	11,08	75,60	10,36	-2,342	**0,028**
Foco Outro	68,08	9,44	71,24	9,52	-1,477	0,153
Foco Próprio	70,52	8,27	73,72	7,10	-1,877	0,073

3.4. Hipótese 4 ï Falta de apoio Familiar, Amigos e/ou Vizinhos, Conjugue provoca depressão pós-parto materna.

De modo a averiguarmos se existem correlação entre a depressão pós parto materna em função do apoio social, familiar e do conjugue utilizamos a correlação de Pearson.

Verificou-se, que houve correlação significativa moderada e positiva entre a depressão pós parto materna e a existência de apoio familiar, conforme se pode observar na tabela 22. Uma vez que os valores mais baixos na variável suporte significam maior apoio enquanto que os valores mais altos significam ausência de apoio, esta correlação significa que as mulheres que percebem menor suporte familiar apresentam valores mais elevados na depressão. As dimensões suporte de Amigos e/ou Vizinhos, Conjugue não estão correlacionadas com o facto de as mulheres apresentarem depressão Pós-Parto.

Tabela 22: Correlação entre EPDS Mulher e Apoio percebido pela Mulher (Familiar, Amigos e/ou Vizinhos, Conjugue)

Dimensão	EPDS Mulher
Existência de Suporte Familiar	**0,582****
Existência de Suporte de Amigos e/ou Vizinhos	0,289
Existência de Suporte do Conjugue	0,001

***** $p < 0,05$

****** $p < 0,01$

4. Conclusão e Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos neste estudo não permitem confirmar todas as hipóteses formuladas no presente estudo.

Relativamente à Hipotese 1 ï Existem mais casos de depressão pós-parto nas mulheres em comparação com os homens, os resultados do presente estudo na forma de distribuição dos casos de depressão nos casais não apresenta diferenças estatisticamente significativas. Contudo verificamos, através do resultado total do EPDS, que existem mais mulheres (3) com depressão Pós parto do que homens (2). Embora os resultados não sejam estatisticamente significativos, nos resultados do EPDS das mulheres que não apresentaram os valores do ponto de corte (>12), estas apresentaram sempre valores mais altos do que os homens, sendo de referir que 2 das mulheres tiveram um valor de 12, indicando que estavam no limiar de apresentarem DPP.

Um estudo que vai de encontro e este resultado é o de Paulson, Dauber & Leiferman (2006) que contou com 50892 famílias monoparentais com bebés com idades médias de 9 meses. Nos resultados apresentados 14% das mães e 10% dos pais exibiram níveis de sintomas depressivos. Estes autores referiram que a depressão pós-parto é um problema significativo não só para as mães mas também para os pais.

No seu estudo sobre depressão em mulheres e homens depois do nascimento de um bebé, Areias, Kumar, Barros & Figueiredo (1996) também encontraram que nos primeiros meses as mães apresentavam maiores índices de depressão que os pais.

O estudo de Coutinho, Baptista & Moraes (2002) pretendia verificar a sintomatologia depressiva das mulheres no pós-parto.

Este estudo contou com 73 mulheres, entre 16 e 40 anos, avaliadas no período de 3 a 6 meses após o parto segundo a escala EPDS e verificou-se que 32,9% das mulheres da amostra apresentaram sintomatologia depressiva.

Alvarado et al. (2002) no seu estudo sobre a presença de sintomatologia depressiva no pós-parto também encontraram resultados semelhantes. Este estudo contava com 125 gestantes acompanhadas até aos 2 meses e o resultado foi uma incidência de 22,4% de quadros depressivos no puerpério.

Frizzo, Brys, Lopes, & Piccinini (2008), no seu estudo longitudinal realizado em que acompanhou 80 famílias de diversas configurações familiares e de diferentes níveis socioeconómicos, desde a gestação até a entrada na escola, obtiveram como resultados a incidência de indicadores de depressão materna nas 47 mães avaliadas no final do primeiro ano de vida do bebé atingindo a percentagem de 36% de mulheres que sofre de DPP.

A DPP das mulheres é bastante estudada, mas não se pode esquecer que os homens também apresentam esta depressão. Talvez a maior parte destes ñescondaò por questões de vergonha, os pais mascaram muitas vezes os sintomas de dor inicial.

A própria família, na maior parte das vezes, não sabe, nem consegue observar se estes novos pais, após o parto, sofrem desta sintomatologia inicial (Kreicberg et al. 2004) cit. por Spector 2006). O nosso estudo revelou que 2 homens da nossa amostra também apresentam DPP.

Estudos que vão de encontro a estas afirmações e aos resultados do EPDS dos homens são o de Huang & Warner (2007 cit. in Fatherhood Institute), estudo este que contou com 200 participantes e que o resultado revelou que 3% dos pais demonstravam sinais de DPP.

O estudo meta-analitico de Paulson & Bazemore (2010) sobre a DPP masculina, observou que o pai também poderá sofrer de DPP atingindo cerca de 10,4% da figura paternal. O seu maior valor de incidência situava-se entre o 3º e o 6º mês do pós-parto, sendo a sua ocorrência de 25%.

Antes do nascimento do bebé, o quarto do casal era o local que o casal garantia a sua privacidade nos seus momentos mais íntimos e sexuais, mas após o parto este espaço passsa a ser ocupado por um 3º elemento que não conhece as horas dos pais e precisa da atenção de ambos, mas mais da mãe, em função das suas necessidades. Um pouco por todo o lado a vida destes recentes pais modifica completamente. Os adultos são os mesmos, mas a relação sexual transforma-se, são gerados novos ritmos o que faz com que o caal se ressinta, sendo mais frequente que o homem se sinta mais posto de parte. Verifica-se assim que este é um momento de crise no casal. (Alarcão 2006).

Outro estudo que vai ao encontro ao nosso resultado foi o de Verkerk, Pop, Van Son & Van Heck (2003). Este estudo contou com 1.618 mulheres, separadas em dois grupos (grupos de alto risco e grupos de baixo risco), prevendo a ocorrência de depressão pós-parto. Os resultados apresentados para o grupo de alto risco foi que 17% das mulheres desenvolveram dpp até ao terceiro mês pós-parto e 25% das mulheres desenvolveram esta depressão no 1º ano do pós-parto.

Nos resultados do grupo de baixo risco, 1% das mulheres desenvolveu depressão pós-parto até ao terceiro mês e 6% das mulheres apresentaram esta depressão no 1º ano do pós-parto. Importante destacar dois factores de risco neste estudo, sendo estes a história prévia de depressão e a alta incidência de sintomas depressivos durante a gestação.

Fonseca, Silva & Otta (2010) tiveram como um dos seus 3 objectivos do seu estudo avaliar a prevalência de sintomas depressivos entre o segundo e quarto mês após o parto, contando com a participação de 261 mães. A DPP foi avaliada a partir das nove semanas após o nascimento dos bebés até aos quatro meses. O EPDS foi aplicado entre a 9ª e a 12ª semana pós-parto. Os resultados apresentados das mães que obtiveram pontuações que indicaram sofrerem de depressão pós-parto foi de 28%.

Não foram encontrados estudos que vão de encontro a resultados em que os homens apresentam maiores índices de DPP em comparação com as mulheres.

Em relação à Hipótese 2 ï casais que são pais pela primeira vez são mais propensos à depressão pós-parto ï os resultados não confirmaram esta hipótese verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a DPP e a satisfação conjugal com o número de filhos dos casais, isto é quando o casal transita pela primeira vez para a parentalidade, estes não estão mais propensos à depressão pós-parto e à insatisfação social.

Estudo que vai de encontro ao nosso é de Huston & Vangelisti (1995, cit. por Menezes e Lopes, 2007) e o de Price (2004, cit. por Menezes & Lopes, 2007) que consistia em pesquisar jovens casais que passavam pela transição para a parentalidade, sendo que os resultados do estudo apresentaram que a maioria destes casais sentiu uma melhoria na sua relação amorosa como também na sua satisfação conjugal nesta altura de transição.

Os casais participantes referiram que terem sido pais contribuiu para o desenvolvimento pessoal e moral de cada um dos elementos e que ao transitarem para a parentalidade conseguiram identificar situações menos positivas no seu casamento permitindo desenvolver algumas estratégias para combater e melhorar a sua relação, mantendo assim a satisfação conjugal durante e após este período de mudança.

Lindahl et al. (1997, cit. por Pires, 2008) analisarem no seu estudo longitudinal a transição para a parentalidade de casais com filhos e sem filhos. O objectivo consistia em comparar casais com filhos e casais sem filhos sendo um dos critérios terem todos os mesmos anos de casados. Ao avaliarem os mesmos casais nos momentos anteriores e posteriores ao nascimento dos filhos (sendo estes os primeiros filhos para os casais sem filhos e os seguintes filhos para os casais que já tinham filho/s) verificaram que os dois grupos de casais, não apresentaram diferenças entre si em termos da satisfação de casamento.

Noutro sentido, Schultz, Cowan & Cowan (2006) realizaram um estudo comparando casais que se encontravam na transição para a parentalidade desde a gravidez até aos 66 meses do bebé com casais que não tinham filhos, de forma a examinar a trajectória da satisfação conjugal ao longo da transição para a parentalidade. Os resultados obtidos e analisados indicaram que houve um declínio normativo e linear da satisfação conjugal, não se tendo verificado com os casais sem filhos.

Estes resultados não foram de encontro aos resultados do nosso estudo e aos resultados do estudo referido anteriormente de Lindahl et al. (1997, cit. por Pires, 2008).

Um estudo que apresentou um resultado idêntico foi o resultado do estudoapresentado pelos pesquisadores que também investigaram as mudanças na qualidade da relação conjugal, comparando casais que transitavam para a parentalidade a partir do nascimento do primeiro filho com casais que não tinham filhos. (Wilkinson, 1995 e Crohan 1996, cit. por Pires, 2008)

Ambos verificaram que o declínio da felicidade e da satisfação conjugal foi mais acentuada nos casais com filhos do que nos casais sem filhos. Este estudo ainda permitiu confirmar nos resultados a sua hipótese de que são as mulheres quem mais sofrem na relação a transição da parentalidade. (Wilkinson, 1995, Crohan 1996, cit. por Pires, 2008)

O mesmo aconteceu com Shapiro, Gottman & Carrère (2000, cit. por Crespo, 2007), no seu estudo longitudinal realizado com casais ao longo de 6 anos, que confirmaram que a transição para a parentalidade é para a família uma das fases de maior dificuldade de adaptação sendo que este é particularmente mais evidenciado pelas mulheres.

Pires (2008**)** no seu estudo com 423 indivíduos portugueses casados com filhos verificou-se que ter filhos diminui os níveis de satisfação conjugal.

Os resultados apresentados no estudo Menezes & Lopes (2007) que teve como objectivo analisarem a relação conjugal durante a transição para a parentalidade, sob dois enfoques: a avaliação que cada casal faz de sua relação e a interacção comunicacional que estabelece nos diferentes momentos da transição sugeriram que um factor bastante importante e central para se compreender a conjugalidade na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal já existente antes de os casais sofrerem esta mudança.

Este estudo de caso colectivo, longitudinal contou com 4 casais que esperavam o primeiro filho e que abrangeu 5 etapas sendo estas o último trimestre de gravidez e o terceiro, o oitavo, o décimo-segundo e o décimo-oitavo mês pós-parto.

No entanto vários estudos, que passamos a enumerar abaixo sobre este tema apresentam resultados que não vão de encontro aos nossos, sugerindo que na transição entre o inicio da gravidez e o pós-parto existe uma diminuição na qualidade da relação conjugal.

Falceto (2002 cit. por Antunes, 2008) referiu que no período pós-parto, é compreensível esta diminuição pois o casal ao debruçar-se para os cuidados do bebé, acabam por reduzir bastante as atenções para com o conjugue, sendo estas muito importantes para manter a relação amorosa entre o casal.

Segundo Brito & Oliveira (2006, cit. por Antunes, 2008), pode-se atribuir, ao nascimento dos filhos, sentimentos de inveja, ciúme e ausência de meios funcionais que algumas vezes conseguem provocar, nos casais, separações ou mesmo divórcio,

Um estudo que não foi de encontro ao nosso resultado é o estudo longitudinal de Rothman (2004) que contou com cento e catorze casais e os resultados concluíram que a satisfação com a relação do casal permaneceu estável desde o inicio do casamento ate ao final da gravidez Contudo após o nascimento do filho houve uma diminuição bastante acentuada da satisfação conjugal sendo também referido pelos 2 elementos do casal mas relacionados com diferentes motivos.

De forma a explicar esta diminuição na satisfação conjugal foram referidos como influenciadores da diminuição da satisfação conjugal uma tendência que os homens têm para fazer atribuições positivas sobre o comportamento pré-natal das companheiras, enquanto que para as mulheres são factores como a depressão pós parto e temperamento do bebé (Rothman, 2004).

Uma queda da satisfação conjugal nos casais, provoca um desconforto na relação conjugal e muitos casais acabam por se distanciar ou mesmo por de separar e divorciar.

Gottman e Silver (2002) através dos seus estudos referiram que 67% dos casais, na sua maioria mulheres, experienciaram uma diminuição bastante significativa na satisfação conjugal após o nascimento de um filho podendo este trazer um decréscimo na satisfação conjugal, e nalguns casos levar alguns casais ao divórcio.

O mesmo aconteceu no estudo de Leonard e Roberts (1998, cit. por Crespo, 2007). Os resultados revelaram que ao longo dos três primeiros anos de casamento, verificou-se que em 50% dos casais houve um decréscimo dos níveis da satisfação conjugal e vinculação segura sobretudo no primeiro ano. De refeir que entre os principais motivos deste declínio, se encontrava a variável ñterem pelo menos um filhoò.

Para Shapiro, Gottman e Carrère (2000, cit. por Crespo, 2007) o início da ruptura, para muitos casais, começa com o primeiro filho, verificando-se, segundo dados estatísticos, que 50% dos divórcios ocorrem nos primeiros sete anos de casamento.

Kurdek (1998, cit. por Pires, 2008) no seu estudo longitudinal de 6 anos, obteve resultados que referiram que um dos factores responsáveis pela queda da satisfação dos cônjuges nos primeiros anos de casamento foi a presença de filhos, sendo este motivo associado ao facto da transição para a parentalidade ter sido numa fase inicial do

casamento como também ao decréscimo da satisfação dos cônjuges com o suporte social recebido, entre outros.

No entanto e apesar de haver muitos estudos que não vão de encontro com o resultado da nossa hipótese, alguns autores, tais como Huston e Vangelisti (1995, cit. in Menezes & Lopes, 2007), mencionam que, apesar de o casal muitas vezes perceber que o seu relacionamento conjugal está a diminuir em termos de romance, estes também se poderão aperceber que poderá estar a haver um aumento do companheirismo do conjugue no período da transição para a parentalidade.

Relativamente à Hipótese 3 ï existe uma associação entre DPP e a insatisfação conjugal no casal - confirmou-se esta hipótese verificando-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a depressão pós parto e a satisfação conjugal. Enquanto que na mulher apenas se verificou uma correlação significativa moderada negativa entre a depressão e o funcionamento conjugal, no homem todas as dimensões da satisfação conjugal apresentam correlações negativas moderadas e significativas entre as dimensões da satisfação conjugal e da depressão. Estes dados apontam no sentido de ao existir no seio de um casal depressão pós parto esta irá afectar e diminuir a sua satisfação conjugal isto é quando existe depressão pós-parto esta interfere e diminui a satisfação conjugal.

Um dos que vai ao encontro com os resultados do presente estudo é o estudo longitudinal realizado com 6 casais participantes de Mayor (2004) que contou com dois grupos de famílias, divididos por grupo com depressão e grupo sem depressão.

Os resultados revelaram que existem diferenças quanto à qualidade do relacionamento conjugal, sendo que nas famílias com depressão materna houve um maior relato de existência de conflitos, de menor apoio do marido e uma maior insatisfação conjugal. As famílias com mães deprimidas apresentaram maiores dificuldades na transição para parentalidade, especialmente quanto à satisfação conjugal (Mayor, 2004)

Outro estudo, é o Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini (2010) que investigaram o relacionamento conjugal no contexto da depressão materna, no final do primeiro ano de vida do bebé. Neste estudo participaram 22 casais, também divididos em dois grupos sendo o 1º grupo composto por 10 casais e que estavam inseridas as mulheres que apresentavam indicadores de depressão e o 2º grupo composto por12 casais em que estavam inseridas as mulheres que não os apresentavam indicadores de depressão, em ambos os grupos os bebés tinham todos cerca de 12 meses de idade e todos os casais moravam juntos.

Os resultados do estudo indicaram que entre os dois grupos havia uma diferença significativa quanto à depressão, mas não houve diferença significativa em relação às diversas variáveis sociodemográficas investigadas. No 1º grupo das mulheres com indicadores de depressão, 7 apresentaram indicadores de intensidade leve e 3 apresentaram indicadores de intensidade moderada. Ao analisar o conteúdo qualitativo, neste caso as entrevistas, estes resultados que comparado ao grupo sem depressão indicaram que as mulheres com indicadores de depressão relataram mais dificuldades em relação ao companheirismo, ao tempo para o casal, à comunicação, à resolução de conflitos e à avaliação global da qualidade do relacionamento conjugal e sexual.

No estudo realizado por Lee, Yip, Leung & Chung (2004), com uma amostra de 959 mulheres chinesas e com o objectivo da investigar factores de risco socioculturais para a depressão pós-parto demonstraram, nos seus resultados, que a história prévia de depressão, a depressão durante a gravidez, a insatisfação conjugal e os conflitos com a sogra foram indícios significativos de as mulheres apresentarem depressão pós-parto.

Os resultados do estudo de Fritsch et al. (2005, cit. por Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini, 2010) mostrou que as mulheres deprimidas tiveram uma avaliação mais negativa da qualidade de vida familiar e da relação conjugal, sendo este resultado também confirmados pelos seus conjugues.

O estudo de Frizzo, Prado, Linares & Piccinini (2008) examinou a conjugalidade em duas famílias em que as mulheres apresentavam depressão pós-parto mas os homens não, com base no Inventário Beck de Depressão e com base numa entrevista diagnóstica.

Os resultados revelaram que a conjugalidade estava a ser experienciada com dificuldades nas duas famílias, mas em cada caso de uma forma particular, principalmente em relação à comunicação entre o casal e à estrutura da sua relação conjugal.

É bastante importante perceber, na provável crise que os recentes pais e podem enfrentar, não apenas a qualidade da conjugal anterior mas também a qualidade do afecto conjugal presente (Alarcão, 2006).

No nosso estudo os resultados ainda indicam que para além de a depressão interferir e diminuir a satisfação conjugal, são os homens que tem médias mais altas nas dimensões do EASAVIC, neste caso o funcionamento conjugal e o foco casal, sendo estes valores estatisticamente significativos.

No nosso estudo e já referido anteriormente, são mais mulheres do que homens que apresentaram depressão pós-parto, talvez por este facto o resultado tenha sido menor que os homens no total do EASAVIC.

Beach e O´Leary (1993, cit. por Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini, 2010) encontraram resultados no seu estudo que referiram que pessoas deprimidas podem avaliar de modo mais negativo a qualidade do relacionamento conjugal, como uma consequência de seus sintomas depressivos.

Relativamente à Hipótese 4 ï Falta de apoio familiar, de amigos e/ou vizinhos e do conjugue provoca depressão pós-parto materna ï verificou-se que houve correlação significativa moderada e positiva entre a depressão pós parto materna e a existência de apoio familiar. Esta correlação significa que as mulheres que recebem menor suporte familiar apresentam valores mais elevados na depressão. As dimensões suporte de Amigos e/ou Vizinhos, Conjugue não estão correlacionadas com o facto de as mulheres apresentarem depressão Pós-Parto.

Um estudo que vai de encontro com o nosso resultado foi realizado por Menezes & Lopes (2007), o qual investigou a transição para a parentalidade da gravidez ao primeiro ano de vida da criança tendo concluído que os casais que na gravidez apresentavam um apoio e um bom envolvimento emocional, no pós parto apresentavam um maior apoio, uma melhor comunicação e poucos conflitos, ao contrário dos casais que durante a gravidez apresentaram um distanciamento emocional que tiveram aumento nas categorias de não apoio e conflitos após o nascimento do filho.

No estudo de Schwengber & Piccinini (2005), as mães deprimidas referiram sentimentos ambivalentes em relação ao apoio social recebido por parte dos familiares e amigos, além de sentimentos muito ambivalentes em relação ao apoio recebido do companheiro e ao seu papel como pai.

Hidalgo e Menendez (2003, cit. por Menezes & Lopes, 2007) no seu estudo longitudinal com 96 casais durante a transição para a parentalidade obtiveram resultados que indicaram que factores como o apoio emocional do cônjuge, o envolvimento paterno com os cuidados do bebé e a satisfação com a divisão dos trabalhos domésticos podem influenciar a forma como a relação conjugal de desenvolve durante a transição para a parentalidade.

Nos resultados do nosso estudo verificamos uma correlação significativa moderada e positiva entre a DPP materna e a existência de apoio familiar o que significa que as mulheres com um menor suporte familiar apresentam valores mais elevados na depressão.

Um estudo que não vai de encontro ao nosso é o estudo brasileiro de Dessen & Braz (2000) e que teve como principal objectivo investigar, a partir do ponto de vista das mães e dos pais, as transformações ocorridas na rede social de apoio em períodos de transição familiar decorrentes do nascimento de filhos, a participação do pai nesse contexto como também a participação e influência dos avós na vida familiar.

Este estudo contou com 15 casais de classe social baixa, subdivididas em dois grupos (A: mulheres grávidas); (B: mulheres com bebés até seis meses). As mulheres referiram que a principal alteração na rede social foi o aumento do apoio psicológico recebido, enquanto os homens referiram que foi o aumento da ajuda financeira e material.

No entanto para todas as mulheres o apoio do conjugue foi considerado mais importante que todos os outros. Estes dados sugeriram que para conseguirmos compreender as alterações na rede social de apoio e no envolvimento do pai na vida familiar durante as transições para a parentalidade, é necessário conhecer as relações desenvolvidas entre os subsistemas familiares e o contexto social no qual as famílias estão inseridas.

Tudge et al. (2000), na sua pesquisa referiram que nos momentos de transição decorrentes do nascimento, ao contrário das mães, os pais gastavam menos horas em actividades com os seus filhos, sendo que na maioria das vezes, se devida ao facto de estes estarem a trabalhar, o que reduzia a possibilidade de participarem na rotina doméstica.

Cruz et al. (2005) no seu estudo teve um resultado que indicou que quanto maior a percepção de apoio social do conjugue, menor a prevalência de aparecer a depressão materna, significando assim que o apoio do conjugue poderá ter um efeito protector para a saúde da mulher após o parto.

Por estas razões os resultados do presente estudo trazem novos dados para a investigação nesta área e nesta população tão específica, podendo vir a tornar-se bastante úteis, apesar de insuficientes, para a criação de programas de prevenção e acompanhamento dos pais como também podem servir de fonte para futuras investigações nesta área, visto que ainda não há muito estudos sobre a correlação destas duas problemáticas.

Os resultados deste estudo permitem comprovar que a depressão pós-parto e a satisfação conjugal estão relacionadas.

Contudo e apesar dos resultados obtidos, continuam sem resposta a questões como: (1) Será que os participantes apresentam depressão pós-parto porque não se sentem preparados para as responsabilidades que o bebé acarreta e pelo receio de não saber como cuidar do filho? (2) Será que as mulheres ficam mais deprimidas do que os homens porque se sentem mal com o seu aspecto físico e por sentirem que existe um possível desinteresse sexual e afectivo por parte dos conjugues? (3) Será que os participantes apresentam depressão pós-parto pela súbita mudança de rotinas, por terem menos horas de sono, pela ansiedade, nos primeiros meses, que esta transição provoca ou mesmo porque tem receio de não conseguirem ser ñbons paisò?

Todos os resultados apresentados têm que ser analisados com bastante cuidado, pois este estudo tem algumas limitações que não permitem afirmar que estes resultados são totalmente confiáveis. A primeira de todas as limitações investigação têm a ver com o número total da nossa amostra, sendo que esta deveria ter tido um maior número de participantes, o que não é o caso, pois só foi possível contar com 25 casais.

Outra limitação foi o facto de não se ter sido controlado nenhuma variável parasita, tais como o nível sociocultural, as mudanças nas rotinas, o estado psicológico de serem pais, entre outras. Mais uma limitação foi que alguns dos questionários foram enviados para os casais por correio electrónico e embora tenha sido pedido para os preencherem individualmente, os casais participantes poderão tê-los preenchido em conjunto, influenciado assim as respostas dos mesmos.

É aconselhável em estudos futuros a utilização de metodologias e procedimento mais robustos, no sentido de valorizar a exploração das diferenças entre os homens e as mulheres, aprofundar a investigação no que respeita aos principais motivos que poderão ser os causadores da DPP e avaliar a relação conjugal antes da gravidez e durante a mesma. Estes factores são bastante importantes para os investigadores para que após os resultados dessas investigações seja possível pensar, estruturar e realizar programas de acompanhamento psicológico para os casais antes e após o parto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M (2006). *(Des)equilíbrios familiares-Uma visão sistémica* . (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Paez, E., Neves, G., Olea, E. & Vera, A. (2002). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de un modelo casual. *Neuropsiquiatria Chilena, 38*(2), 84-93.

Antunes, M. S. C. (2008). *Relação Conjugal no Pós-Parto: Diferenças de Género.* Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Acesso dia 03 de Março de 2012. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/handle/10451/785

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical of mental manual disorders*. (4ª ed.). Washington-DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1997). *Women and depression: an update on the report of the APA Task Force.* Nova York: American Psychiatric Association

Areias, M. E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *British Juornal of Psyquiatry, 169*, 30-35.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E., Figueiredo, E., (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol. Med.* 26, *135-141*.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*, *50*(5), 275-285. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal lausanne trilogue play: A new observational assessment tool of the prenatal coparenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207-228.

Condon, J.T., Boyce, P. & Corkindale, C. J. (2003). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 56-64. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Coutinho, D. S., Baptista, M. N. & Moraes, P. R. (2002). Depressão pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. *Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 10*(2),63-71.

Crespo, C. (2007). *Rituais Familiares e o Casal. Paisagens Inter-Sistémicas.* Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Acesso no dia 03 de Março de 2012. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/887/13/18682_ulsd_dep.17500_Referencias.pdf

Cruz, E. B. S., Simões, G. L, & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27,* 181-188.

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

De Carvalho, L. A., & Santôanna, P. A. (2000). O jogo de areia em terapia conjugal: Uma proposta de intervenção. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia, 1*(1),53-64. Acedido a 10 de Maio de 2012. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/1/artigo6.pdf

Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16* (3), 221-23.

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Diniz, J. S. (2004). *Este meu filho que eu não tive: A adopção e os seus problemas* (3.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Feldman, R. (2000). Parentsô convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 21*, 176-191. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health,10,* 103-109. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Figueiredo, B. F. C. (1997). *Depressão pós parto, interacção mãe-bebé desenvolvimento infantil.* Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Google Scholar..

Fincham, F. D., Beach, S. R. H., e Kemp-Fincham, S. I. (1997). Marital quality: A new theoretical perspective. *Satisfaction in close relationships* (pp. 275-304). Nova York: Guilford Press.

Fonseca, V. R., Silva, G. A. , Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26*(4), 738-746.

Frizzo, G.B., Brys, I., Lopes, R.C.S. & Piccinini C. (2010) Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebé, *Aletheia 31*, 66-81. Acesso no dia 02 de Abril de 2012. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115016959007.pdf

Frizzo, G.B., Prado, L. C., Linares, J. L. & Piccinini C. (2010). Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(1), 46-55. Acesso no dia 02 de Abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100007

Frizzo, G. B., Kreutz, C. M., Schmidt, C., Piccinini, C. & Bosa, C. A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 15*(3), 84-94.
Acesso no dia 03 de Abril de 2012. Disponível em www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104

Frizzo, G. & Piccinini, C. (2005). Interação Mãe-Bebé em Contexto de Depressão Materna: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Psicologia em Estudo: 10*(1), 47-55. Acesso no dia 03 de Abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf

Gomes, A. B. F. S. (2009). *Satisfação Conjugal em Casais Candidatos à Adopção: Caracterização em Função do Género e do Motivo para Adoptar (Infertilidade / Não-Infertilidade).* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Acesso dia 03 de Março de 2012. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2152/1/22285_ulfp034905_tm.pdf

Gottman, J.M., Silver, N. (2002). *Os 7 Princípios do Casamento.* Cascais: Pergaminho.

Guerreiro, M.(2004), A Família no século XXI. *Pretextos, 15*, 18-19.
Acesso no dia 03 de Março 2012. Disponível em: http://www.arsalgarve.minsaude.pt/saudeeviolencia/exemplo/index.php?option=com content&view=article&id=61

Hernandez, J. & Oliveira, I. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia: Ciência e profissão, 23* (1), 58-69.

Fatherhood Institute (2007). Fathers and post-natal depression. *Fatherhood Institute Research Summary*. Acesso no dia 25 Fevereiro de 2012. Disponível em: http://www.fatherhoodinstitute.org/index.php?id=2&cID=580

Johnson, D. R., e Booth, A. (1998). Marital quality: A product of dyadic environment or individual factors? Social Forces. *Chapel Hill,76* (3), 883-904.

Kitzmann, K. M. (2000). Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental Psychology, 36*, 3-13.

Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo:construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y. & Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry, 184*, 34-40. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Levy-Shiff, R. (1999). Fathersô cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of adjustment to parenthood. *Journal of Family Psychology, 13*, 554-567. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco.

Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: los transtornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós.

Mayor, I. M. B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez.* São Paulo: Saraiva.

Mendes, I.M. (2002). *Ligacao materno-fetal.* Coimbra: Quarteto Editora.

Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF, 12*, 83-93.

Miller, B. C. (1976). A multivariate developmental model of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 643-65.

Monteiro, S. (2005). *Contextos Relacionais na adaptação à maternidade: estudo da influência das relações afectivas com os pais durante a infância e adolescência e do suporte social na idade adulta.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal

Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C.(2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV): 399-413

Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.

Narciso, I., Costa, M. & Pina Prata, F. (2002). Intimidade e Compromisso pessoal ou ñAquilo que pode fazer com que um casamento funcioneò. *Revista Portuguesa de Psicologia, 36*, 67-88. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas mas Não Perfeitas ï À Procura do Padrão Que Liga*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Narciso, I., & Costa, M.E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 12*, 115-130.

O.Hara, F. (1997). *The nature of postpartum depression*. Nova York: Guilford.

Olshansky, E., & Sereika, S. (2005). The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. *Archives of Psychiatry Nursing, 19*(6), 273-280. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Paulson, J. F.; Dauber, S. & Leiferman, J. A. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics, 118(2),* 659-668. Acesso no 03 de Março de 2012. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/659.full.pdf

Paulson, J. F.& Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association with Maternal Depression T*he Journal of American Medical Association*: *303* (19), 1961-1969

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo, 13*(1), 63-72. Acesso no dia 03 de Abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008

Pires, A.S.R. (2008). *Estudo da Conjugalidade e da Parentalidade através da Satisfação Conjugal e da aliança Parental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Acesso no dia 25 de Fevereiro de 2012. Disponivel em: http://repositorio.ul.pt/handle/10451/820

Relvas, A. (2000). *Por detrás do Espelho: Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família*. *Perspectiva Sistémica* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Righetti, V. M., Bousquet, A. & Manzano, J. (2003).Impact of postpartum depressive syntoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *12*(2), 75-83.

Rees, W.D. & Lutkins, S.G. (1971). Parental depression before and after childbirth. *The Journal of the College of General Pratitioners ,21*, 26-31.

Romito, P., Saurel-Cubizolles, M., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49,* 1651-1661. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Rothman, A. D. (2004). The nature and predition of marital change across the transition to parenthood. *Dissertation Abstracts International: section B: The sciences and engineering, 65*(2-B), 1038. Retirado a 30 Março de 2012, a partir do banco de dados Google Scholar.

Schmidt, E.; Piccoloto, N & Muller, M. (2005). Depressão pós-parto: Fatores de risco e repercusões no desenvilvimento infantil. *Psico-USF, 10* ,61-68

Schultz, M., Cowan, C. & Cowan, P. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 20-31. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco

Schwengber, D., Piccini, C. A. (2003) O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebé. *Estudos de psicologia, 8*(3), 403-411. Acesso dia 03 de Abril de 2012. Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf

Solantaus, T. & Salo, S. (2005). Paternal post-natal depression: fathers emerge from the wings. *The Lancet, 365*, 2158-2159.

Sotto-Mayor, I & Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento Conjugal e Depressão Materna. *Psico, 36,* 135-148. Acesso dia 03 de Abril de 2012. Disponível em: http:/revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1383/1083

Sousa, J. (2006). As famílias como projectos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar 11*, 41ï 47

Sousa, S.R.V. (2009*). Genealogia do Desejo: A Influência da Satisfação Conjugal no Estabelecimento da Relação Precoce entre Mãe-Bebé.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal. Acesso dia 25 de Fevereiro de 2012. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2150

Spector, A. (2006). Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Mental Health Nursing, 27*, 867-883. Retirado a 02 Abril, 2012, a partir do banco de dados Ebsco

Tudge, J., Hayes, S., Doucet, F., Odero, D., Kulakova, N. Tammeveski, P., Meltsas, M. & Lee, S. (2000). Parentsô participation in cultural practices with their preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*, 1-11.

Verkerk, G. J., Pop, V. J., Van Son, M. J. & Van Heck, G. L. (2003). Prediction of depression in the postpartum period: A longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *Journal Affect Disord*, *77*(2), 159-166.

White, M. A., Wilson, M. E., Elander, G., & Persson, B. (1999). The Swedish family: transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Science, 13* (3), 171-176.

ANEXOS

Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se numa investigação de mestrado sobre "*A Depressão Pós-Parto em Casais: O Efeito da Satisfação Conjugal*", a decorrer na Universidade Lusíada do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Joana Oliveira.

No âmbito desta investigação, é necessário recolher dados que depois de analisados vão permitir uma maior compreensão sobre os efeitos da Satisfação Conjugal na Depressão Pós-Parto nos Casais. Isso irá também permitir que se possa, no futuro, conhecer e ajudar de uma forma mais eficaz os pais, quer a nível preventivo, quer a nível terapêutico. Por tudo isto, a sua colaboração é extremamente importante.

Os questionários são anónimos e todos os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas de outras participantes.

Os questionários que irá encontrar apresentam instruções de preenchimento. É muito importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser correctamente analisados. Não há respostas certas ou erradas, o mais importante é mesmo a sua opinião. Recorde-se que estes questionários devem ser preenchidos individualmente.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade em participar neste estudo.
Sem o seu contributo seria impossível realizar esta investigação.

Muito obrigada,

Helena Sousa Lopes
(Mestranda da Universidade Lusíada do Porto)

Helena Sousa Lopes

EPDS

Este questionário é composto por 10 perguntas sobre como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje. Gostaria que assinalasse a resposta que melhor responde à afirmação com uma cruz no quadrado correspondente.

Exemplo:
Sinto-me feliz

a) Sempreé é é é é é é .é é é é é ..é . ☐
b) Quase sempre é é é é é é é é .é é . ☒
c) Não tanto como era antesé é é é é .é . ☐
d) Nuncaé é é é é é é é é é é é é é ☐

Por favor responda às seguintes afirmações do mesmo modo. Obrigada

1) Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas

a) Tanto quanto antesé é é é .é .é é .é ☐
b) Menos do que antesé é é é é .é é .... ☐
c) Muito menos do que antesé é é é ..é . ☐
d) Nunca é é é é é é é é é é ...é é ... ☐

2) Tenho tido esperança no futuro

a) Tanta como sempre tiveé é é é é é .... ☐
b) Bastante menos do que costumava teré .. ☐
c) Muito menos do que costumava teré é .. ☐
d) Quase nenhumaé é é é é é é é é é . ☐

3) Tenho-me culpada, sem necessidade, quando algo corre mal

a) Sim, a maioria das vezesé é é é é é ... ☐
b) Sim, algumas vezesé é é é é é é .é .. ☐
c).Raramenteé é é é é ..... ☐
d) Nuncaé é é é é é é é é é é é é .... ☐

4) Tenho estado ansiosa e preocupada sem motivo

a) Não, nuncaé é é é é é é é é é é .... ☐
b) Quase nuncaé é é é é é é é é ....é .. ☐
c) Sim, por vezesé é é é é é é é é é ... ☐
d) Sim, muitas vezesé é é é é é é é é .. ☐

5) Tenho-me sentido com medo e muito assustada sem grande motivação

a) Sim, muitas vezesé é é é ..é é é é é é é é é é é é é é . ☐

b) Sim, por vezesé é é é é é é é é é é é é é ..é é é é ... ☐

c) Não, raramenteé é é é é é é é é é é é é é .é é é é é ... ☐

d) Não, nuncaé .. ☐

6) Tenho sentido que são demasiadas coisas para mim

a) Sim, muitas vezesé é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..... ☐

b) Sim, por vezes não tenho conseguido resolve-las como antesé ..... ☐

c) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmenteé é é é .é é é .. ☐

d) Não, resolvo-as tão bem como antesé é é é é é é é é é é ☐

7) Durmo mal por me sentir muito infeliz

a)Sim, quase sempre é é é é é é é é é é é é é é ..é é é ..... ☐

b) Sim, por vezesé .. ☐

c) Raramenteé é é é é é é é é é é é é é ...é é é é é é ..... ☐

d) Não, nuncaé ... ☐

8) Tenho-me sentido triste ou infeliz

a)Sim, quase sempre é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é . ☐

b) Sim, muitas vezes é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é . ☐

c) Raramente é é é é é é é é é é é é é é é ...é é é é é .... ☐

d) Não, nunca é .. ☐

9) Choro por me sentir muito infeliz

a) Sim, quase sempre é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . ☐

b) Sim, muitas vezes é é é é é é é é é é é é é é é é é é .. ☐

C) Só às vezes é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .é ... ☐

d) Não, nunca é é é é é é é é é é é é é é é é é é ...é .é . ☐

10) Tive ideias de fazer mal a mim própria

a) Sim, muitas vezes é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é ☐

b) Por vezes é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é ..... ☐

c) Muito raramente é é é é é é é é é é é é é é é é é ..é .. ☐

d) Nunca é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é .. ☐

EASAVIC

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão:

1- Nada satisfeito (a); 2- Pouco Satisfeito(a); 3- Razoavelmente Satisfeito (a); 4- Satisfeito(a); 5- Muito satisfeito (a); 6- Completamente Satisfeito (a)

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item 6, "Quantidade de tempos livres", você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira 1 2 3 4 5 6
2. A distribuição de tarefas domésticas..... 1 2 3 4 5 6
3. O modo como tomámos decisões..... 1 2 3 4 5 6
4. A distribuição de responsabilidades..... ..... 1 2 3 4 5 6
5. O modo como passamos os tempos livres..... ..... 1 2 3 4 5 6
6. A quantidade de tempos livres..... ..... 1 2 3 4 5 6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos..... 1 2 3 4 5 6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... . 1 2 3 4 5 6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... 1 2 3 4 5 6
10. A minha privacidade e autonomia..... 1 2 3 4 5 6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
12. A nossa relação com a minha profissão 1 2 3 4 5 6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
14. A frequência com que conversamos..... 1 2 3 4 5 6
15. O modo como conversamos 1 2 3 4 5 6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... 1 2 3 4 5 6
17. A frequência dos conflitos que temos..... 1 2 3 4 5 6
18. O modo como resolvemos os conflitos..... 1 2 3 4 5 6
19. O que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... ..... 1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim..... ..... 1 2 3 4 5 6
25. A frequência com que temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
28. A qualidade das nossas relações sexuais..... 1 2 3 4 5 6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... 1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... 1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim..... .1 2 3 4 5 6
35. A partilha de interesses e actividades..... .1 2 3 4 5 6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge..... .1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses..... .1 2 3 4 5 6
38. Os nossos projectos para o futuro..... .1 2 3 4 5 6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação..... 1. 2 3 4 5 6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação. ..... 1 . 2 3 4 5 6
41. O aspecto físico do meu cônjuge..... 1 .2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico..... .1 2 3 4 5 6
43. As características e hábitos do meu cônjuge..... .1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos..... .1 2 3 4 5 6

Questionário Sociodemográfico Sexo: F

É muito importante que leia atentamente e **responda a todas as questões.** Deixar as questões em branco inutiliza todo o questionário.
Se não tiver a certeza do valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Idade: _____ Estado Civil:_____
Escolaridade:_____ Profissão:_____
Número de filhos: _____ Idades: _____
Vive com o pai do bebé? _____ Se respondeu Sim, há quanto tempo? _____
Número de elementos do agregado familiar que partilham a sua habitação: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Primeira gravidez: Sim_____ Não_____
Se respondeu Não, sofreu de depressão pós parto? Sim_____ Não_____
Já sofreu algum aborto? Sim _____ Não_____
Se respondeu sim, pedimos que indique a semana da gestação e o motivo:
_____
_____
Se teve alguma complicação pós-parto nas gravidezes anteriores, pedimos que indique quais foram:
_____
_____

HÁBITOS TABÁGICOS:

Não Fumadora: _____
Fumadora: _____ Há quanto tempo:_____ Número de cigarros /dia: _____
Fumadora ocasional:_____ Número de cigarros /mês: _____
Ex-Fumadora: _____ Quando e porquê deixou de fumar? _____
Se reduziu, indique o número de cigarros/dia: Anteriormente: _____ Actualmente: ____

HÁBITOS ALCOÓLICOS

Sim_____ Não_____ Já tive_____
Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____
Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

HÁBITOS FARMACOLÓGICOS

Sim_____ Não_____ Já tive_____

Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____

Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIATRICO

Sim_____ Não_____ Já tive_____

Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____

Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

PÓS PARTO

Gravidez actual: Planeada _____ Não planeada _____

Trabalhou durante a gravidez? Sim _____ Até que semana de gestação: _____

Não _____ Motivo:_____

Recém-Nascido de Termo: Sim _____ Não _____

Se respondeu Não, pedimos que indique com quantas semanas nasceu? _____

Tipo de Parto: Cesariana: _____ Normal: _____

Houve alguma complicação pós parto? Sim_____ Não_____

Se respondeu Sim, pedimos que indique quais foram:

_____

_____

SUPORTE SOCIAL

Tem um suporte familiar que a ajude com o/os seu/seus filho/filhos?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____

Tem um suporte de amigos e/ou vizinhos que ajude com o/os seu/seus filho/filhos?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____

O pai do bebé participa nas tarefas de casa e ajuda-a com o vosso bebé?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____

Questionário Sociodemográfico Sexo: M

É muito importante que leia atentamente e **responda a todas as questões.** Deixar as questões em branco inutiliza todo o questionário.
Se não tiver a certeza do valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Idade: _____ Estado Civil:_____
Escolaridade:_____ Profissão:_____
Número de filhos: _____ Idades: _____
Vive com a mãe do bebé? _____ Se respondeu Sim, há quanto tempo? _____
Número de elementos do agregado familiar que partilham a sua habitação: _____

HÁBITOS TABÁGICOS:

Não Fumador: _____
Fumador: _____ Há quanto tempo:_____ Número de cigarros /dia: _____
Fumador ocasional:_____ Número de cigarros /mês: _____
Ex-Fumador: _____ Quando e porquê deixou de fumar? _____
Se reduziu, indique o número de cigarros/dia: Anteriormente: _____ Actualmente: ____

HÁBITOS ALCOÓLICOS

Sim_____ Não_____ Já tive_____
Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____
Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

HÁBITOS FARMACOLÓGICOS

Sim_____ Não_____ Já tive_____
Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____
Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIATRICO

Sim_____ Não_____ Já tive_____
Se respondeu Sim, há quanto tempo tem este hábito? _____
Se respondeu Já tive, teve acompanhamento? _____ Quanto tempo? _____

PÓS PARTO

Gravidez actual: Planeada _____ Não planeada _____

Trabalhou durante a gravidez? Sim _____

Não _____ Motivo:_____

Recém-Nascido de Termo: Sim _____ Não _____

Se respondeu Não, pedimos que indique com quantas semanas nasceu? _____

Tipo de Parto: Cesariana: _____ Normal: _____

Houve alguma complicação pós parto? Sim_____ Não_____

Se respondeu Sim, pedimos que indique quais foram:

_____

_____

SUPORTE SOCIAL

Tem um suporte familiar que o ajude com o/os seu/seus filho/filhos?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____

Tem um suporte de amigos e/ou vizinhos que o ajude com o/os seu/seus filho/filhos?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____

A mãe do bebé participa nas tarefas de casa e ajuda-o com o vosso bebé?

Sim, sempre:_____ Sim, algumas vezes:_____ Raramente:_____ Não, Nunca:_____