

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

7º MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ALDIRO MANUEL DE OLIVEIRA MAGANO

A DEPRESSÃO PÓS-NATAL NO HOMEM

Estudo prospectivo de base hospitalar de homens/companheiros de mulheres grávidas da 36ª semana de gravidez à 6ª semana após o nascimento

ORIENTADORA:

Professora Doutora Maria Emília T. E. G. Areias

Porto 2008

A DEPRESSÃO PÓS-NATAL NO HOMEM

Estudo prospectivo da análise da relação entre variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas e a Depressão Pós-Natal em homens.

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde
Publica apresentada à Faculdade de Medicina e Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Orientadora:

Professora Doutora Maria Emília T. E. G. Areias

*“A maioria dos homens com Depressão
Pós- Natal não vive, existe.*

*Existir sem ser visto é uma espécie de
morte”*

Desconhecido

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa e filhos que, durante todo este tempo, se sentiram privados do carinho e da presença que lhes eram devidos.

A todas os meus amigos que, de alguma forma, me incentivaram para chegar ao fim desta caminhada.

Ao António Ferreira, pela motivação, amizade e presença nos momentos necessários, muito obrigado.

Agradecimentos

Para a conclusão do presente trabalho, concorreram várias pessoas, sem as quais não teria sido possível levá-lo a termo.

Tendo em apreço os mais elementares princípios de gratidão, apresento os meus especiais agradecimentos:

Em primeiro lugar, à Sra. Professora Doutora Maria Emília Areias, pela disponibilidade, pela orientação, apoio, referência científica estimulante e muito esclarecedora para a consecução deste estudo.

Ao Mestre Jorge Quintas pela sua disponibilidade e colaboração no domínio da análise estatística.

Ao Professor Doutor Henrique Barros pela sabedoria das suas observações, o meu sincero agradecimento pessoal, assim como pela disponibilidade que demonstrou, mesmo nos momentos em que esta era exígua.

Ao Doutorando Henrique Pereira, pela disponibilidade, compreensão e empenho na análise qualitativa dos resultados dos questionários.

À Enfermeira Maria dos Anjos, pelo incentivo e disponibilidade na coordenação do horário para que este trabalho fosse possível.

Agradeço também ao Conselho de Administração do Hospital S. Sebastião, pela disponibilidade manifestada, pela autorização para a realização da recolha de dados.

A todos os homens que voluntariamente participaram neste estudo e assim, permitiram que este tivesse lugar, o meu sincero agradecimento.

À enfermeira Paula que não poupou esforços na disponibilidade demonstrada na ajuda ao preenchimento dos questionários na Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital S. Sebastião.

SUMÁRIO:

| | |
|--|----|
| I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE TEMAS QUE CONSTITUEM O ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO | 13 |
| 1 Introdução..... | 13 |
| 2 Depressão | 16 |
| 3 Modelos Explicativos da Depressão | 19 |
| 2.1 Modelos Bioquímicos..... | 19 |
| 2.2 Modelos Psicológicos | 20 |
| 2.2.1 Modelo Psicodinâmico | 20 |
| 2.2.2 Modelo Cognitivo–Comportamental | 21 |
| 2.3 Modelos Sociológicos..... | 24 |
| 3 D.P.N. no homem | 26 |
| 3.1 Factores Sócio-Demográficos e Psico-Sociais | 28 |
| 3.2 Suporte social | 29 |
| 3.3 Factores Psicológicos | 30 |
| 3.4 Acontecimentos de Vida..... | 31 |
| 3.5 <i>Stress</i> Gerador de Doença..... | 31 |
| 3.5.1 <i>Estratégias de Adaptação</i> | 33 |
| 4 Aspectos Epidemiológicos..... | 36 |
| II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL – INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDA..... | 38 |
| 1 Materiais e Métodos | 39 |
| 1.1 Hipóteses | 39 |
| 1.2 Objectivos..... | 40 |
| 1.3 Metodologia de Selecção dos Participantes e População | 41 |
| 1.4 Desenho..... | 42 |
| 1.5 Procedimentos do Estudo | 42 |
| 1.6 Instrumentos de Avaliação | 43 |
| 1.6.1 <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> | 43 |
| 1.6.2 <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> | 44 |
| 1.6.3 <i>Eysenk Personality Inventory (EPI)</i> | 44 |
| 1.6.4 <i>Social Support Network Inventory (SSNI)</i> | 45 |
| 1.6.5 <i>Graffar</i> | 45 |
| 1.6.6 <i>Questionário Sócio-Demográfico</i> | 46 |
| 1.7 Critérios para “Caso de Depressão”, “Caso de Ansiedade” e para “Novo Caso” | 46 |
| 1.8 Aspectos Éticos | 46 |
| 1.9 Métodos de Análise Estatística | 47 |
| 1.10 Parâmetros de Fidedignidade..... | 48 |
| 2 Resultados | 49 |
| 2.1 Caracterização Demográfica da Amostra..... | 49 |
| 2.2 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Psico-Sociais..... | 52 |
| 2.2.1 <i>Acontecimentos de Vida</i> | 52 |
| 2.2.2 <i>Suporte Social</i> | 53 |
| 2.2.3 <i>Traços de Personalidade Prévia</i> | 56 |
| 2.3 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Clínicas | 57 |
| 2.3.1 <i>Sintomas de Ansiedade e de Depressão durante a Gravidez da Mulher/ Companheira</i> | 57 |
| 2.3.2 <i>Hábitos Tabágicos</i> | 58 |
| 2.4 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Obstétricas | 59 |
| 2.4.1 <i>Planeamento da Actual Gravidez</i> | 59 |
| 2.4.2 <i>Tipo de Parto Anterior das Mulheres/Companheiras</i> | 59 |
| 2.4.3 <i>Tipo de Parto Actual</i> | 60 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.5 | Incidência Prevalência de Depressão e Ansiedade nos três momentos de avaliação..... | 61 |
| 2.6 | Associação de algumas Variáveis com a Depressão nos três momentos do estudo | 66 |
| 2.6.1 | <i>Variáveis Demográficas associadas com a Depressão</i> | 66 |
| 2.6.2 | <i>Variáveis Psicossociais associadas com a Depressão</i> | 67 |
| 2.6.3 | <i>Variáveis Clínicas associadas com a Depressão</i> | 70 |
| 2.6.4 | <i>Variáveis Obstétricas associadas com a Depressão</i> | 70 |
| 2.7 | Análise Comparativa da Depressão entre Homens e respectivas Companheiras | 72 |
| 3 | Discussão dos resultados | 74 |
| 4 | Conclusões | 82 |
| 5 | Bibliografia..... | 85 |

- Anexos:**
- A - Questionário Sócio-Demográfico
 - B - Hospital Anxiety and Depression Scale
 - C - Edinburgh Postnatal Depression Scale
 - D - Eysenk Personality Inventory
 - E - Social Support Network Inventory
 - F - Graffar

INDICE DE QUADROS:

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Correlação do EPDS nos diferentes momentos de avaliação | 65 |
|--|----|

INDICE DE TABELAS:

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Planeamento do estudo..... | 43 |
| Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra por idade..... | 49 |
| Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao estado civil | 50 |
| Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra por estratos sócio-económicos, de acordo com a Classificação de Graffar | 50 |
| Tabela 5 - Distribuição dos elementos da amostra por nível de instrução..... | 51 |
| Tabela 6 - Distribuição dos elementos da amostra por categoria do 1º e 2º acontecimento de vida mais importante fazendo recurso à classificação de Paykel..... | 53 |
| Tabela 7 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao nº do pessoas que constituem o agregado familiar | 54 |
| Tabela 8 - Distribuição dos elementos da amostra por categoria dos grupos de suporte | 54 |
| Tabela 9 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente à dimensão da rede de suporte social e à cotação nas escalas de suporte geral e relacionado com acontecimentos de vida..... | 55 |
| Tabela 10 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente à dimensão Extroversão / Neuroticismo Eysenk Personality Inventory (EPI)..... | 57 |
| Tabela 11 - Distribuição dos elementos da amostra por classes em relação aos sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez da mulher/companheira (HADS) | 58 |
| Tabela 12 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente aos hábitos tabágicos..... | 58 |
| Tabela 13 - Distribuição dos elementos da amostra face ao planeamento da gravidez actual | 59 |
| Tabela 14 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tipo de parto anterior | 60 |
| Tabela 15 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tipo de parto actual | 60 |
| Tabela 16 - Congruência dos métodos utilizados para avaliação da Depressão (correlação do EPDS com o HADS nos diferentes momentos do estudo) | 65 |
| Tabela 17 - Correlação de EPDS com as variáveis demográficas nos 3 momentos de avaliação.... | 67 |
| Tabela 18 - Correlação de EPDS com variáveis psicossociais nos 3 momentos de estudo | 69 |
| Tabela 19 - Correlação de EPDS com variáveis clínicas nos 3 momentos de estudo..... | 70 |
| Tabela 20 - Relação de EPDS com variáveis sociais obstétricas e clínicas nos 3 momentos de estudo utilizando o teste de <i>Kruskal - Wallis</i> | 71 |
| Tabela 21 - Correlação do EPDS nos diferentes momentos de avaliação entre mulheres e respectivos maridos/companheiros..... | 72 |
| Tabela 22 - Diferenças de médias de EPDS nos diferentes momentos de avaliação entre mulheres e respectivos maridos/companheiros..... | 73 |

Resumo

Demasiadas expectativas sociais pendem sobre os casais que vêm a família crescer com o nascimento de um filho, algumas enviezando as atenções dos clínicos, negligenciando situações de desconforto ou de sofrimento, outras criando *standards* elevados e difíceis de cumprir, à luz de uma aura de festividade e de alegria que nem sempre prevalecem sobre o esforço adaptativo.

Apesar da sua importância, quer na dimensão individual, quer nos efeitos interactivos, a “Depressão Pós-Natal” (D.P.N.) nos homens encontra-se pouco estudada pelas pesquisas científicas publicadas e a sua caracterização e análise etiológica, pouco compreendidas e retratadas na bibliografia actual.

Neste contexto, surge a curiosidade e o estímulo para procurar respostas que, porventura, poderão mudar algumas atitudes ou indicar abordagens terapêuticas úteis para resolver essa problemática. Essas foram também as motivações subjacentes a este estudo realizado no Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira.

Assim, pretendemos compreender a importância do fenómeno da Depressão nos homens, após o nascimento de um filho e também analisar a sua incidência e evolução ao longo de três momentos de avaliação, correspondentes à gravidez das companheiras (36^a semana de gestação) e à 2^a e 6^a semanas pós-natais. Pretendemos ainda estudar a associação desta perturbação com variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas seleccionadas (idade, estado civil, estrato social, acontecimentos de vida, suporte social, traços de personalidade, ansiedade e depressão prévia, depressão na companheira planeamento da gravidez, tipo de parto, etc.).

Os participantes deste estudo foram 60 homens, cujas companheiras estavam grávidas de 36 ou 37 semanas, seleccionados na Consulta Externa do Serviço de Obstetrícia do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, no período compreendido entre Julho 2005 e Agosto de 2006.

O desenho do nosso estudo é longitudinal e compreende três momentos de avaliação:

O 1^o momento de avaliação que decorreu à 36^a/37^a semana de gravidez da mulher/companheira, incluía a administração dos seguintes questionários: HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale para avaliação dos sintomas de ansiedade e de Depressão, EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale para a detecção da depressão Pós-Natal, EPI - Eysenk Personality Inventory, para a avaliação dos traços de personalidade, SSNI - Social Support Network Inventory para a avaliação da dimensão e funcionamento da rede de suporte social e para obter dados sobre o tipo de acontecimentos de vida com ocorrência recente, a Escala de Graffar para a classificação do estrato

social, e finalmente, para recolher informação sobre tópicos sócio-demográficos e clínicos um questionário que elaboramos especialmente para este estudo.

Os questionários foram preenchidos pelos participantes do estudo, com a ajuda do investigador, após explicação pormenorizada sobre os objectivos e métodos da investigação e após assinatura do termo de consentimento informado.

Na altura da primeira avaliação, foram entregues os questionários correspondentes aos 2º e 3º momentos (2ª e 6ª semana Pós-Natal (P.N.)) de avaliação, com os respectivos envelopes selados, sendo-lhes solicitado que fizessem o envio pelo correio. Para minorar a probabilidade de que ocorresse esquecimento, contactamos telefonicamente os participantes na altura das respectivas recolhas de dados e envio. Aqueles que, por algum motivo, não respondiam, eram visitados pessoalmente pelo investigador, pois era esse o acordo prévio estabelecido.

Na 2ª e na 6ª semanas pós-natais eram novamente preenchidos o HADS e o EPDS.

O nosso estudo apresentou os seguintes resultados mais proeminentes:

A prevalência da Depressão após o nascimento de um filho nos participantes do nosso estudo foi de 15%, considerado o período até às seis semanas Pós-Natais.

No que se refere a variáveis com importância etiológica neste fenómeno, a profissão, o estado civil, a dimensão da rede de suporte social, o suporte geral, os traços de personalidade, a ansiedade e depressão prévia, o tipo de parto actual e a inexistência de planeamento da gravidez emergem como contributos relevantes para a ocorrência de sintomatologia depressiva. A idade, o rendimento familiar, os acontecimentos de vida e o tipo de parto anterior não apresentam associações com a ocorrência de Depressão.

Neste estudo, obtivemos também dados sobre as mulheres/companheiras dos participantes e pudemos, por isso, comparar prevalências e estudar a forma como a Depressão num dos elementos do casal se reflectia no outro. Os resultados permitiram-nos constatar que não havia correlação significativa entre a Depressão da mulher e a do respectivo companheiro.

Abstract

Too many social pressures and expectations hang over couples who were recently parents, some of them biasing clinical attention, neglecting care to people in suffering, or establishing unrealistic high standards, difficult to accomplish. This condition rises on the belief that happiness, joy and well being are the normal outcomes of childbirth, and ignores that sometimes the adjustment difficulties prevail.

Despite the importance of Postnatal Depression (PND) in men, either in its individual or interactive aspects, there are scarce studies characterizing this phenomenon and analyzing its etiological origins. This lack of data is an important motive to develop new investigations that can deepen knowledge about PND in men and can help in planning more efficient therapeutic strategies.

Therefore, our main purposes were to study the incidence of PND in men, to characterize this disturbance in severity, and to analyze its association with selected psychosocial variables (*stressful* life events, social support, personality traits, planning of present pregnancy, and depression on partners, etc.). We aimed also to study the pattern of occurrence of depression along wives' pregnancy and after birth.

Our population included 60 men, who were husbands or partners of 36 or 37 weeks' pregnant women attending pre-natal routine consultation at Obstetrical Department of Hospital S. Sebastião, in Vila da Feira, from July 2005 to August 2006. All the subjects were fully informed about the purposes and methods of the study and agreed to participate, signing an informed consent form, before beginning any kind of participation.

The design of this study was prospective and included three evaluation moments: the first was at 37th week of pregnancy, the second and third were at 2nd and 6th weeks after birth. We used the following assessment instruments: HADS, to measure symptoms of anxiety and depression, EPDS, to assess Postnatal Depression, EPI, to assess personality traits, SSNI, to evaluate the size and functionality of social support network and also to give a simple measure of the kind of life events experienced recently, Graffar Interview and Method of Classification to classify subjects on their socio-demographic status and finally, an interview designed specially for this study to collect information about other demographic and clinical topics.

At the first interview, we delivered all subjects sealed envelopes with all the questionnaires that they should fill at the 2nd and 6th weeks after childbirth, and ask them to return them by mail. To avoid non-returning of the questionnaires due to forgetting, we previously agreed with the participants that we will call them by phone next to the time of these evaluation moments. Also, we agreed that whenever we didn't receive the envelopes, we visited the subjects at home.

The main findings of our study were:

The prevalence of PND in our participants was 15% when we consider the period of the first six weeks after birth, showing a significant increase compared to pregnancy.

Not planning pregnancy emerged as a main contribution to the arousal of PND in men, as did also neurotic and extravert personality traits and poor social support. Contrariwise, the kind of life events, and the type of previous delivery didn't show significant associations with PND.

Depression in men was associated clearly to depression in their partners only during pregnancy.

I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE TEMAS QUE CONSTITUEM O ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO

Inevitavelmente, nas conversas que mantemos com quem nos rodeia, surge com frequência a ideia de que há alterações comportamentais ou pelo menos de “estado de espírito” de pessoas que nos são familiares. Algo modificou a organização mental que esses indivíduos tinham e, de alguma forma, os perturbou.

O que mais nos surpreende, é que o acontecimento que, por vezes, se relaciona com essa alteração até não tem aparentemente razão de o fazer, julgávamos nós.

Quando falamos em construção duma família, quem não pensa imediatamente na constituição de um lar com crianças, que “enchem de alegria” o seio do casal? Com efeito, nem sempre a atribuição directa de nascimento associada a festividade, pode ser a que se depreende à partida.

Dada a frequência da problemática da Depressão na actualidade⁽¹⁾, não a devemos aceitar apenas como consequência de determinados factores que nos são mais ou menos familiares e que, em certas situações, estão devidamente estudados e abordados. No entanto, quando pesquisamos, podemos verificar que a abundância bibliográfica não é generalizada, dependendo do género e dos factores.

Enquadramos a “Depressão Pós-Natal” no homem nesse hiato da ciência, pois a D.P.N. é abordada por variadíssimos autores no âmbito das diversas ciências da saúde, no que se refere à jovem mãe, no entanto, o homem em poucas ocasiões foi alvo de interesse nesta patologia, quiçá por se julgar mais condizente com as alterações biológicas que ocorrem no sexo feminino, neste contexto particular.

Ter sentimentos não é exclusivo duma determinada raça ou género, apesar de várias condicionantes que podem afectar uns e proteger outros. As depressões podem-se manifestar de diferentes formas, após determinados acontecimentos, não deixando por isso de ser doença com a sua importância.

Se citarmos Serrão “*Qualquer que seja a doença representa uma fonte de sofrimento, senão a mais comum é a mais evidente*”⁽²⁾ e doença “*É sofrimento e dor*”⁽²⁾, compreende-se e aceita-se o que McIntyre comunica “*O aliviar do sofrimento é uma preocupação ética e profissional de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, e que remonta aos primórdios da ciência médica (...). A ajuda ao ser humano em sofrimento coloca questões complexas cujas respostas requerem uma postura e competência profissional que ultrapassa os aspectos técnicos e relacionais comuns do acto terapêutico*”⁽³⁾

Neste contexto, só podemos procurar formas de aliviar esse sofrimento se aceitarmos que, após o parto, ocorrem reacções conscientes e inconscientes na puérpera, no homem e no seu seio familiar e social imediato, que podem activar profundas ansiedades e que estas podem ser mais ou menos graves, de acordo com o suporte solicitado, o perfil psíquico individual e o apoio recebido.

O facto de os homens poderem apresentar manifestações de sintomas depressivos que diferem dos das mulheres, e os quais não são igualmente reconhecidos pelos actuais sistemas de diagnóstico como os que correspondem ao sexo oposto,⁽⁴⁾ torna necessário repensar a saúde, afim de se procurar respostas para temas deveras importantes, mas que não são igual ou devidamente estudados quanto outros.

Só se compreendermos e aceitarmos a importância que o conhecimento tem no desenvolvimento das nossas competências, poderemos idealizar perspectivas diferentes de prevenção e tratamento para situações patológicas menos mediáticas mas que influenciam como todas as outras, a vivência harmoniosa de uma população de risco.

Nos últimos tempos, os investigadores têm observado que um filho recém-nascido, desencadeia nos homens o mesmo reportório de condutas consideradas “maternas”, simplesmente demoram mais para se entusiasmar pois, sem dúvida, não estão tão preparados biológica e culturalmente como as mulheres⁽⁵⁾. No entanto, o seu amor pelo filho é tão complexo e importante como o da mãe. Se se dá oportunidade, ele pode ser tão “maternal” como ela: Protector, estimulador, cuidadoso, sensível às necessidades dos seus filhos⁽⁵⁾ necessitando tão-somente de respirar saúde física e mental.

Assim, a Depressão no homem, marido ou companheiro da mulher que deu à luz, assume o interesse chave deste trabalho em que procuraremos encontrar respostas para, de alguma forma, contribuímos para a prevenção e/ou tratamento desta problemática, facilitando, cremos nós, a vida de um conjunto de pessoas que constitui o agregado familiar.

Baseados nesta preocupação, sentimos a necessidade de procurar enriquecer os dados existentes, indo mais além e desenvolvendo esta investigação.

O nosso objectivo é identificar a Depressão no homem marido / companheiro da mulher que teve um filho.

Este trabalho está estruturado em duas partes distintas. A primeira é reservada à apresentação dos resultados da pesquisa bibliográfica que empreendemos e forneceu o enquadramento teórico necessário à formulação das nossas hipóteses, à escolha dos objectivos, dos métodos, e à cuidadosa eleição dos instrumentos de avaliação. A segunda é dedicada à investigação: apresentação das hipóteses e objectivos, métodos, incluindo população, desenho, instrumentos de avaliação, resultados e discussão.

A resposta às questões que formulamos, poderá possibilitar uma intervenção precoce e atempada, evitando de alguma forma o período de crise que ao afectar um dos cônjuges pode afectar o casal e mesmo o filho, pois há uma evidente correlação entre as alterações psíquicas das mães, dos pais e o desenvolvimento físico cognitivo e social dos filhos ^(6, 7, 8, 9, 10)

O trabalho termina com uma conclusão, dando realce aos resultados, confrontando-os com os objectivos propostos e apresentando sugestões, que englobarão a partilha de um estudo paralelo às mulheres/companheiras dos homens deste estudo.

Esperamos finalmente poder de alguma forma cativar o interesse do leitor, assim como contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção de variações patológicas pouco divulgadas.

2 DEPRESSÃO

Ao abordarmos a problemática da Depressão, colocam-se à partida várias questões das quais salientaremos duas que nos parecem fundamentais: a abrangência e conseqüente importância que a mesma assume, sobretudo nos nossos dias, e a pouca precisão, diríamos mesmo grande ambigüidade que o termo encerra em si.

Esta indefinição terminológica, que não poderá ser considerada como sinónimo de confusão, resulta essencialmente da sua complexidade e da aplicação do conceito em sentido mais ou menos restrito ou mais ou menos amplo.

Na perspectiva de Barreto ⁽¹¹⁾, o termo “Depressão” pode designar uma doença, síndrome, sintoma ou inclusivamente um simples estado afectivo – a tristeza.

De facto, ainda segundo o mesmo autor, quando nos debruçamos sobre a Depressão como quadro clínico, estamos geralmente a referir-nos a um síndrome, ou seja a um conjunto de sintomas e sinais, com uma génese comum e constituindo uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças, ou mesmo a uma doença, da qual, em princípio, são conhecidos a etiologia, a patogenia, os sintomas, a evolução, o tratamento, as complicações e o prognóstico. Se quisermos ser mais rigorosos, poderemos acrescentar, tal como faz Bleichman ⁽¹²⁾ que, mesmo quando a Depressão é considerada uma doença, a diversidade de quadros que recebem esta denominação leva a que se fale em depressões em vez de Depressão.

É possível detectar na Depressão, diversos componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, a dor mental, sentimentos de culpa, implicando num número significativo de ocorrências, uma vivência forte e contínua de infelicidade, de rejeição, de ruína, onde o futuro se encontra incerto e difícil ⁽¹³⁾

Encarada numa perspectiva fenomenológica, cremos poder afirmar que, perante a grande diversidade, amplitude de problemas e acontecimentos de vária natureza que nos surgem no dia a dia, mesmo em circunstâncias que poderão ser consideradas “festivas”, como é o nascimento de um filho, o ser humano pode ser invadido por um estado depressivo traduzido por sentimentos de tristeza ⁽¹⁴⁾.

A tristeza normal caracteriza-se essencialmente por ser adequada aos acontecimentos que a provocam, ser ou não prolongada e não ter grandes repercussões corporais. Desta forma, é possível

falar de uma “forma de reagir a acontecimentos de vida, (o que permite considerar a Depressão como uma “reação vivencial”) e de um conteúdo de mudança ou perda de estatuto, que impossibilita a realização de uma intenção” ⁽¹⁴⁾.

Encaradas numa dimensão dos sintomas observáveis, concordamos com as palavras de Fernandes ⁽¹⁵⁾ relativamente aos diferentes “modos de estar triste”:

“A tendência habitual para estar triste, entendido como “ser triste” ou “ser um triste”, assinalando um temperamento depressivo.”

“A tristeza natural e compreensível com o sentido de expressão duma perda, relacionada com acontecimentos de vida”

“A tristeza vital, somaticamente vivenciada como o desespero das depressões melancólicas e entendidas como transtorno dos sentimentos”

“Estar deprimido na base duma alteração orgânica em que a tristeza é motivada pelo mal-estar corporal”

Quanto à abrangência da Depressão, parece-nos importante referir duas dimensões: A frequência com que é encontrada, não obstante o sexo, factores biológicos, factores sócio-demográficos, suporte social em determinadas situações de vida, factores psicológicos, ou outros e a sua importância.

No que concerne à primeira dimensão, cremos não ser exagerada a afirmação de que a Depressão é metaforicamente, o “pano de fundo” de todas as perturbações da saúde do indivíduo, tanto de natureza orgânica, como e sobretudo de base psicológica. Efectivamente, se tivermos em conta a frequência com que a mesma surge nas diversas situações em que a saúde do indivíduo se encontra afectada, poderemos dizer, tal como o faz Gouveia ⁽¹⁶⁾, que a Depressão é muitas vezes designada como a “constipação da psicopatologia”, tal é a frequência com que a mesma surge nos diversos acontecimentos de vida do ser humano. Com efeito, segundo o mesmo autor, diversos estudos epidemiológicos relativos à Depressão apontam-nos para resultados em que a prevalência de sintomas depressivos (avaliados através de escalas de auto-avaliação) se situa entre 9 e 20% da população em geral, sendo o risco de desenvolver um quadro depressivo mais frequente nas mulheres (20 a 26%) do que nos homens (8 a 12%) ⁽¹⁶⁾.

A segunda dimensão dá importância às consequências que esta patologia pode encerrar, provocando custos emocionais que se podem traduzir essencialmente por conflitos conjugais e familiares, desembocando em rupturas que poderão terminar em divórcio, assim como custos

económicos resultantes de gastos com o tratamento, absentismo e diminuição do rendimento no trabalho ⁽¹⁶⁾.

A importância que a depressão assume vai depender, do controle de variáveis que estão na sua gênese, das estratégias adoptadas, dos mecanismos mobilizados, de acordo com os seus quadros de referência individuais e do suporte recebido. A identificação da sua origem pode ajudar na escolha adequada dos métodos de prevenção e tratamento, tornando-se por isso necessário identificar uma explicação para o seu motivo.

3 MODELOS EXPLICATIVOS DA DEPRESSÃO

A importância da depressão e a evolução processual da sua origem até à identificação dos seus principais sintomas e sinais, constituem a sua patogénese e patogenia. As causas são por vezes escondidas ou de difícil identificação, raramente aparecem isoladas, dificultando a importância da contribuição que cada uma pode encerrar no seu desenvolvimento. Assim, torna-se importante procurar explicações, mais ou menos elaboradas, que definam de forma organizada como e porquê o seu surgimento.

Segundo Guz ⁽¹⁷⁾, há vários modelos explicativos relativamente à Depressão que podem ser alinhados em três grupos:

- Modelos Bioquímicos
- Modelos Psicológicos
- Modelos Sociológicos

2.1 Modelos Bioquímicos

Seja por origem preponderante das variáveis genéticas, ambientais, ou como é mais provável, por acção conjunta de ambas, a via que leva aos distúrbios depressivos, no seu mais amplo sentido deve ser a de uma alteração, de maior ou menor extensão, nas condições electroquímicas basais do Sistema Nervoso Central, responsáveis pelo equilíbrio afectivo humano.

A mais antiga hipótese bioquímica de Depressão remonta à clássica medicina Grega, segundo a qual um transtorno funcional do fígado seria a causa dessa disforia. O aumento da bílis negra com as suas toxinas provocaria a melancolia.

Actualmente, a hipótese bioquímica da Depressão que goza de maior prestígio entre os psiquiatras ligados a um ramo particular da psiquiatria – psiquiatria biológica – é a que aponta como agente responsável pela Depressão uma diminuição do “Sódio” no Sistema Nervoso Central. A hipótese nasceu da observação clínica de doentes deprimidos e da experimentação laboratorial em animais.⁽¹⁷⁾

Relativamente à patogenia neuro-endócrina da Depressão, sabe-se há muito tempo, da existência concomitante de depressões e algumas endocrinopatias como por exemplo, o hipotireoidismo.

A justificativa para estabelecer uma possível inter-relação entre síndromes depressivas e distúrbios endócrinos apoia-se na observação, bastante comum na prática médica, de que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos, como alterações do apetite, sono, sede e actividade autónoma, também são encontrados nos quadros clínicos subseqüentes a uma disfunção hipotalâmica.

Outra questão fundamental que tem sido abordada na investigação relativa às componentes químicas na base da Depressão, é a alteração da produção, do funcionamento ou da recaptação de alguns neuro-transmissores cerebrais, nomeadamente da serotonina, dopamina, norepinefrina, entre outros.⁽¹⁷⁾

2.2 Modelos Psicológicos

No conjunto de teorias psicológicas, pelo menos dois grandes grupos desenvolveram hipóteses e trabalho experimental para encontrar bases explicativas para a origem do fenómeno depressivo. Procuraremos, de seguida, sintetizar aspectos essenciais dessas hipóteses e investigações: por um lado, o modelo psicodinâmico, originado na Psicanálise, por outro, o modelo cognitivo – comportamental, baseado nas ideias do fisiologista Ivan Pavlov sobre os “reflexos condicionados”.

2.2.1 Modelo Psicodinâmico

A ideologia que suporta este modelo surgiu com Freud, criador da Psicanálise, e foi continuada pelos seus adeptos e/ou dissidentes (Abraham, Rado, Melanie Klein, para citar alguns). De um modo geral, as concepções psicodinâmicas sobre a patogénese da Depressão apoiam-se nas inter-relações que os seus adeptos afirmam existir entre a constituição ou natureza intrínseca dos indivíduos, a dinâmica dos instintos ou pulsões, o desenvolvimento psico-sexual e os mecanismos psíquicos de defesa.

Segundo a Psicanálise, o indivíduo é portador duma constituição ambivalente, que determina a sua convivência com sentimentos contraditórios relativos ao mesmo objecto, que ama ou odeia, ou simultaneamente deseja e repulsa, quer e não quer. Esse tipo de constituição gera conflitos intrapsíquicos e é propícia ao desenvolvimento de patologias depressivas.

Freud utilizou a expressão “instinto” para caracterizar os impulsos natos básicos dos seres humanos. Nesse sentido, o instinto de agressividade desempenha um papel proeminente na patogenia da Depressão.

A Psicanálise também caracteriza o percurso evolutivo dos seres humanos de acordo com um conjunto de etapas ou fases assentes no desenvolvimento psico-sexual, a saber: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Com base nesta teoria, assumem os seus defensores que, tendencialmente, os indivíduos depressivos seriam aqueles que apresentavam uma fixação na fase oral.

Ainda segundo a Psicanálise, o psiquismo seria composto por três instâncias fundamentais: o *id*, o *ego* e o *superego*. Na Depressão, o *ego*, através dos mecanismos de defesa, incorpora, introjecta ou devora o objecto amado, real ou imaginariamente perdido, enquanto que, no indivíduo normal, o *ego* se separa do objecto introjectado através de recordações.

Nos indivíduos com uma constituição ambivalente, dotados de fortes instintos de agressividade, com uma fixação na fase oral, o devoramento do objecto perdido é feito com sentimentos de amor e ódio misturados. Nessas condições, o instinto de agressividade em lugar de se dirigir para fora do sujeito, volta-se contra ele, numa tentativa de destruir o objecto introjectado. Esta acção destrutiva é experimentada como falta de apetite, desinteresse, ausência do seio familiar, insónias e demais manifestações sintomáticas dos que sofrem o distúrbio depressivo.

O modelo psicodinâmico não conseguiu, até ao momento, ver estas hipóteses confirmadas pela investigação executada de acordo com as exigências da metodologia científica.

2.2.2 Modelo Cognitivo–Comportamental

Outro modelo que procura explicar a génese da Depressão por mecanismos de ordem psíquica é o cognitivo–comportamental. Este modelo defende que os distúrbios depressivos que obrigam a uma aprendizagem defeituosa, com o decorrer do tempo assumem uma existência própria. As investigações de Pavlov, juntamente com Watson, permitiram definir o paradigma da aprendizagem por condicionamento clássico. Skinner⁽¹⁹⁾ desenvolveu o paradigma de aprendizagem por condicionamento operante. A eficácia com que um indivíduo aprende e se adapta a determinados papéis, depende dos modelos a que esteve exposto e à forma como adapta o meio e procura resolver as situações. Bandura¹⁸ acrescentou uma peça essencial à compreensão mais global do processo de aprendizagem, postulando que ocorre aprendizagem por simples observação. Por último, os investigadores do cognitivismo, lançaram caminhos inteiramente novos para

compreender a aprendizagem que origina psicopatologia: as cognições disfuncionais que actuam como filtros da realidade, distorcendo-a sempre no mesmo sentido⁽²²⁾.

A ausência de modelos adequados e a não adopção de comportamentos ajustados perante uma determinada situação, podem originar a integração de outros menos eficazes, resultando em crise adaptativa, abrindo portas para uma possível Depressão.

Se nos quisermos referir a marcos ordenados cronologicamente, devemos sinalizar que no início da década de sessenta, Skinner ⁽¹⁹⁾ interpreta a Depressão como consequência da interrupção de comportamentos que, até aí, eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção) procedendo a uma primeira análise funcional relativa a esta patologia. Contudo, a utilização de métodos comportamentais no tratamento da Depressão só surgiu muito mais tarde, sendo relatados os primeiros resultados por Shapiro et al, ⁽²⁰⁾ (uma única experiência) e, nove anos depois, por Seitz ⁽²¹⁾ (16 publicações de casos depressivos em que foi utilizada a metodologia comportamental como terapia).

Em termos de concepções teóricas e aplicações terapêuticas, a década de 70 constitui um importante ponto de mudança para os estudiosos da Depressão. Segundo Gouveia ⁽¹⁶⁾, *“o aumento da investigação laboratorial e clínica sobre fenómenos depressivos, resultou na elaboração de diversos modelos teóricos para a conceptualização e tratamento da Depressão que, por sua vez, estimularam o interesse de numerosos investigadores no estudo experimental das hipóteses teóricas colocadas por esses modelos, criando assim uma produtiva interacção entre investigação dos processos básicos e investigação clínica, que conduziram a novos desenvolvimentos desses modelos teóricos”*.

Embora, como referimos, as concepções fossem diferentes, existiria em síntese, um quadro dominado por um círculo vicioso, em que um menor reforço positivo é origem da diminuição de comportamentos operantes, que por sua vez, desencadeia menor número e intensidade de comportamentos positivos, surgindo daqui a Depressão.

É ainda na década de setenta que surge uma importante viragem neste domínio, levando a uma transição duma óptica comportamental clássica para outra em que nos surge uma perspectiva de mediação cognitiva, onde os factores desta natureza são enfatizados no tratamento de perturbações cuja tónica é a ansiedade ⁽¹⁶⁾.

Esta “revolução cognitivista” leva a que, na área da Depressão, sejam retomados os estudos de Beck da década anterior até aí pouco conhecidos. Beck et al ⁽²²⁾ ajudam neste “renascimento” apresentando um modelo terapêutico bem estruturado, incluindo um estudo da relação entre técnicas cognitivas e comportamentais.

Beck, citado por Vaz Serra ⁽²³⁾ refere que há várias condições predisponentes à Depressão , nomeadamente:

- A sensibilização a certos tipos desfavorecidos de condições de vida decorrentes, por exemplo, de acontecimentos de vida ou da rejeição pelos pares sociais;
- A sobre reacção a condições análogas de experiências prévias traumáticas;
- Desempenhos que não atingem os objectivos demasiadamente altos que são sistematicamente estabelecidos para as realizações;
- O afastamento gradual do objecto de alguém significativo;
- Insatisfação progressiva com a sua execução, como progenitor, ganhos, estudos, trabalho, etc.

O indivíduo predisposto à Depressão, mercê do seu esquema cognitivo, associa à perda que lhe ocorre um significado específico. Deste modo, entre um acontecimento e uma resposta emocional, intervém uma cognição ou pensamento automático que vai determinar a consequência que daí resulta.

Segundo Relvas ⁽²⁴⁾, a teoria de Beck evidencia a dimensão cognitiva do indivíduo, como predisponente ou como precipitante da Depressão. Existiria uma organização cognitiva disfuncional e distorcida, anteriormente aprendida, susceptível de precipitar o surgimento da Depressão. Numa situação deste género, o indivíduo interpreta e integra de uma forma distorcida a informação que lhe vem chegando, a qual é enquadrada numa perspectiva de perda de algo que pode ser útil e que é susceptível de conduzir à designada tríade cognitiva negativa: do mundo em que se encontra inserido, da própria pessoa e do futuro que o aguardará. As alterações do comportamento e do afecto surgiriam em consequência da activação de cognições negativas resultantes da sensibilização por algumas situações desfavoráveis que vão influenciar o decurso do desenvolvimento do indivíduo.

A teoria de Beck postula que as experiências prévias que um indivíduo viveu são a base que pode levar à formação de conceitos negativos, constituídos em esquemas, que podem manter-se latentes, mas que têm a possibilidade de serem activados em circunstâncias específicas, semelhantes às experiências inicialmente responsáveis pela sua constituição. Assim, condições de vida extremamente adversas não produzem necessariamente um estado depressivo, a não ser que o indivíduo seja particularmente sensível a essa situação, devido à natureza da sua organização cognitiva. A diferença entre o indivíduo comum e o que tem tendência à Depressão reside no facto

de que aquele, quando enfrenta situações adversas, é capaz de continuar a avaliar realisticamente essas situações, este, perante situações a que é sensível, desenvolve ideias limitadas e negativas sobre todos os aspectos da sua vida.

Gouveia ⁽¹⁶⁾, diz-nos que, neste modelo, a Depressão é tida como “*resultante da actividade de esquemas depressogénicos por acontecimentos de vida negativos. Uma vez activados, esses esquemas vão originar erros no processamento da informação e conceptualizações negativas da experiência, originando uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (tríada cognitiva negativa) que seria responsável pelos outros fenómenos depressivos*”.

Com base nesta perspectiva, outras vão sendo apresentadas, contribuindo para a atracção e o impacto que o modelo cognitivo da Depressão, nas suas diversas *nuanças*, vem exercendo, tanto a nível de clínicos como de investigadores.

No seguimento dos trabalhos de Beck, outros autores realizaram numerosos estudos sobre as teorias cognitivo-comportamentais e suas aplicações, com perspectivas mais ou menos diferenciadas, em que, por exemplo, uns relacionavam a Depressão com problemas de auto-controlo ⁽²⁵⁾, outros acentuavam a importância das relações interpessoais e da interacção ⁽²⁶⁾. Daqui surgiu uma investigação abundante e diversificada, que devido ao facto de cada uma das perspectivas acentuar por vezes diferentes aspectos das manifestações depressivas e como consequência da heterogeneidade da Depressão, nem sempre é clara quanto à maior ou menor adequação de cada uma dessas conceptualizações.

2.3 Modelos Sociológicos

De acordo com Guz ⁽¹⁷⁾, a Psicologia Social investiga o comportamento das pessoas vivendo em grupos e estabelecendo acções recíprocas entre si. São pouco ou nada definidos os limites entre a Psicologia e a Sociologia Antropológica. Esta abarca o campo do estudo da adaptação do homem aos seus semelhantes mediada pelas actividades culturais, económicas, políticas e/ou religiosas.

As fronteiras entre os dois campos de estudo tornam-se menos nítidas quando se sabe que o estudo das prováveis bases genéticas do comportamento social do homem (biossociologia) postula que grande parte dos comportamentos humanos não são aprendidos, mas geneticamente determinados.

Não se pode negar a influência dos factores sociais no desenvolvimento e/ou manutenção de grande número de manifestações depressivas. As sociedades humanas são instituições concretas que evoluíram e continuam a evoluir em virtude da acção dos seus integrantes. Estas organizações não

são passivas. Muito pelo contrário, influenciam aqueles que as criaram, dando origem a novos comportamentos que produzem, por sua vez, outros que embora pouco compreendidos, não podem de forma alguma, continuar ignorados.

Em síntese, cremos poder afirmar que nenhum destes modelos será, por si só, capaz de explicar a problemática da Depressão em toda a sua extensão, profundidade e a diversidade de fenómenos depressivos, sendo importante que os mesmos se complementem e enquadrem numa perspectiva global de estudo da Depressão.

3 D.P.N. NO HOMEM

As perturbações psicopatológicas que surgem de forma aguda, normalmente associadas a modificações orgânicas e ao processo de lactação ⁽²⁷⁾, fizeram com que a atenção da ciência se concentrasse nas ocorrências emocionais relacionadas com a gravidez e com o puerpério. Originaram também a tendência inevitável às interpretações de cariz biológico sobre a Depressão Pós-Natal.

No entanto, esta é uma patologia que, como muitas outras, é decorrente de uma combinação complexa de factores biológicos e psicossociais, que poderá apresentar diferentes *nuances* e diversas formas de combinação de factores.

Entre os factores associados ao seu surgimento ⁽²⁸⁾, estão alguns que também têm sido identificados como contributos relevantes para a Depressão de uma forma geral, como os antecedentes psiquiátricos ⁽¹⁰⁾, os problemas sociais, os factores sócio demográficos, o baixo nível de suporte social, bem como alguns factores psicológicos (como já tivemos oportunidade de realçar no sub-capítulo anterior, uma estrutura cognitiva distorcida ou disfuncional, certos traços ou características de personalidade-base, etc.) e biológicos; outros que foram pesquisados são específicos da D.P.N., como a gravidez não desejada, as alterações de saúde do bebé, a idade dos pais, entre outros.

O nascimento de uma criança gera alterações no ritmo pessoal de cada um dos cônjuges e na sua inter-relação. As energias físicas e afectivas dispendidas com o filho podem gerar na mulher sentimentos de incompreensão e abandono relativamente ao seu cônjuge. O mesmo pode acontecer com este relativamente à mulher. Estes sentimentos poderão ser um factor de conflitos no casal, nem sempre expressos, mas muitas vezes latentes. Vários estudos revelam que estes quadros de Depressão iniciados no puerpério apresentam uma incidência de 10 a 20% nas mulheres^(29,30), e embora menos documentado, no homem encontramos variações entre 3 e 24%^(10, 31)

Apesar da diferença, a Depressão paterna é tão importante quanto a materna, não só porque afecta quem contribui também para sustentar a casa, mas também porque diz respeito a alguém que representa uma parte do casal com quem a mulher tem que partilhar os sentimentos e as emoções ⁽³²⁾. Assim, ao afectar um dos elementos do casal, a D.P.N. pode propiciar a Depressão no outro, como demonstram vários estudos, criando uma cadeia de reacções maladaptativas que dificultam o ajustamento da família, que abalam o precário equilíbrio familiar e podem também ter

consequências negativas na relação da mãe/pai com o bebé recém-nascido, no seu desenvolvimento cognitivo⁽³²⁾.

A evidência das consequências nefastas da perturbação quer para a mãe quer para o bebé, é consistente e justifica a relevância deste e de outros estudos que se esforçam por identificar factores de risco para o desenvolvimento de Depressão Pós-Natal, não só na mãe como também no cônjuge, no sentido de proporcionar informação permitindo que os profissionais de saúde estejam alerta para determinadas características que possam constituir um risco acrescido no desenvolvimento de situações de patologia paterna, materna ou do próprio filho⁽³³⁾.

Neste subcapítulo, pretendemos rever a literatura que tem contribuído de alguma forma para a compreensão da D.P.N., sobretudo a que se refere ao homem.

Existe, no entanto, uma lacuna na investigação actual, em que apenas um escasso número de investigadores se debruçou sobre as respostas dos homens a este acontecimento de vida, comparando-as com as que são manifestadas pelas mulheres. Segundo Areias et al⁽³²⁾, esta falha poderá dever-se ao facto de a cultura instituída atribuir as causas das perturbações pós-natais a factores essencialmente biológicos. No entanto, excluindo-os, vamos encontrar outros factores de risco passíveis de causar Depressão no homem, após o nascimento de um filho.

No sentido de analisar os diversos estudos que examinam os factores de risco para a Depressão Pós-Natal, alguns autores reuniram a bibliografia encontrada, e realizaram meta-análises que permitem verificar dentro de uma panóplia de factores, aqueles que mais poderão contribuir para a emergência desta perturbação. O'Hara e Swain⁽³⁴⁾, por exemplo, conduzem uma meta-análise baseada em 59 estudos para determinar o efeito de um vasto conjunto de factores de risco, medidos durante a gravidez, para a D.P.N. Verificaram que os preditores mais fortes são história de psicopatologia prévia, distúrbio psicológico durante a gravidez, relações maritais perturbadas ou de conflito, reduzido suporte social, e acontecimentos de vida *stressantes*.

Mais recentemente, Beck⁽³⁵⁾ realiza uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 acerca da D.P.N., para determinar a relação entre esta perturbação e vários factores de risco. Os resultados revelaram alguns preditores significativos: baixa auto-estima, *stress* relacionado com os cuidados ao bebé, ansiedade pré-natal, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, história anterior de Depressão, dificuldades temperamentais do bebé, *blues* pós-natal, estatuto marital, estatuto socio-económico e gravidez não planeada/não desejada.

De forma geral, os estudos empíricos têm mostrado a existência de factores de risco de natureza variada para o desenvolvimento de Depressão Pós-Natal, o que se pode dever ao facto de as investigações terem sido realizadas em contextos muito diferentes, utilizando diversos métodos de

avaliação, ou ainda, ao facto de não existir apenas um factor de risco, mas pelo contrário, ser da conjugação de vários que se pode constituir o risco. Variáveis demográficas e sociais como a idade ⁽³⁶⁾, paridade ⁽³⁷⁾, estatuto marital ⁽³⁵⁾, nível educacional ⁽³⁸⁾, suporte social ^(35,39,34), relação marital ^(40,41,42), vida familiar⁽³⁸⁾, acontecimentos de vida ^(40,34 ,37), *stress* ^(35,43,44), dificuldades socioprofissionais ^(36,37 ,45) podem também relacionar-se com a maior probabilidade de ocorrência da D.P.N. Variáveis psicológicas como história psicopatológica ^(35,36 ,46,34), sensibilidade interpessoal e neuroticismo ⁽⁴³⁾, auto-criticismo/auto-aceitação ^(47,48), estilo de *coping* ⁽⁴⁹⁾ e estilo de vinculação ⁽⁵⁰⁾ associam-se com esta perturbação.

Dos factores que têm vindo a ser analisados como passíveis de influenciar esta vertente de Depressão, julgamos dever salientar alguns grupos, que têm vindo a ser analisados ao longo das duas ultimas décadas ⁽³²⁾.

3.1 Factores Sócio-Demográficos e Psico-Sociais

Eberhard et al. ⁽⁴⁰⁾ constataram que os acontecimentos de vida, a história de Depressão e as piores relações com o cônjuge se relacionam com Depressão. Também Tammentie et al. ⁽³⁸⁾ investigaram a prevalência da sintomatologia depressiva após o parto e a sua relação com factores sociais e demográficos, sem referir no entanto, um aumento da sintomatologia nos homens. Podemos todavia encontrar, num estudo de Areias et al⁽³²⁾ que “...*Nos homens, uma cotação elevada na escala de neuroticismo e um pior ajustamento social durante a gravidez da parceira parecem contribuir para a ocorrência de Depressão no primeiro ano pós-natal; a classe social e o ajustamento social após o nascimento do bebé também apresentam uma relação com a D.P.N. que se aproxima da significância estatística*”. Warner, et al. ⁽⁴⁵⁾ identificam dois factores de risco para a sintomatologia depressiva após o parto relacionados com o estatuto ocupacional: desemprego materno e paterno. A incompreensão das necessidades do outro e o sentimento de que o outro não entende as suas próprias necessidades gera muitas vezes a angústia, sendo um factor que pode contribuir para o afastamento progressivo entre o casal ⁽⁵¹⁾. O homem poderá começar a estar menos presente em casa, procurando dessa forma fugir aos momentos de tensão e de angústia que isso lhe provoca. Para alguns autores, o aumento de interesse pela sua actividade profissional pode ser uma manifestação de alterações emocionais resultantes do impacto do filho na sua vida ⁽⁵¹⁾. São comuns no homem alterações de conduta durante o ciclo grávido-puerperal da mulher, havendo uma maior frequência de acidentes de automóvel, aumento de interesse por actividades desportivas, intensificação do ritmo de trabalho, especialmente a partir do segundo trimestre, até após o parto, com maior tendência a ausentar-se de casa por períodos mais prolongados ⁽⁵²⁾.

Aumenta a irritação com o trabalho e com o cuidar da criança – as mulheres que ficam em casa com o bebê podem ficar tão esgotadas que simplesmente vestir-se é um esforço. Contudo, o parceiro que sai para o trabalho durante o dia, sente que precisa da noite para descansar, o tratar do bebê, ou as mamadas mesmo que seja só o colocar a criança à beira da mãe ou no berço, não permitem um descanso, retirando mesmo a vontade de dividir as tarefas domésticas, de quem faz o quê. Começa a haver a sensação de injustiça recíproca, prejudicando cada vez mais o relacionamento ⁽⁵³⁾

3.2 Suporte social

A dinâmica social subjacente aos comportamentos relacionados com alterações de vida deve acompanhar o indivíduo nos diferentes ciclos que a compõem. Deve o indivíduo conhecer o suporte social que pode solicitar, e fazê-lo de forma adequada à situação de vida em que se encontra, reduzindo ou eliminando assim, factores que porventura possam influenciar a propensão para a sensação de incompetência ou impotência.

As circunstâncias e os acontecimentos do ciclo de vida produzem reacções, que variam com os indivíduos e que podem levar ou não ao surgimento de psicopatologia, com maior ou menor intensidade ⁽³²⁾. A importância de uma boa rede social que auxilie de forma a atenuar as necessidades e diminuir este surgimento de patologia depressiva é sugerida por alguns autores ⁽⁵⁴⁾. No entanto, como refere Areias et al ⁽³²⁾, não é claro que por si só, o suporte social constitua uma variável pura, na medida em que a disponibilidade e as estruturas de apoio também dependem da capacidade do indivíduo em conhecê-las, procurá-las e utilizá-las de acordo com as necessidades.

Brugha et al. ⁽³⁹⁾ realizaram um estudo prospectivo epidemiológico acerca do papel das variáveis sociais e psicológicas na predição de Depressão Pós-Natal. Os níveis de Depressão eram predizíveis pela falta de suporte percebido por parte dos membros do grupo de suporte primário e pela falta de suporte em relação ao acontecimento “gravidez” para o casal. O tamanho do grupo de suporte primário não prediz contudo o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Num estudo posterior Logsdon et al. ⁽⁴¹⁾, verificam igualmente uma associação entre os sintomas depressivos e a importância dada ao suporte, assinalando que a importância percebida do suporte é melhor indicador do que a quantidade de suporte recebido. Alguns autores estudaram a importância do suporte social em relação com a diversidade de raças e de estatuto económico ⁽⁵⁵⁾ e verificaram que os preditores de Depressão são sensivelmente os mesmos nas diversas amostras, sendo que a importância dada ao suporte social, o suporte recebido e a proximidade do cônjuge são sempre significativos no surgimento de Depressão.

A irritação por causa do dinheiro, para os casais cujos pontos de vista sobre o orçamento, gastos e poupança diferem, pode levar a uma escalada de conflitos quando o bebê nasce. A necessidade de pedir dinheiro ao parceiro, faz com que, por outro lado, este sinta que é o único sustento da família, abrindo por vezes conflitos até aí inexistentes.

Não há muitos estudos que afirmem a influência do suporte social na Depressão do homem, mas alguns deixam entender que o casal pode ser afectado com as ajudas sociais que encontram ou que conseguem adquirir, como verificaram Merchant, Affonso, e Mayberry ⁽⁵⁶⁾, que tanto a relação marital como o *stress* relacionado com os cuidados ao bebê influenciam significativamente a sintomatologia depressiva, e esses cuidados podem ser mais ou menos facilitados, mais ou menos adquiridos, conforme o apoio que obtêm.

3.3 Factores Psicológicos

Alguns autores têm afirmado que a tendência ou predisposição para desenvolverem Depressão, está relacionada com a estrutura cognitiva, com a forma como os indivíduos encaram e compreendem a realidade, distorcendo-a negativamente, o que favorece o surgimento desta patologia ⁽³²⁾.

Strelau ⁽⁵⁷⁾ refere que há evidência de que diferentes indivíduos submetidos às mesmas fontes de *stress* têm sobre elas percepções diferentes. Ainda segundo o mesmo autor, a variedade de reacções ao *stress* dependerá, não apenas das situações geradoras de *stress*, mas também do próprio indivíduo.

Areias ⁽³²⁾ refere que Beck, “*postulou que algumas pessoas tinham a propensão a fazer distorções cognitivas na sua percepção da realidade e de si próprias, que funcionavam como preconceitos, não sendo sujeitas a nenhum tipo de exame, e que esta tendência as tornava mais vulneráveis a afecções de tipo depressivo*”. A mesma autora defende que os indivíduos com história de Depressão ou alterações psíquicas anteriores têm maior probabilidade de cair em Depressão perante determinadas situações de vida.

O estilo de *coping* individual é um preditor eficaz dos níveis de Depressão durante a gravidez, mas não para os níveis de Depressão após o parto. Hall et al. ⁽⁵⁸⁾ examinaram o papel da auto-estima como mediador do efeito dos *stressores* e recursos sociais na sintomatologia depressiva após o parto.

A auto-estima medeia o efeito dos *stressores* diários e a qualidade das relações íntimas primárias nos sintomas depressivos.

3.4 Acontecimentos de Vida

Os acontecimentos de vida são eventos ou conjuntos de circunstâncias que podem influenciar ou produzir modificações no meio ou no indivíduo, podendo alterar a sua estrutura para proporcionar uma adaptação ⁽³²⁾.

Cada acontecimento novo requer um esforço de adaptação pois os níveis de tensão variam, originando mudanças e respostas variáveis ⁽⁵⁹⁾ que podem ser favoráveis ou não ao surgimento de doença psíquica. Paykel, citado por Areias ⁽³²⁾, evidenciou o papel dos acontecimentos que ocorrem ao longo do ciclo de vida como elementos chave para a compreensão da gênese da psicopatologia. Este autor refere que o nascimento de um filho poderá facilitar situações como a presença de familiares, a proximidade do casal, suporte social adequado, entre outras, que poderão funcionar como mais valias em termos de prevenção de situação patológica. No entanto, o esforço para a adaptação às novas solicitações, para o desempenho de um novo papel e para o assumir das responsabilidades de proteger um novo ser humano, constitui em si uma situação geradora de *stress*.

Da mesma forma, situações negativas associadas ao acontecimento de vida “nascimento do bebé”, como morte do cônjuge, morte do bebé, malformação, fraco suporte social, separação do meio social ou outras ameaças à estabilidade do casal ou sobrevivência do bebé, podem ser circunstâncias potenciadoras da probabilidade de Depressão.

Nem sempre a chegada de um novo elemento ao agregado familiar é encarado como um acontecimento festivo. Há referências de pais que revelam ter tido a sensação de invasão por parte do filho, de um território que era seu, sem que tenham tido capacidade para se livrar desse sentimento que é descrito como ciúme. A distância entre o casal agrava-se, e quando há uma tentativa de reaproximação, da parte do homem, há a rejeição da mulher ⁽⁵³⁾.

3.5 Stress Gerador de Doença

Durante a vida, o indivíduo adapta-se constantemente às alterações que surgem em si ou em relação ao meio que o cerca. Cada pessoa reage ao *stress* de acordo com a percepção que tiver do agente *stressor*, da sua personalidade, da sua experiência prévia de exposição ao *stress* e do seu repertório de mecanismos de adaptação disponíveis.

Selye ⁽⁶⁰⁾, considerado o “pai” da teoria do *stress*, definiu-o como “*qualquer tensão fisiológica ou psicológica que ameaça o equilíbrio total da pessoa*”. Qualquer estímulo que provoque pressão

produz uma reacção específica no organismo a que Selye denominou “Síndrome de adaptação” ou “Síndrome Geral de Adaptação”.

“O *síndrome geral de adaptação*” descreve o que ocorre no organismo durante a resposta ao *stress*, abordando o efeito dos estímulos internos e externos que o causam. Uma alteração no contexto familiar, como o nascimento de um filho, pode ser considerado *stressor*.

Actualmente, autores, como Ogden⁽⁶¹⁾, consideram que existem várias componentes na reacção de *stress*: por exemplo, denominam de *stressor* o estímulo que é fonte de *stress*, como alterações do *status quo*, os problemas de trabalho, a sensação de tensão, a morte de um familiar, a vivência de um cataclismo, a ruptura de um relacionamento, etc. Este conceito é visto como algo que envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. A autora estabelece a diferença entre “*stress perigoso e nocivo*” (*distress*, sofrimento) e o “*stress positivo e benéfico*” (*eustress*).

Lazarus introduz na definição de *stress* os aspectos psicológicos, cognitivos, que implicam a avaliação da ameaça e a avaliação dos recursos disponíveis para lidar com essa ameaça, como que estabelecendo um balanço entre os dois.⁶²

Lazure⁽⁶³⁾ olha para “o *stress* como uma transacção entre duas pessoas e o meio ambiente”. Nesta definição, o *stress* implica uma interacção entre *stressor* e o indivíduo.

O *stress* tem sido estudado em termos de mudanças psicofisiológicas. A ênfase é dada aos factores psicológicos e fisiológicos, e a relação entre os indivíduos e o meio ambiente leva-nos a fazer uma referência ao desenvolvimento de modelos responsáveis pela evolução do conceito como o modelo de Cannon, a Síndrome Geral de Adaptação de Selye e o modelo transaccional de *stress*⁽⁶¹⁾.

Ogden⁽⁶¹⁾ refere ainda que alguns dos efeitos psicofisiológicos do *stress* podem ser considerados como adaptativos e promotores de crescimento (preparam o indivíduo para responder), outros como não adaptativos (podem ser prejudiciais à saúde).

Ele pode afectar a saúde através de mudanças de comportamento (consumo de tabaco e álcool, ou exercício), ou através de mudanças fisiológicas (ex., alteração do funcionamento dos mecanismos imunitários) que têm implicações no aparecimento de doença e na sua evolução.

Pode ter um efeito sobre qualquer dimensão humana, assim como existem meios adaptativos para cada uma dessas dimensões, bastando para isso considerar a pessoa de forma global:

“- A adaptação fisiológica é o processo pelo qual o corpo responde ao *stress*;

- A adaptação na dimensão emocional envolve mecanismos psicológicos;
- A dimensão intelectual inclui, não apenas o desenvolvimento intelectual e educação, mas também a percepção de outras pessoas e do mundo em geral;
- A dimensão social envolve as relações sociais com outros indivíduos, cônjuge, membros da família, companheiros de trabalho e colegas;
- A adaptação na dimensão espiritual consiste em crenças sobre um ser supremo.”

Os primeiros modelos de *stress* entendiam-no como uma resposta automática a um *stressor* externo. Com a introdução do conceito de avaliação, o *stress* passou a ser compreendido como uma interação entre indivíduos e o seu mundo externo. Por outro lado, também se conclui que o *stress* tem um potencial efeito na saúde do indivíduo, afectando-a através de mudanças de comportamento ou mudanças fisiológicas, como refere Ogden: “*estar doente é por si só stressor*”⁽⁶¹⁾

3.5.1 Estratégias de Adaptação

O interesse pelo modo como as pessoas reagem aos seus problemas, às alterações do equilíbrio a que se habituaram e que o nascimento de um bebé pode interromper, leva-nos a desenvolver o processo de *coping*, como factor central na estratégia de adaptação humana. No campo da Psicologia, existem inúmeras definições de *coping*. Procuraremos de seguida, fazer uma explanação de algumas delas:

Folkman⁽⁶⁴⁾ define *coping* como “*um processo de lidar com determinadas exigências externas ou internas específicas, depois de uma avaliação do indivíduo*”. Desta definição, destaca-se o conceito de “processo”, sendo que são introduzidas ideias de “lidar” e “gerir”. Muitos dos problemas com os quais lidamos na vida não podem ser ultrapassados com “mestria” (exemplo: alterações dos estilos de vida, novas prioridades, alterações de estatuto), mas apenas podemos tolerá-los, resistir-lhes ou aceitá-los de modo a conseguir uma adaptação satisfatória. O autor encara o *coping* como a capacidade de mobilizar esforços para lidar com determinadas exigências internas e/ou externas, não esquecendo que muitas actividades de *coping* se tornam de tal modo automáticas, que perdem o cariz intencional.

A resolução dos problemas difere de pessoa para pessoa, de acordo com múltiplos factores, reflectindo-se no final a capacidade e a habilidade que o indivíduo desenvolveu nas estratégias que usou para os ultrapassar.

Por exemplo, no que concerne à adaptação à gravidez e à maternidade, ocorre que a maioria dos casais retoma o relacionamento sexual que tinha antes da gravidez, no espaço de um ano após o nascimento, mas antes dessa altura, muitas mulheres são activamente hostis à ideia do acto sexual; Nessa altura, é com beijos e carícias que os casais muitas vezes resolvem um desentendimento, se isso não acontece, as desavenças e brigas poderão não ser resolvidas tão facilmente. Nota-se então, nesta fase, uma perda do interesse sexual.

Cohen e Lazarus, citado por Folkman ⁽⁶⁴⁾ relativamente às funções desempenhadas pelas estratégias de *coping*, apresentam cinco funções principais, em situação de possíveis alterações do estado normal do indivíduo:

- *Reduzir as condições ambientais potencialmente perigosas, implementando estratégias de recuperação;*
- *Facilitar a tolerância ou o ajustamento a acontecimentos ou realidades negativas ou aversivas para o indivíduo;*
- *Permitir a manutenção de um equilíbrio emocional;*
- *Ajudar o sujeito na manutenção de um bom relacionamento interpessoal”.*

Estas poderiam ser organizadas em dois grandes grupos de estratégias de *coping*: as centradas no problema (referente aos esforços dirigidos à realização de algo construtivo acerca das exigências que magoam, ameaçam ou desafiam) e as centradas nas emoções (referentes aos esforços que são dirigidos à regulação da própria emoção, quer a nível comportamental e expressivo, quer a nível de distúrbios fisiológicos e do *stress* provocados pela emoção). A maior parte das pessoas desenvolve estratégias de *coping* focadas na emoção e não na situação geradora de distúrbios.

Também Ogden ⁽⁶¹⁾ apresenta três abordagens diferentes ao *coping*, que têm implicações na compreensão das diferentes estratégias adaptativas e não adaptativas, a saber: “*coping com um diagnóstico; coping com uma crise de doença; adaptação à doença física e teoria da adaptação cognitiva*”

O *coping* designa assim os esforços cognitivos e comportamentais da pessoa para gerir (reduzir, minimizar, liderar ou tolerar) as exigências internas ou externas. Permite a interpretação dos sentimentos, pensamentos e experiências que se traduzem em comportamentos após uma situação geradora de *stress*. Ogden ⁽⁶¹⁾ refere que: “*sofrer de stress durante um acontecimento de vida pode exacerbar a doença podendo ter como resultado a ruptura de uma relação, mudanças de ocupação ou simplesmente sofrimento devido à situação, podendo por si só prejudicar as hipóteses de recuperação*”. Neste sentido, face ao acontecimento de vida – nascimento de um bebé, os

indivíduos avaliam a situação e usam uma diversidade de tarefas adaptativas e de competências de *coping*.

4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O modo pelo qual uma doença se distribui e as variações que sofre uma determinada população, são objecto do estudo da Epidemiologia. Através dela, fica-se a saber a incidência, a prevalência, as complicações e os factores de risco da doença.

Estudos epidemiológicos sustentam que os homens também deprimem no processo de paternidade, sendo que a frequência da Depressão aumenta até ao primeiro ano de vida do filho ⁽³²⁾. Vários estudos afirmam que a proporção geral de Depressão ao longo do ciclo de vida na Mulher/Homem é de duas vezes mais no primeiro grupo ⁽⁶⁵⁾. Uma revisão sistemática com meta-análise concluiu que, pelo menos no aspecto epidemiológico, até ao momento, as evidências mostraram que essa distribuição tem robustez por meio de diversos grupos étnico-culturais ⁽⁶⁶⁾.

O modo de lidar com as alterações de saúde, com alguns aspectos sociais e psicológicos, com os acontecimentos de vida, são também factores que estão descritos em alguns estudos como influenciando o surgimento da Depressão Pós-Natal no homem ^(67, 68).

Para se desenvolver uma boa caracterização epidemiológica de um fenómeno como o de Depressão, é fundamental que os investigadores acordem a uniformização de métodos a seguir e de instrumentos de avaliação. É também crucial que sejam uniformizadas formas de identificar ou diagnosticar a patologia que se procura estudar, de forma a que todos os investigadores se estejam a reportar ao mesmo fenómeno. Nesse contexto, segundo Guz ⁽¹⁷⁾, a epidemiologia das doenças depressivas foi, e continua a ser, muito difícil de ser efectuada, devido à falta de entendimento entre os investigadores dos diferentes países e épocas, no que se relaciona com o seu conteúdo, diagnóstico e classificação.

Segundo Boyd e Weisserman, referidos por Guz ⁽¹⁷⁾, os sintomas depressivos que acometem as pessoas, independentemente de pertencerem ou não a uma patologia depressiva específica, têm um ponto de prevalência oscilando entre os 13 e os 20% das populações estudadas.

Os factores de risco para o aparecimento de sintomas depressivos são mais elevados nos indivíduos de classe sócio-económica baixa. Também as aspirações profissionais, a situação penosa e sobrecarregada do quotidiano estão na génese das depressões ⁽⁶⁹⁾.

Em relação ao nível social, a maior parte dos estudos revelam uma correlação positiva entre o baixo nível socio-económico e a prevalência da Depressão, destacando-se os de Bagley, Stell e Brawn, citados por Rouillon ⁽⁶⁹⁾.

Segundo Kaplan e Sadock ⁽⁷⁰⁾, não existe diferença significativa dos distúrbios de humor de uma raça para a outra, mas Guz ⁽¹⁷⁾, refere que os mais altos níveis de prevalência de doenças depressivas foram encontrados nos países africanos.

II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL – INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDA

Nos capítulos anteriores aprofundamos, na sua dimensão teórica, as vertentes fundamentais que consideramos subjacentes à problemática em estudo. Esta teorização possibilitou-nos conceptualizar um corpo de conhecimentos os quais, ao funcionarem como base do enquadramento teórico desta investigação prática, facultaram as orientações necessárias à realização da mesma conhecendo os factores mais frequentes com que se debatem os homens no período Pós-Natal da mulher/companheira e que eventualmente se relacionem com a Depressão.

Tendo como ponto de partida o conhecimento da relação entre a Depressão dos homens no período pós parto das mulheres/companheiras e alguns dos seus principais sentimentos e vivências, procuramos proceder ao levantamento das questões fundamentais que se colocam neste domínio, nomeadamente:

- Será que o homem está mais vulnerável a contrair quadros depressivos após o nascimento de um filho?
- Em que medida é que certos factores como a idade, o estado civil, a situação de emprego, o suporte social, a personalidade, e situações obstétricas influenciam o aparecimento de Depressão no homem?

Tendo em conta as questões formuladas e a sua complexidade, pretendemos encontrar respostas que as esclareçam a partir do conhecimento das peculiaridades do contexto actual desta situação de vida.

Assim, esta segunda parte inicia-se por um breve enquadramento da finalidade e conceptualização deste estudo. De seguida, abordaremos várias estratégias de natureza metodológica a que se segue a apresentação, análise e discussão dos resultados, procedendo-se sempre que possível, à comparação com outros estudos. Por último, extrairemos algumas conclusões e uma síntese deste trabalho.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

Ao longo das próximas páginas, procuramos apresentar todos os aspectos relevantes da metodologia adoptada neste estudo, incluindo as hipóteses, os objectivos do estudo, os critérios de selecção da amostra, o desenho, os procedimentos, os instrumentos de avaliação e os métodos de análise estatística aplicados.

1.1 Hipóteses

Formulamos as seguintes hipóteses que serviram de base a este estudo:

Hipótese 1:

As seguintes variáveis predizem a ocorrência de Depressão no homem, durante a gravidez da companheira:

- demográficas: idade menor, menor nível de escolaridade e de qualificação, agregado familiar numeroso;
- psicossociais: mais acontecimentos de vida, rede de suporte social pequena e disfuncional, baixo nível de satisfação com o relacionamento conjugal e traços de personalidade prévia neuróticos;
- clínicas: ocorrência de sintomatologia de ansiedade e de depressão no próprio e na companheira durante a gravidez, hábitos tabágicos, alcoólicos e farmacológicos;
- obstétricas: ausência de planeamento da gravidez da mulher/companheira, tipo de parto anterior com complicações e tipo de parto actual.

Hipótese 2:

As mesmas variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas (e, adicionalmente, parto com complicações, e prematuridade) predizem a ocorrência de sintomatologia depressiva e o aumento da incidência de D. P. N. no homem na 2ª e 6ª semanas após o nascimento do filho.

Hipótese 3

A ocorrência de sintomatologia depressiva durante a gravidez da mulher/companheira, prediz a ocorrência de sintomatologia depressiva nas 2ª e 6ª semanas de Pós-Natal.

Hipótese 4

A prevalência de Depressão na 2ª e 6ª semanas Pós-Natal é maior do que durante a gravidez.

Hipótese 5

A prevalência de D. P. N. nos homens associa-se com a ocorrência de perturbação depressiva nas mulheres/companheiras em momento anterior ou posterior.

1.2 Objectivos

Os objectivos principais deste estudo são os seguintes:

- Analisar os padrões de ocorrência de Depressão no homem durante a gravidez da mulher/companheira e no período Pós-Natal (2ª e 6ª semanas).
- Analisar e comparar a gravidade das Depressões da gravidez e do período Pós-Natal (2ª e 6ª semanas).
- Analisar as associações quer entre a Depressão que ocorre no homem durante a gravidez da sua companheira, quer entre a D. P. N. e variáveis demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, estrato social), psicossociais (acontecimentos de vida, rede de suporte social e traços de personalidade prévia), clínicas (ansiedade e depressão do próprio no período de gravidez da mulher/companheira e hábitos tabágicos) e obstétricas (planeamento de gravidez, tipo de parto anterior, tipo de parto actual) seleccionadas.
- Definir *perfis de risco* para a Depressão que ocorre no homem durante a gravidez da mulher e para a D. P. N.
- Estudar a associação da Depressão nos homens com a Depressão nas mulheres/companheiras.

1.3 Metodologia de Selecção dos Participantes e População

A amostra do estudo é constituída por 66 homens maridos/companheiros de grávidas utentes da Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital S. Sebastião, em Santa Maria da Feira, que frequentavam essa consulta no período compreendido entre Julho de 2005 e Agosto de 2006. Foi solicitada a sua colaboração em regime voluntário e garantida a confidencialidade de todas as informações prestadas; após a assinatura do termo de consentimento informado foi iniciada a colheita de dados.

Solicitamos a participação a todos os homens que não apresentavam nenhum dos critérios abaixo indicados e que seriam de exclusão:

- Não saber ler e/ou escrever português;
- Não aceitar participar no estudo;
- Qualquer dos elementos do casal estar actualmente em tratamento psiquiátrico;
- Existir mal formação congénita do feto na gravidez actual ou anterior;
- A gravidez ser gemelar;
- Qualquer dos elementos do casal ser toxicodependente;
- Ser marido/companheiro de grávida portadora de doença infecto-contagiosa durante a gravidez;
- Ser marido/companheiro de grávida com idade inferior a 18 anos ou superior a 35 anos;
- Ser marido/companheiro de grávida sem vigilância obstétrica na gravidez actual (até à 36ª semana);
- Ser marido/companheiro de grávida portadora de diabetes gestacional;
- Ser marido/companheiro de grávida portadora de hipertensão arterial gestacional;

Do primeiro momento de avaliação (36ª semana de gravidez da mulher/companheira), para o segundo (2ª semana pós-parto) ocorreu uma perda de 6 participantes. A razão da perda foi a de não terem sido devolvidos, por correio, os instrumentos de avaliação preenchidos, nem ter sido possível o contacto telefónico ou visita domiciliária, apesar das inúmeras tentativas. Do segundo momento

de avaliação (2ª semana pós-parto), para o terceiro (6ª semana pós-parto) não se verificou perda da amostra, tendo esta sido de 60 participantes no período pós-parto.

1.4 Desenho

O desenho do estudo foi prospectivo. Os participantes foram seguidos longitudinalmente da 36ª semana de gravidez da mulher/companheira até à 6ª semana pós-parto. A recolha de dados foi desenvolvida em três momentos de avaliação: o primeiro momento de avaliação decorreu na 36ª semana de gravidez da mulher/companheira; o segundo, na 2ª semana e o terceiro, na 6ª semana pós-parto.

1.5 Procedimentos do Estudo

Os participantes foram contactados na Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital S. Sebastião, na 36ª semana de gravidez das respectivas mulheres/companheiras.

Após explicação dos objectivos e metodologias do estudo e obtenção de consentimento informado, os participantes preencheram os questionários, numa sala contígua ao consultório médico de Obstetrícia. Os elementos do casal foram entrevistados em separado, e foram-lhes entregues os restantes questionários (tal como assinalado na tabela 1), com envelopes selados, e etiquetados com o remetente, para serem preenchidos e remetidos nos outros momentos de avaliação. Foram informados de que seria realizado um contacto telefónico nessa altura para relembrar o preenchimento e a devolução dos questionários. Nas situações em que tal não fosse possível, seria efectuada uma visita domiciliária para recolha dos instrumentos de avaliação, de forma a minimizar as perdas de dados.

Assim, volvidas duas semanas após o nascimento do bebé, entramos em contacto telefónico com os participantes e repetimos esse procedimento à sexta semana pós-parto.

Tabela 1 - Planeamento do estudo

| INSTRUMENTOS | Gravidez | Nascimento | Período pós-natal | |
|--------------------------------|------------|------------|-------------------|-----------|
| | 36ª Semana | | 2ª Semana | 6ª Semana |
| Questionário Sócio-Demográfico | X | | X | |
| EPI | X | | | |
| SSNI | X | | | |
| EPDS | X | | X | X |
| HADS | X | | X | X |
| Graffar | X | | | |

1.6 Instrumentos de Avaliação

Nesta investigação, recorreremos a um conjunto de instrumentos com o objectivo de avaliar e quantificar as diferentes variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas, que enunciamos de seguida:

1.6.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Para avaliação dos sintomas de ansiedade e de depressão, utilizamos o HADS⁽⁷¹⁾. Este questionário de auto-resposta foi construído por Zigmond e Snaith para permitir um rastreio hospitalar fiável e de aplicação fácil dos sintomas de depressão e de ansiedade, mas tem-se também demonstrado um instrumento muito útil para a detecção desses sintomas na área dos cuidados de saúde primários.

Consiste num conjunto de catorze questões, que constituem duas sub-escalas, cada uma com sete itens, para avaliação da ansiedade e da depressão.

Nessas sub-escalas, uma cotação entre 0-7 representa a ausência de sintomas, de acordo com o estabelecido pelos autores; entre 8-10, existência provável de ansiedade ou depressão, e entre 11-21, existência definitiva de ansiedade ou depressão com significado clínico.

No nosso estudo, solicitamos aos participantes que as suas respostas incidissem sobre a forma como se tinham sentido na última semana.

1.6.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

O Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)⁽⁷²⁾ foi desenvolvido em Inglaterra nos Centros de Saúde de Livingston e Edinburgh para auxiliar os profissionais de cuidados de saúde primários na detecção da D. P. N.

O EPDS tem sido cuidadosamente testado e é utilizado em 23 países, apresentando altos níveis de sensibilidade (86%) e de especificidade (78%), do que se pode concluir que permite identificar aqueles que apresentam risco ou já apresentam depressão pré ou Pós-Natal.

O EPDS contém 10 itens e requer cerca de cinco minutos para ser preenchido. Encontra-se disponível em diferentes línguas e tem validade transcultural.

Por vezes é necessário auxílio para a sua interpretação, pelo que relembramos os homens que deviam escolher a resposta que melhor indicasse o modo como se sentiam “desde há sete dias” e não apenas no dia actual.

A cotação máxima é de 30, sendo que 10 ou mais, indica possível depressão de severidade diversa, mais de 12 indica depressão grave, tendo sido este, o ponto de viragem utilizado na análise comparativa. A cotação do EPDS não permite fazer um juízo clínico conclusivo, sendo sempre aconselhável confirmar o diagnóstico por outras metodologias clínicas. A escala não detecta distúrbios de ansiedade, fobias ou perturbações de personalidade.

1.6.3 Eysenk Personality Inventory (EPI)

Para avaliação de traços de personalidade prévia, utilizamos o questionário EPI⁽⁷³⁾, que inclui 57 itens para a medição dos factores neuroticismo/estabilidade e introversão/extroversão e da escala de insinceridade. Existem duas versões diferentes que se destinam a ser utilizadas em procedimentos de teste-reteste. No nosso estudo, administramos a forma A.

Na escala de Introversão/Extroversão, uma pontuação baixa representa uma maior introversão, própria de pessoas tranquilas, retraídas e introspectivas, que preferem contacto com coisas a pessoas, encarando a vida com muita seriedade. Contrariamente, uma pontuação mais elevada indica uma maior extroversão social, sendo pessoas que tendem a ser expansivas, impulsivas e desinibidas, que gostam de contacto social e de actividades em grupo.

Na escala de neuroticismo, uma pontuação alta indica labilidade emocional e hiper-reactividade, e caracteriza pessoas que tendem a ser hipersensíveis que manifestam preocupação frequente, ansiedade e depressão. Uma pontuação baixa assinala uma maior estabilidade emocional.

1.6.4 Social Support Network Inventory (SSNI)

A falta de suporte percebido em relação ao acontecimento de vida que é o nascimento de um filho tem vindo a ser referido por vários autores como uma variável preditiva da Depressão Pós-Natal ⁽³⁹⁾

Para avaliar o suporte social, recorreremos ao questionário de auto-resposta SSNI⁽⁷⁴⁾. A informação recolhida neste instrumento de avaliação reporta-se às seguintes dimensões: número de pessoas na rede de suporte social, suporte geral, suporte instrumental, suporte emocional, acessibilidade, reciprocidade e suporte relacionado com acontecimentos de vida. Para os efeitos da nossa investigação, consideramos aqui apenas três dessas sub-variáveis, o número de pessoas na rede de apoio, o suporte geral e o suporte relacionado com acontecimentos de vida.

O SSNI permite também recolher informações sobre os dois principais acontecimentos de vida no último ano e utilizámos esta informação como uma medida simples de acontecimentos de vida categorizando-a de acordo com o método de classificação de Paykel⁽⁷⁵⁾

1.6.5 Graffar

Para avaliar o estrato sócio-económico, utilizámos a Escala e o Método de Classificação Social de Graffar⁽⁷⁶⁾.

Apesar dos motivos de reserva que têm vindo a ser apontados por alguns autores relativos à sua aplicabilidade e fiabilidade no contexto nacional, optamos por utilizar este método de classificação social por permitir extrair uma informação geral (nota total) e uma grande variedade de informações específicas sobre Profissão, Nível de Instrução, Fontes Principais de Rendimento Familiar, Conforto do Alojamento e Aspecto do Bairro onde habita, representadas nas suas cinco

sub-escalas (classificadas da mais alta à mais baixa - Classe I a V respectivamente) das quais podemos em última instância, seleccionar as que consideramos mais válidas.

1.6.6 Questionário Sócio-Demográfico

Construímos um questionário de 42 questões com o objectivo de recolher informação demográfica, social e clínica dos participantes e das suas mulheres/companheiras, assim como dados relativos à história obstétrica das mulheres e a alguns hábitos de vida, dados que consideramos relevantes para esta investigação.

1.7 Critérios para “Caso de Depressão”, “Caso de Ansiedade” e para “Novo Caso”

Estabelecemos nesta investigação, como critério para considerar um caso de Depressão, a ocorrência de uma cotação no EPDS igual ou superior a 13.

De igual modo, elegemos um critério para a delimitação dos casos de ansiedade com significado clínico: uma cotação, na escala de ansiedade do HADS, igual ou superior a 11.

Com o objectivo de estimar, sempre que possível, a incidência de Depressão e de ansiedade, estabelecemos como critério para “novo caso” de ansiedade e de Depressão, aquele que, apresentando critérios para ser considerado caso num dado período, não os apresentava no período imediatamente anterior.

1.8 Aspectos Éticos

Todos os estudos realizados sobre seres humanos levantam questões éticas e morais e necessitam de ter salvaguardas que defendam os sujeitos de qualquer consequência lesiva dos seus direitos e da sua dignidade⁽⁷⁷⁾.

Neste estudo, foram garantidos os direitos ao sigilo profissional e ao anonimato. Admitimos contudo, que a temática versada possa ter criado algumas inibições nalguns dos inquiridos, mais sensíveis, por, de alguma forma, ocorrer certo nível de invasão da privacidade, apesar das medidas de salvaguarda tomadas.

Previamente ao início da investigação, dirigimos um pedido de consentimento à Comissão de Ética do Hospital São Sebastião, tendo recebido autorização para que o estudo pudesse decorrer.

Foi igualmente redigido um termo de consentimento informado, conforme a *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*, de forma a informar completamente os participantes em relação aos objectivos e procedimentos do estudo e a recolher a sua livre aceitação de participar, se assim o quisessem, sem pressão ou receio de consequências negativas em caso de recusa.

1.9 Métodos de Análise Estatística

Para o tratamento e análise estatística dos dados obtidos, utilizamos o programa informático de estatística Statistical Package of the Social Science (SPSS 13.0).

O procedimento para a análise de dados envolveu metodologias de estatística descritiva simples, com a respectiva análise de frequências absolutas, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Face às características dos questionários, estipulamos que a apresentação dos quadros analisados seriam gerados automaticamente pelo programa SPSS 13.0.

Para sintetizar a informação, utilizamos técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial.

Analisamos o comportamento da variável Depressão, com recurso ao *t* Teste para amostras emparelhadas (para inferir sobre a igualdade das médias), com uma análise em dois momentos diferentes, antes e depois de um acontecimento (o parto), formando pares de observações cujas diferenças são testadas de forma a verificar se o seu resultado é igual ou diferente de zero.

Para analisar se existia associação entre Depressão em cada um dos momentos do estudo e as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais, recorreremos ao coeficiente de correlação *Ró* de Spearman e ao respectivo teste de significância.

Procuramos também analisar se existiam diferenças entre medidas de tendência central do EPDS, produzidas pelos acontecimentos de vida, pelo tipo de parto e pelo planeamento de gravidez. Para tal, aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Este é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, que nos permite ver se existem diferenças no pós teste entre três ou mais condições experimentais.

1.10 Parâmetros de Fidedignidade

De forma a avaliar a consistência interna dos resultados obtidos no estudo, tendo em conta a aplicação da Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-natal (EPDS) e da Escala de ansiedade e de Depressão (HADS), calculámos o coeficiente “alpha” de Cronbach.

Tanto os dados do EPDS como os do HADS evidenciavam grande homogeneidade nos itens, sendo a consistência interna das escalas bastante elevada ($\alpha=0.8103$ e $\alpha=0.8221$, respectivamente).

2 RESULTADOS

2.1 Caracterização Demográfica da Amostra

No primeiro momento da colheita de dados, escolhemos os homens cujas mulheres/companheiras tinham entre 36 e 37 semanas de gravidez.

A distribuição por idade (ver tabela 2), indica-nos que a idade média é de 28,65 anos, com uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 39, e um desvio padrão de 5,39.

Tabela 2 - Distribuição dos elementos da amostra por idade

| Idade | <i>n</i> | % |
|--------------|-----------------|------------|
| 18 | 3 | 4,5 |
| 19 | 3 | 4,5 |
| 20 | 1 | 1,5 |
| 21 | 2 | 3,0 |
| 22 | 2 | 3,0 |
| 23 | 1 | 1,5 |
| 24 | 2 | 3,0 |
| 25 | 2 | 3,0 |
| 26 | 5 | 7,6 |
| 27 | 5 | 7,6 |
| 28 | 3 | 4,5 |
| 29 | 2 | 3,0 |
| 30 | 11 | 16,7 |
| 31 | 2 | 3,0 |
| 32 | 6 | 9,1 |
| 33 | 5 | 7,6 |
| 34 | 1 | 1,5 |
| 35 | 5 | 7,6 |
| 36 | 2 | 3,0 |
| 38 | 1 | 1,5 |
| 39 | 2 | 3,0 |
| Total | 66 | 100 |

Todos os participantes da amostra viviam, na altura em que decorreu o estudo, com a cónjuge / companheira (critério de inclusão), sendo que 75,8% eram casados e 24,2% viviam em coabitação com a grávida (em média, há 2,4 anos) Destes, 21,2% eram solteiros e 3,0% divorciados (ver tabela 3).

No entanto, o tamanho do agregado familiar variava, e nalgumas situações os participantes viviam com a companheira e outro(s) descendente(s) ou ascendente(s), conforme descreveremos em maior detalhe à frente.

A maioria dos sujeitos (85,3%) era de religião católica no entanto, alguns afirmavam-se ateus (11,7%) ou referiam professar outra religião (3,0%).

Tabela 3 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao estado civil

| Estado civil | <i>n</i> | % |
|-----------------------|-----------------|--------------|
| Solteiro | 14 | 21,2 |
| Casado/União de facto | 50 | 75,8 |
| Divorciado | 2 | 3,0 |
| Total | 66 | 100,0 |

Os participantes distribuíam-se por classes sociais, de acordo com os critérios de Graffar ⁽⁷⁶⁾ da seguinte forma: 47% dos participantes encontravam-se na classe III, 40,9% pertencia à classe II, e por fim, 12,1% à classe I. É de realçar ainda que não existiam participantes com critérios para ser incluídos nas classes IV e V (ver tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos elementos da amostra por estratos sócio-económicos, de acordo com a Classificação de Graffar

| Classes | <i>n</i> | % |
|----------------|-----------------|--------------|
| I | 8 | 12,1 |
| II | 27 | 40,9 |
| III | 31 | 47 |
| IV | 0 | 0 |
| V | 0 | 0 |
| Total | 66 | 100,0 |

Questionados sobre o nível de instrução, 56,1% dos inquiridos completaram o terceiro ciclo, surgindo na segunda posição o curso técnico ou profissional e o ensino universitário com 18,2% cada. Apenas 7,6% dos participantes referiram ter um nível de instrução correspondente ao primeiro ou segundo ciclo, e nenhum participante referiu ter um nível de instrução inferior ao primeiro ciclo (ver tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra por nível de instrução

| Nível de Instrução | <i>n</i> | % |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| Ensino Universitário ou equivalente | 12 | 18,2 |
| Curso Técnico ou Profissional | 12 | 18,2 |
| Terceiro Ciclo/Ensino Secundário | 37 | 56,1 |
| Primeiro ou Segundo Ciclo | 5 | 7,6 |
| Primeiro Ciclo incompleto | 0 | 0 |
| Total | 66 | 100,0 |

As categorias profissionais dos participantes eram diversificadas, sendo que as percentagens maiores englobavam as funções de operário semi especializado (40,9%), administrativo / vendedor técnico (24,2%) e não especializado (22,7%). Apenas 12,1% tinham profissões mais diferenciadas assim distribuídas; 4,5% eram administradores/pequenos empresários, 7,6% eram directores.

Relativamente ao rendimento familiar, verificamos que 71,2% dos elementos do nosso estudo referem apenas rendimentos tipo 3 (que correspondem a um vencimento mensal fixo tipo operário) e 28,8% dizem ter rendimentos tipo 4 (que resultam duma remuneração por semana, por hora, ou à tarefa). Curiosa é a ausência de outros tipos de rendimentos declarados pelos participantes no estudo.

2.2 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Psico-Sociais

Procuramos neste item caracterizar a amostra relativamente às seguintes variáveis psico-sociais:

- “Acontecimentos de Vida” (embora não tenhamos recolhido nenhuma medida de Impacto Negativo Objectivo, os acontecimentos que analisamos foram identificados pelos participantes como o mais importante e o segundo mais importante no último ano de vida, dando assim alguma garantia de impacto na vida da pessoa),
- “Suporte Social” (dimensão da rede de suporte social, medidas de suporte geral e de suporte relativo a acontecimentos de vida)
- e “Traços de Personalidade” (“Nível de Neuroticismo” e “Nível de Extroversão”)

2.2.1 Acontecimentos de Vida

O questionário SSNI permitiu-nos registar os dois principais acontecimentos no último ano, acedendo a uma medida genérica sobre acontecimentos de vida.

Verificamos que a maior percentagem (54,5%) não referiu qualquer problema. Dos acontecimento referidos pelos restantes, a “Perda relevante” situava-se como o mais significativo (para 16,7%), seguido de “Finanças” (10,6%), “Saúde” (9,1%), “Relações Conjugais” (4,5%), “Trabalho” (3%) e “Outros” (1,5%).

Relativamente ao segundo acontecimento mais importante, havia uma percentagem ainda mais elevada (62,1%) de indivíduos que não referiam quaisquer problema, colocando-se as “Finanças” em primeiro lugar para os restantes (ver tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos elementos da amostra por categoria do 1º e 2º acontecimento de vida mais importante fazendo recurso à classificação de Paykel

| | 1º Acontecimento de vida | | 2º Acontecimento de vida | |
|--------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sem problema | 36 | 54,5 | 41 | 62,1 |
| Trabalho | 2 | 3,0 | 3 | 4,5 |
| Finanças | 7 | 10,6 | 7 | 10,6 |
| Saúde | 6 | 9,1 | 6 | 9,1 |
| Perda relevante | 11 | 16,7 | 0 | 0 |
| Relações conjugais | 3 | 4,5 | 4 | 6,1 |
| Migração | 0 | 0 | 5 | 7,6 |
| Outros | 1 | 1,5 | 0 | 0 |
| Total | 66 | 100 | 66 | 100 |

2.2.2 Suporte Social

Neste tópico, analisámos as seguintes medidas de suporte social: dimensão da rede de suporte, cotações de suporte geral e de suporte relacionado com acontecimentos de vida. Adicionalmente, integrámos nesta análise alguns aspectos demográficos relativos ao tamanho do agregado familiar e proximidade geográfica dos elementos de suporte.

Assim, o agregado familiar dos participantes deste estudo variava entre dois e sete elementos. A maioria dos inquiridos (37,9%), apresentava três elementos no seu agregado familiar.

Tabela 7 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao nº do pessoas que constituem o agregado familiar

| Nº de pessoas do agregado familiar | <i>n</i> | % |
|---|-----------------|--------------|
| 2 | 20 | 30,3 |
| 3 | 25 | 37,9 |
| 4 | 4 | 6,1 |
| 5 | 9 | 13,6 |
| 7 | 8 | 12,1 |
| Média | 3,38 | |
| Desvio padrão | 1,689 | |
| Min.-máx. | 2 – 7 | |
| Total | 66 | 100,0 |

Na identificação dos grupos com os quais os participantes se relacionavam, pudemos constatar, como descrito na tabela 8, que 31,8% referiram os “Amigos da Juventude”, 25,8% um “Grupo de Carácter Recreativo”, 19,7% um “Grupo Profissional” e 15,2% uma “Organização”. 7,6% indicaram que não se relacionavam com nenhum grupo ou não o referiram.

Tabela 8 - Distribuição dos elementos da amostra por categoria dos grupos de suporte

| Género de grupo | <i>n</i> | % |
|------------------------------------|-----------------|--------------|
| Recreativo | 17 | 25,8 |
| Organização (vizinhos ou política) | 10 | 15,2 |
| Profissional/Trabalho | 13 | 19,7 |
| Amigos da juventude | 21 | 31,8 |
| Sem grupo ou sem resposta | 5 | 7,6 |
| Total | 66 | 100,0 |

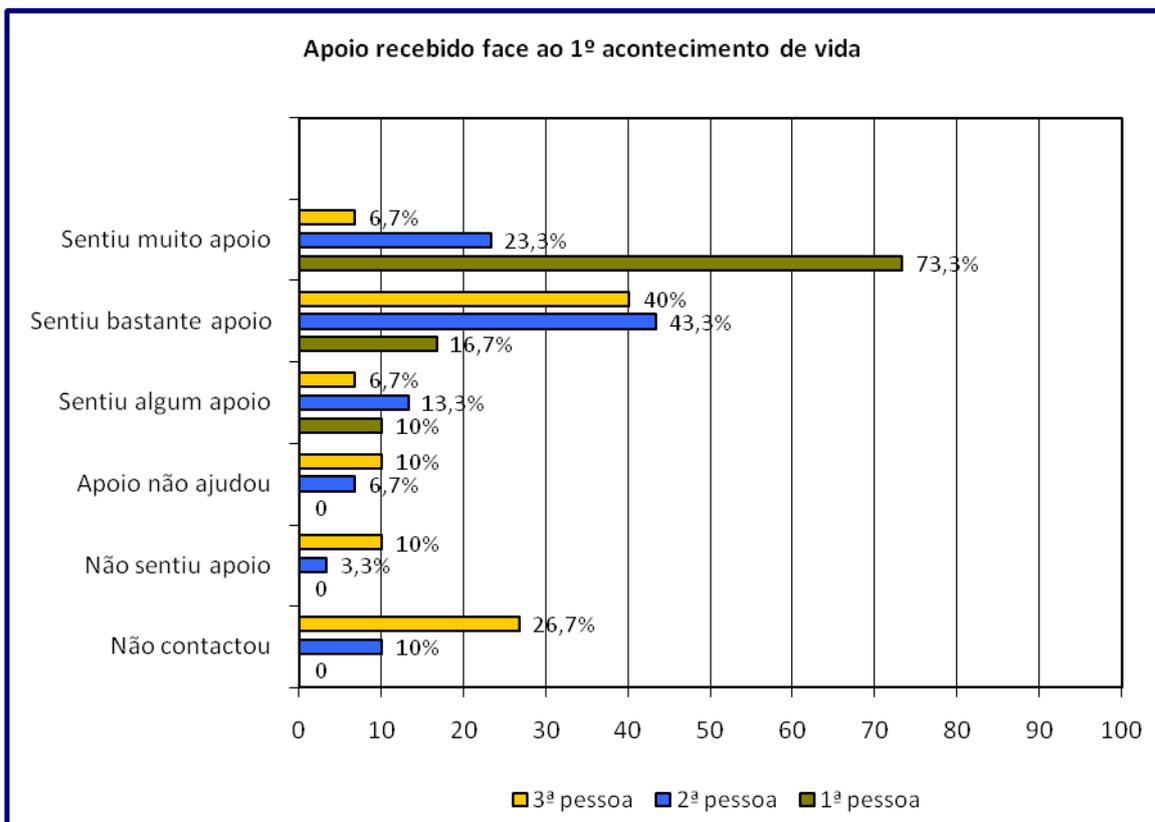
Relativamente ao nº de pessoas significativas incluídas na rede geral de suporte social, pudemos verificar que a maioria dos participantes (62,1%) referiram ter entre oito e dez pessoas significativas na sua rede de apoio, sendo que em média, os participantes apresentavam 8,08 elementos, com um desvio padrão de 2,078 (min-máx: 3-14). A média da cotação do suporte geral era de 133,3, e a cotação do suporte relacionado com acontecimento de vida era de 26,8.

Tabela 9 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente à dimensão da rede de suporte social e à cotação nas escalas de suporte geral e relacionado com acontecimentos de vida

| SSNI | Dimensão da rede de apoio | Cotação de suporte geral | Cotação de suporte relacionado com acontecimentos de vida |
|---------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| Média | 8,08 | 133,3 | 26,8 |
| Desvio padrão | 2,078 | 3,275 | 3,8 |
| Min.-máx. | 3 – 14 | 120 – 135 | 12 – 32 |
| Total | <i>n</i> = 66 (100%) | | |

No Gráfico 1, apresentamos o suporte sentido recebido face ao acontecimento de vida mais importante. Verificamos que o sentimento de que o “Apoio recebido é muito”, foi manifestado por 73,3% em relação à pessoa mais significativa, e a sensação de que “Não senti apoio” ou o “Apoio não ajudou” manifesta-se só em relação à segunda e terceira pessoas mais significativas pelo que sempre que a pessoa mais significativa foi solicitada, o sentimento de apoio existe.

Gráfico 1 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao apoio sentido recebido face ao acontecimento de vida mais importante



2.2.3 Traços de Personalidade Prévia

A dispersão dos resultados da nossa amostra nas dimensões de personalidade Extroversão/Introversão e Neuroticismo/Estabilidade era a seguinte: os participantes tinham uma cotação média de 11,39 em Extroversão/Introversão (min-máx: 7-15; desvio padrão: 2,11), sendo a mediana situada em 11,5 e em Neuroticismo/Estabilidade, tinham uma cotação média de 12,41, com mediana em 12 (min-máx:7-18; desvio padrão: 2,81).

Tabela 10 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente à dimensão Extroversão / Neuroticismo Eysenk Personality Inventory (EPI)

| EPI | Extroversão | Neuroticismo |
|---------------|--------------------|---------------------|
| Média | 11,39 | 12,41 |
| Mediana | 11,50 | 12 |
| Desvio Padrão | 2,111 | 2,812 |
| Mínimo | 7 | 7 |
| Máximo | 15 | 18 |
| <i>n</i> | 66 | 66 |

2.3 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Clínicas

Na nossa investigação, seleccionamos para análise as seguintes variáveis clínicas, cujos resultados apresentamos de seguida:

- Sintomas de ansiedade e de Depressão do próprio, no período de gravidez da mulher/companheira
- Hábitos Tabágicos

2.3.1 Sintomas de Ansiedade e de Depressão durante a Gravidez da Mulher/ Companheira

Durante a gravidez das respectivas companheiras, 5% dos participantes exibiam cotações que indicavam presença provável de ansiedade (HADS), sendo que os restantes não manifestavam quaisquer indícios desta perturbação. Nenhum dos participantes apresentava quaisquer sinais de perturbação depressiva, durante a gravidez das suas companheiras, na escala de Depressão do

HADS, embora os dados não sejam totalmente congruentes com os resultantes do EPDS, como referiremos mais tarde, sugerindo que esta última medida é mais sensível. (Tabela 11)

Tabela 11 - Distribuição dos elementos da amostra por classes em relação aos sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez da mulher/companheira (HADS)

| | HADS – Ansiedade | | HADS – Depressão | |
|------------------------------|-----------------------------|----|------------------|-----|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Ausência de sintomas (0-7) | 63 | 95 | 66 | 100 |
| Existência provável (8-10) | 3 | 5 | 0 | 0 |
| Presença de sintomas (11-21) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | <i>n</i> = 66 (100%) | | | |

2.3.2 Hábitos Tabágicos

Na tabela 12, apresentamos a distribuição dos nossos participantes pelas categorias “Não fumador” (inclui apenas os que nunca foram fumadores), “Ex-fumador” e “Fumador”.

Tabela 12 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente aos hábitos tabágicos

| Hábitos Tabágicos | <i>n</i> | % |
|-------------------|-----------|--------------|
| Fumador | 22 | 33,3 |
| Ex-fumador | 19 | 28,8 |
| Não fumador | 25 | 37,9 |
| Total | 66 | 100,0 |

Relativamente ao número de cigarros por dia no grupo dos fumadores, em média, os participantes fumavam 12,08 cigarros, sendo que 54,2% fumavam entre 6 e 10 cigarros, 16,7% fumavam de 10 a 15 e 20,8% fumavam 16 ou mais cigarros por dia.

2.4 Caracterização da Amostra relativamente a Variáveis Obstétricas

Para além das variáveis demográficas, psico-sociais e clínicas, cujos resultados já foram explanados ao longo deste capítulo, também abordamos no nosso estudo as seguintes variáveis obstétricas:

- Planeamento da actual gravidez
- Tipo de parto anterior das mulheres/companheiras
- Tipo de parto actual

2.4.1 Planeamento da Actual Gravidez

Questionados sobre se a actual gravidez tinha resultado de planeamento feito pelos elementos do casal, 66,7% dos participantes referiram que sim, e 33,3% mencionaram que não.

Tabela 13 – Distribuição dos elementos da amostra face ao planeamento da gravidez actual

| Planeamento gravidez | <i>n</i> | % |
|-----------------------------|-----------------|--------------|
| Sim | 44 | 66,7 |
| Não | 22 | 33,3 |
| Total | 66 | 100,0 |

2.4.2 Tipo de Parto Anterior das Mulheres/Companheiras

Quando abordamos o tipo de parto que a mulher/companheira teve na anterior gravidez, 81,5% dos que responderam, referiram que teve parto eutócico, enquanto que uma percentagem menor 18,5% mencionou a ocorrência de parto distócico. Trinta e nove participantes não responderam porque as mulheres eram nulíparas ou porque não sabiam a resposta.

Tabela 14 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tipo de parto anterior

| Tipo de parto | <i>n</i> | % | % <i>Valida</i> |
|----------------------|-----------------|--------------|------------------------|
| Eutócico | 22 | 33,3 | 81,5 |
| Distócico | 5 | 7,6 | 18,5 |
| Total | 27 | 43,9 | 100 |
| Não responderam | 39 | 59,1 | |
| Total | 66 | 100,0 | |

2.4.3 Tipo de Parto Actual

Na recolha de pós-parto, registamos dados se o parto actual tinha sido eutócico ou distócico. Assim, conforme se pode observar pelos elementos da tabela 15, a grande maioria dos participantes refere que o parto actual foi eutócico.

Tabela 15 - Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tipo de parto actual

| Tipo de parto | <i>n</i> | % |
|----------------------|-----------------|------------|
| Eutócico | 55 | 83,3 |
| Distócico | 11 | 16,7 |
| Total | 66 | 100 |

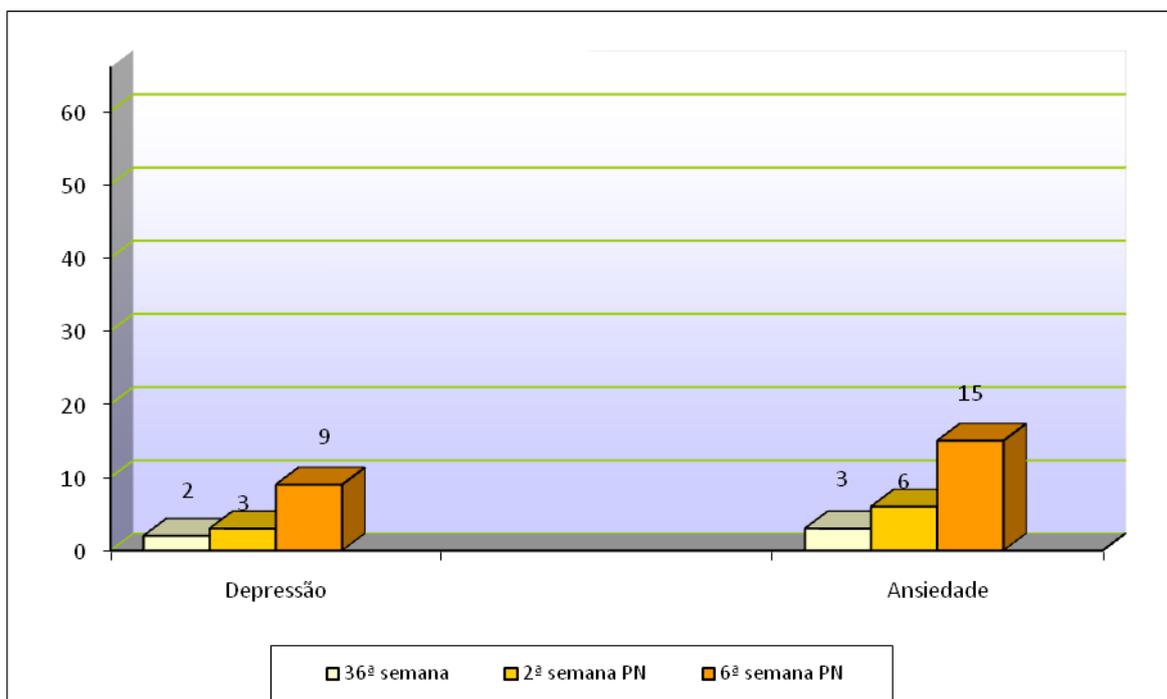
2.5 Incidência Prevalência de Depressão e Ansiedade nos três momentos de avaliação

Apresentamos, de seguida, gráficos com os dados do nosso estudo relativos à ocorrência de Depressão e ansiedade nos três momentos de avaliação. Esses gráficos permitem visualizar a evolução de cada uma destas variáveis, antes e após o nascimento do filho, bem como comparar os casos novos e prevalentes, para cada um desses períodos.

Em primeiro lugar, podemos constatar o surgimento de sete “Casos novos” que evidenciavam critérios de Depressão (Taxa de incidência de 12%). A nossa prevalência aumentou, portanto, do primeiro ao último momento do estudo (15% de taxa de prevalência). Este aumento tornou-se mais evidente entre a 2ª e a 6ª semanas Pós-Patais, sendo que o número de indivíduos com sintomas de Depressão passou de 3 para 9 (critério: cotação na escala de EPDS maior ou igual a 13).

Da mesma forma, a ansiedade teve também um crescimento acentuado nesse período (taxa de incidência de 21% no final do estudo, em relação à 36ª semana). Tal como na situação anterior, a maior diferença verificou-se após a 2ª semana, passando dos 6 para 15 indivíduos com manifestação clara de sintomas de ansiedade (critério: cotação na escala de ansiedade do HADS igual ou maior que 11).

Gráfico 2 - Depressão (escala EPDS) e ansiedade (escala HADS) dos elementos da amostra na 36ª semana de gravidez e nas 2ª e 6ª semanas após o nascimento do filho



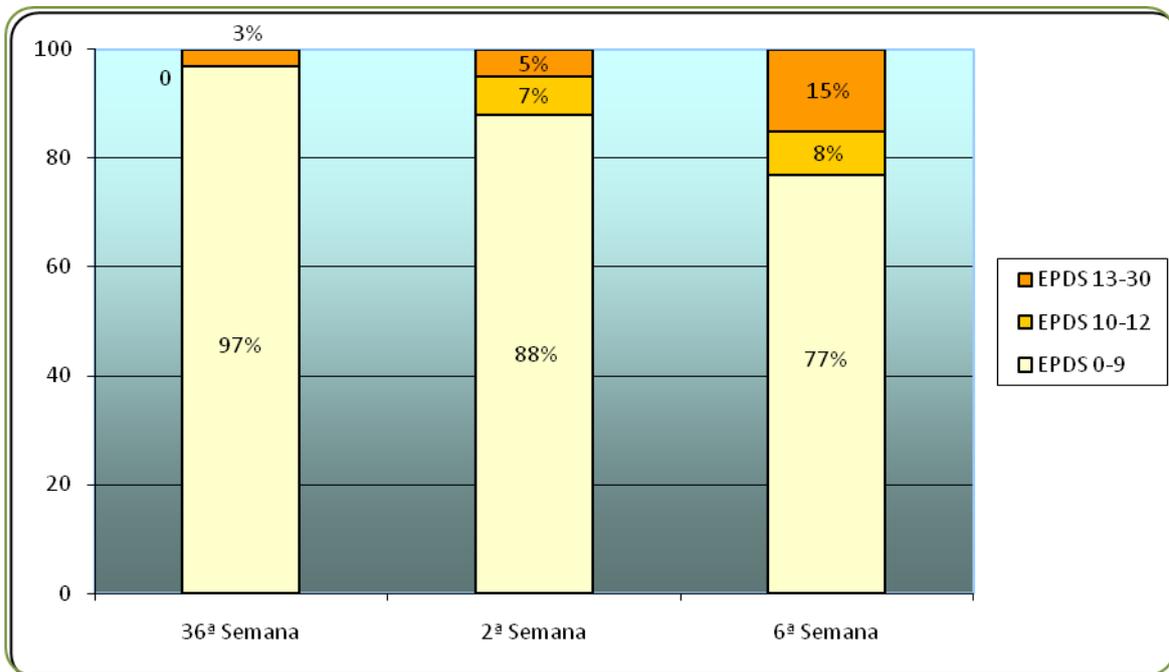
Comparando isoladamente cada uma das variáveis, podemos verificar no gráfico 3 que, à 36ª semana, 3% dos participantes (2) apresentavam critérios de Depressão de severidade maior (EPDS ≥ 13). Os restantes 97,0% não apresentavam pelo EPDS sintomas de Depressão (cotação < 10), não existindo, portanto, participantes com Depressão de severidade moderada (EPDS entre 10 e 12).

Na análise dos dados da 2ª semana Pós-Natal, podemos constatar que 88% não apresentavam sintomas de ocorrência de Depressão. Esta percentagem em relação ao 1º momento sofre uma alteração de 9%, verificando-se a deslocação 7% dos homens para a classe de 10-12, onde já poderão evidenciar ocorrência de Depressão menor, e o aumento de 2% para a classe de 13-30, passando para 5% o número de indivíduos com evidência de sintomas de Depressão de severidade superior à anterior.

Na 6ª semana Pós-Natal, verificamos que se mantém uma tendência de aumento dos números de ocorrência e gravidade da Depressão. Assim, diminui o número de elementos posicionados na classe de 0-9, passando de 88% para 77% (que não apresentavam quaisquer sintomas de ocorrência de Depressão). A deslocação faz-se para as classes que evidenciam Depressão, sendo que agora, a maior subida é para a classe dos sintomas de severidade superior – classe de 13-30 – que passa para 15% neste 3º momento de avaliação. A classe de 10-12, onde já evidenciam sintomas de ocorrência de Depressão menor, tem um pequeno aumento de 1% (dos 7% para 8%).

Podemos então dizer que a Incidência e a Prevalência da Depressão aumentam com o nascimento de um filho, e que esse aumento é mais acentuado entre a segunda e a sexta semanas pós-natais.

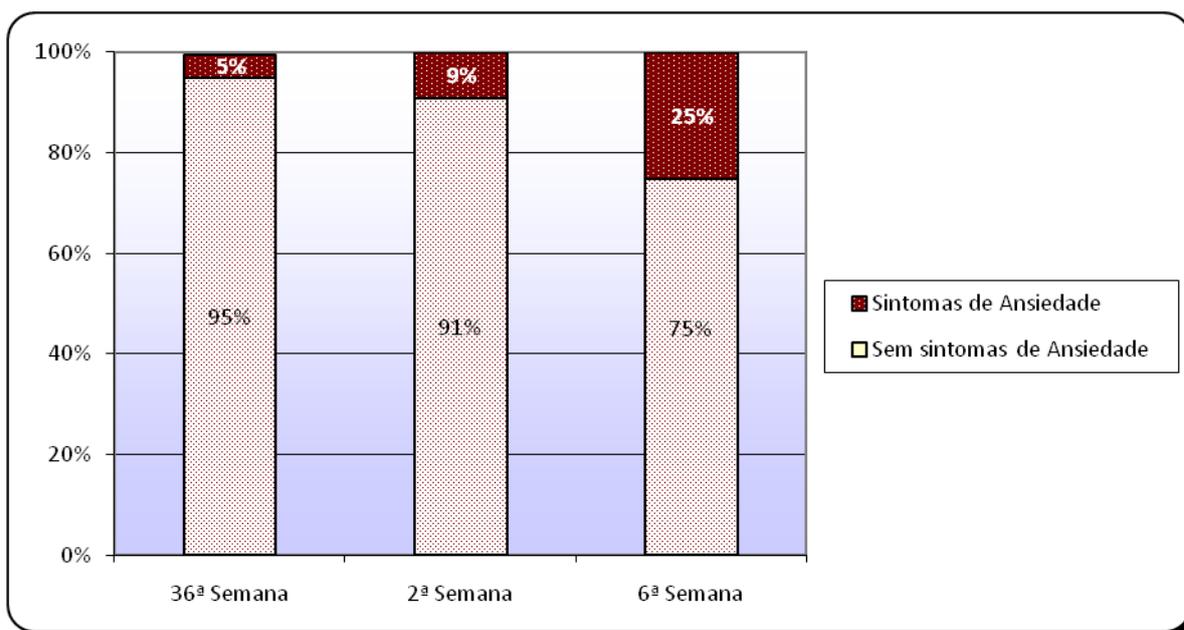
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes de acordo com ocorrência e gravidade da Depressão (EPDS) ao longo dos períodos do estudo



A leitura do gráfico 4 permite-nos observar igualmente, que houve um crescente número de participantes que manifestaram cotações sucessivamente mais elevadas de ansiedade entre o primeiro e último momentos estudados. Da mesma forma, podemos aferir que a taxa de prevalência para a ansiedade é de 25% na 6ª semana pós parto contra os 5% iniciais.

É curioso notar que, do primeiro para o segundo momento do nosso estudo, este valor quase duplicou, verificando-se, no entanto, a maior subida do segundo para o terceiro momento.

Gráfico 4 – Prevalência da ansiedade ao longo do estudo



Procedemos também a uma análise mais fina do comportamento da variável Depressão nos três momentos de avaliação, e em dois momentos definidos com referência ao marco “Nascimento do Bebê”, por posição antes e depois (com recurso ao *t* Teste para amostras emparelhadas).

Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores de EPDS nos diferentes momentos de avaliação, sendo ainda de realçar o aumento gradual que se verificou da gravidez para a 2ª semana ($t = 6,774$; $p = 0,001$) e desta para a 6ª semana ($t = 5,399$; $p = 0,001$) (ver quadro 1).

Quadro 1 – Correlação do EPDS nos diferentes momentos de avaliação

| | 36ª Semana gravidez (X1) | 2ª Semana pós natal (X2) | 6ª Semana pós natal (X3) |
|--|--|--|--------------------------|
| E P D S | X2 – X1 | | |
| | Média = 1,217; Desvio padrão = 1,391 t = 6,774**; p = 0,001 | | |
| | | X2 – X3 | |
| | | Média = 0,817; Desvio padrão = 1,172 t = 5,399**; p = 0,001 | |
| | X3 – X1 | | |
| Média = 2,033; Desvio padrão = 2,042 t = 7,714**; p = 0,001 | | | |

*- A correlação é significativa a 0.05 (2 caudas)

** - A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

Como utilizamos, nesta investigação, duas medidas diferentes de Depressão, a proveniente da cotação no EPDS e a resultante da escala de Depressão do HADS, decidimos analisar a consistência entre elas. Pudemos confirmar que as duas medidas têm uma correlação alta e estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$), como procuramos sintetizar na tabela 16.

Tabela 16 – Congruência dos métodos utilizados para avaliação da Depressão (correlação do EPDS com o HADS nos diferentes momentos do estudo)

| | EPDS | | |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| HADS | 36ª semana | 2ª semana | 6ª semana |
| 36ª semana | R = 0,395 p = 0,001 | | |
| 2ª semana | | R = 0,519 p = 0,000 | |
| 6ª semana | | | R = 0,521 p = 0,000 |

2.6 Associação de algumas Variáveis com a Depressão nos três momentos do estudo

Neste sub-capítulo, apresentamos os resultados relativos à análise da associação entre a Depressão na Gravidez (36ª semana) e no Período Pós-Natal (2ª e 6ª semanas) com as variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas que avaliamos.

Utilizamos, conforme já referido no capítulo de “Métodos”, como critério para “Caso de Depressão” a cotação igual ou superior a 13 no EPDS.

2.6.1 Variáveis Demográficas associadas com a Depressão

Na análise às correlações do EPDS com as variáveis demográficas, pudemos concluir que existia uma correlação positiva com todas elas (idade, estado civil, categoria profissional e rendimento familiar), no entanto, essa correlação só tinha significado estatístico, em qualquer um dos momentos do estudo para as variáveis estado civil (55% dos que deprimiram são casados, os restantes são solteiros (22%) ou divorciados (23%)) e profissão, (os que exercem actividades de administrador/pequeno empresário (77%) e os administrativos/vendedores técnicos (23%) perfazem o total dos deprimidos. Para a variável rendimento familiar, a correlação só era estatisticamente significativa à 36ª semana de gravidez e a correlação com a variável idade não tinha significado estatístico em qualquer dos momentos (tabela 17).

Tabela 17 – Correlação de EPDS com as variáveis demográficas nos 3 momentos de avaliação

| VARIÁVEIS | EPDS | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | 36 ^a semana Gravidez | 2 ^a semana pós natal | 6 ^a semana pós natal |
| Idade | R = 0,181 <i>p</i> = 0,147 | R = 0,162 <i>p</i> = 0,215 | R = 0,151 <i>p</i> = 0,249 |
| Estado Civil | Chi = 6,657 <i>p</i> = 0,036 | Chi = 8,286 <i>p</i> = 0,016 | Chi = 8,313 <i>p</i> = 0,016 |
| Categoria Profissional | Chi = 28,731 <i>p</i> = 0,000 | Chi = 23,244 <i>p</i> = 0,000 | Chi = 18,932 <i>p</i> = 0,001 |
| Rendimento Familiar | Chi = 5,538 <i>p</i> = 0,019 | Chi = 2,092 <i>p</i> = 0,148 | Chi = 1,635 <i>p</i> = 0,201 |

*- A correlação é significativa a 0.05 (2 caudas)

** - A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

2.6.2 Variáveis Psicossociais associadas com a Depressão

Procurámos também analisar se existiam diferenças entre medidas de tendência central do EPDS, produzidas pelos acontecimentos de vida (abordamos apenas o acontecimento de vida mais importante no último ano).

Os resultados obtidos revelaram que existia uma diferença estatisticamente significativa entre médias do EPDS nos participantes, em função dos acontecimentos de vida. Mais indicaram que o acontecimento de vida mais importante no último ano para o efeito produzido na variável Depressão era, em primeiro lugar, “Perda relevante”, seguido de “Finanças”, e em terceiro lugar “Relações Conjugais”. Estes resultados, no entanto, só têm significado estatístico para a 36^a semana (Chi = 16,03; *p* = 0,014).

Também observamos que a Depressão se correlacionava negativamente com o número de pessoas na rede de suporte social, com a rede de suporte geral e com as características de personalidade “Extroversão”. Por outro lado, esta correlação apresentava-se positiva em relação ao “Neuroticismo”, para todos os momentos de avaliação.

Assim, quanto mais neuróticos, mais introvertidos, com uma menor dimensão da rede de suporte social e menor rede de suporte geral, maior a probabilidade dos participantes deprimirem. Estas associações atingiam o significado estatístico em qualquer um dos momentos de avaliação. Por outro lado, embora se verificasse uma tendência para a associação positiva da Depressão com as categorias de acontecimentos de vida referidos pelos participantes, esses valores não atingiam o significado estatístico, para a segunda e sexta semanas.

Relativamente ao suporte relativo aos acontecimentos de vida, verificamos que a correlação com Depressão é negativa em todos os momentos do estudo, mas essas relações só têm significado estatístico para o período de gravidez.

Tabela 18 – Correlação de EPDS com variáveis psicossociais nos 3 momentos de estudo

| VARIÁVEIS | EPDS | | |
|--|--|--|---|
| | 36 ^a semana Gravidez | 2 ^a semana pós natal | 6 ^a semana pós natal |
| Categorias de Acontecimentos (Classificação de Paykel) | Chi = 16,03 <i>p</i> = 0,014 <i>n</i> = 30 | Chi = 10,77 <i>p</i> = 0,096 <i>n</i> = 30 | Chi = 10,839 <i>p</i> = 0,093 <i>n</i> = 30 |
| Dimensão da Rede de Suporte Social | R = - 0,403 <i>p</i> = 0,001 <i>n</i> = 66 | R = - 0,489 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = - 0,514 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 |
| Cotação na Escala de Suporte Geral | R = -0,435 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = -0,440 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = -0,454 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 |
| Cotação na Escala Suporte Relativo a Acontecimento de Vida | R = - 0,276 <i>p</i> = 0,036 <i>n</i> = 30 | R = -0,227 <i>p</i> = 0,086 <i>n</i> = 30 | R = -0,214 <i>p</i> = 0,107 <i>n</i> = 30 |
| Neuroticismo/ Estabilidade | R = 0,447 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = 0,464 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = 0,453 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 |
| Extroversão/ Introversão | R = - 0,417 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = - 0,520 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 | R = - 0,464 <i>p</i> = 0,000 <i>n</i> = 66 |

*- A correlação é significativa a 0.05 (2 caudas)

** - A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

2.6.3 Variáveis Clínicas associadas com a Depressão

Analizamos a associação da presença de Depressão medida através do EPDS (≥ 13) nos diferentes momentos com os sintomas de ansiedade e de Depressão medidos através da Escala HADS. Concluimos que existia correlação entre elas, em qualquer um dos momentos, e que esses valores atingiam o significado estatístico. Assim, quanto mais sintomas de ansiedade e de Depressão, medidos através do HADS, maior a probabilidade de ser considerado “Caso de Depressão”, pelos critérios definidos no nosso estudo.

Tabela 19 – Correlação de EPDS com variáveis clínicas nos 3 momentos de estudo

| VARIÁVEIS | EPDS | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | 36ª semana Gravidez | 2ª semana pós natal | 6ª semana pós natal |
| Sintomas de Ansiedade | R = 0,603 <i>p</i> = 0,000 | R = 0,453 <i>p</i> = 0,000 | R = 0,788 <i>p</i> = 0,000 |
| Sintomas de Depressão | R = 0,395 <i>p</i> = 0,001 | R = 0,519 <i>p</i> = 0,000 | R = 0,521 <i>p</i> = 0,000 |

*- A correlação é significativa a 0.05 (2 caudas)

** - A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

2.6.4 Variáveis Obstétricas associadas com a Depressão

Verifica-se uma associação, com significado estatístico, da Depressão nos vários momentos (valores do EPDS) com ocorrência de planeamento da actual gravidez (Chi = 9,33; *p* = 0,002; Chi = 7,658; *p* = 0,006; Chi = 8,87; *p* = 0,003). Isso significa que o facto de planear ou não a gravidez tem interferência no surgimento da Depressão no homem, no sentido de que quem não planeia tem mais tendência a deprimir.

Observamos também diferenças entre as médias da Depressão e o tipo de parto anterior (Chi = 5,197; $p = 0,020$; Chi = 3,315; $p = 0,065$; Chi = 2,88; $p = 0,094$), no entanto, essas diferenças só têm significado estatístico para o período de gravidez.

Já no que se refere à variável “Tipo de Parto Actual”, havia diferença entre as médias e essa diferença tinha significado estatístico para qualquer um dos momentos do estudo. Pode então, ser constatado que quando os participantes estavam deprimidos na gravidez das respectivas companheiras, ocorriam mais frequentemente complicações de parto. Por outro lado, pode-se concluir que quanto mais complicado o trabalho de parto, maior a probabilidade dos participantes se encontrarem deprimidos às 2ª e 6ª semanas Pós-Natais.

Tabela 20 – Relação de EPDS com variáveis sociais obstétricas e clínicas nos 3 momentos de estudo utilizando o teste de *Kruskal - Wallis*

| VARIÁVEIS | EPDS | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | 36ª semana Gravidez | 2ª semana pós natal | 6ª semana pós natal |
| Planeamento de Gravidez | Chi = 9,33 $p = 0,002$ | Chi = 7,658 $p = 0,006$ | Chi = 8,87 $p = 0,003$ |
| Tipo de Parto Anterior | Chi = 5,197 $p = 0,020$ | Chi = 3,315 $p = 0,065$ | Chi = 2,88 $p = 0,094$ |
| Tipo de Parto Actual | Chi = 7,591 $p = 0,006$ | Chi = 6,993 $p = 0,008$ | Chi = 5,738 $p = 0,017$ |

*- A correlação é significativa a 0.05 (2 caudas)

** - A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

2.7 Análise Comparativa da Depressão entre Homens e respectivas Companheiras

No âmbito deste estudo, foi-nos ainda possível comparar a prevalência de Depressão nos homens com a dos seus cônjuges/companheiras, pela partilha, já intencional desde a fase de concepção deste trabalho, de dados recolhidos por um outro elemento da nossa equipa, que estudou a ocorrência de D.P.N. nas mulheres.

Assim, utilizando a cotação do EPDS global de Depressão ocorrida em cada um dos momentos de avaliação e o coeficiente de correlação R de Spearman como teste estatístico, concluímos que a ocorrência de Depressão nos homens, se relacionava positivamente com a Depressão do seu respectivo par, mas apenas no período de gravidez essa relação tinha significado estatístico ($R=0,242^*$; $p=0,005$) (tabela 21).

No período pós-natal, os resultados evidenciavam que existia, igualmente, uma relação positiva entre a Depressão nas mulheres e os respectivos maridos/companheiros, embora sem significado estatístico, para o nível de significância $< 0,05$.

Tabela 21 - Correlação do EPDS nos diferentes momentos de avaliação entre mulheres e respectivos maridos/companheiros

| Correlação do EPDS | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mulher | Homem | | |
| | 36ª semana | 2ª semana | 6ª semana |
| 36ª semana | $R=0,242^*$; $p=0,005$ | $R=0,182$; $p=0,164$ | $R=0,126$; $p=0,339$ |
| 2ª semana | $R=0,120$; $p=0,361$ | $R=0,177$; $p=0,175$ | $R=0,125$; $p=0,343$ |
| 6ª semana | $R=0,102$; $p=0,438$ | $R=0,192$; $p=0,141$ | $R=0,176$; $p=0,178$ |

*- A correlação é significativa a 0.01 (2 caudas)

Para além da análise anterior, pretendemos igualmente verificar em qual dos grupos (homens e mulheres) os níveis de depressão são mais graves. Para isso, efectuamos uma análise das médias da pontuação EPDS em cada um dos momentos e para cada um dos grupos. Concluímos, que a Depressão nos homens é, em geral, menos grave do que na mulher ao longo dos diferentes

momentos de avaliação, sendo essa mesma diferença mais elevada na 6ª semana P.N. (diferenças de médias = 1,56; 1,75 e 2,52, respectivamente).

Tabela 22 – Diferenças de médias de EPDS nos diferentes momentos de avaliação entre mulheres e respectivos maridos/companheiros

| EPDS | | Homem | Mulher |
|----------------------------|----------------------|-------------|--------|
| 36ª semana Gravidez | Média | 4,47 | 6,03 |
| | Desvio padrão | 2,952 | 4,132 |
| | Diferenças de médias | 1,56 | |
| 2ª semana Pós Natal | Média | 5,87 | 7,62 |
| | Desvio padrão | 3,520 | 5,542 |
| | Diferenças de médias | 1,75 | |
| 6ª semana Pós Natal | Média | 6,68 | 9,2 |
| | Desvio padrão | 4,069 | 5,863 |
| | Diferenças de médias | 2,52 | |

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa fundamental num processo de investigação por permitir pôr em relevo os dados mais significativos que foram encontrados e confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa. É nesta fase, que se discutem também as inferências tornadas possíveis, após a aplicação dos testes estatísticos, constituindo-se um momento de enriquecimento do conhecimento científico.

Assim, neste capítulo, procederemos à análise e discussão dos resultados em função dos objectivos traçados e das hipóteses enunciadas para o estudo, confrontando-os também com os dados de investigações realizadas por outros autores.

A dimensão e características da nossa amostra podem, de certa forma, dificultar a análise de determinados resultados, ficando a dúvida da representatividade dos mesmos em relação à população geral. Verificamos que o nível de instrução é ligeiramente superior ao da população geral, o que poderá significar que o acesso às consultas de especialidade são limitados a determinado tipo de utentes. O rendimento familiar mencionado pelos participantes parece não ter uma distribuição de acordo com os níveis de instrução, o que pode significar a intenção voluntária de não o revelar, por sentimento de invasão da privacidade ou simplesmente por entenderem que é um aspecto que deve ser salvaguardado de curiosidades alheias.

A prevalência de Depressão na gravidez (EPDS) no nosso estudo, é reforçada pela existência de uma relação estatisticamente significativa com o HADS, quer na escala de ansiedade, quer na de depressão, em qualquer dos momentos de avaliação. Contudo, com a utilização de uma entrevista clínica ter-se-ia podido analisar com maior clareza a presença de Depressão e/ou sintomatologia depressiva a que nos reportamos.

A prevalência da depressão no período de gravidez das mulheres/companheiras, (36^a semana), foi por nós analisada. Pudemos verificar que 3% dos homens já apresentavam critérios de depressão para um valor EPDS situado entre os “13 e 30”, não sendo, no entanto, possível avaliar a severidade desses sintomas. De realçar que nesta fase a amostra ainda era constituída por 66 elementos, tendo-se verificado posteriormente a perda de 6.

Pudemos também constatar que no total dos 60 homens do 2^o momento do nosso estudo, o número de deprimidos (com o critério de EPDS igual ou superior a 13) aumentou para 5%, surgindo também 7% de novos casos numa zona considerada de risco (EPDS superior a 10 e menor ou igual

a 12). Na 6ª semana Pós-Natal, o número de deprimidos aumentou para 9 casos. Assim, verificamos no final do estudo, uma taxa de prevalência de 15%, (3% na 36ª semana de gravidez) e uma taxa de incidência de 12%. Estes resultados aproximam-se de valores encontrados num estudo realizado a 92 casais por Dudley et al.⁽³¹⁾, em que a prevalência era de 11%. De referir, no entanto, que os valores considerados para “Caso de Depressão” e o tempo de estudo não são totalmente coincidentes (O autor considerou “Caso de Depressão” para EPDS \geq 12 e tempo de estudo 1-6 meses Pós-Natal), o que poderá dificultar a ilação directa sobre comparabilidade dos resultados.

Também, Areias et al.⁽⁷⁸⁾ num estudo realizado a 42 pais encontraram uma incidência de 4,8% para o pós parto imediato e 23,8% para um período entre os três e os doze meses Pós-Natais, mas também neste estudo, os dados podem não ser directamente comparáveis porque, por um lado, o período de tempo definido é diferente e por outro, os critérios utilizados para “Caso de Depressão” são os da entrevista psiquiátrica estandardizada SADS, porventura mais restritivos do que os do nosso estudo.

Também Lane et al.⁽⁷⁹⁾ num estudo realizado com 370 casais, identificou uma taxa de prevalência de 1 a 2% nos homens ao fim de 6 meses pós-natais, com valores de EPDS idênticos aos do nosso estudo.

De facto, os nossos resultados não são totalmente convergentes com os dos estudos referidos, mas julgamos que esta variabilidade de resultados, pode, como já referimos, dever-se ao facto de serem utilizados diferentes instrumentos de avaliação, de as amostras serem constituídas com diferentes critérios de exclusão, e de serem considerados diferentes intervalos de tempo. No entanto, e tal como no estudo de Areias et al.⁽⁷⁸⁾, verificamos que a Depressão aumenta após o nascimento do bebé, pelo que, em convergência com a maior parte dos estudos realizados^(10,42), também concluímos na nossa investigação que existe um aumento Pós-Natal na ocorrência de Depressão, demonstrando que o nascimento tem um papel desencadeador neste tipo de perturbação^(9,80,81).

Apesar do consenso em relação à importância de variáveis demográficas, os mecanismos causais subjacentes às relações entre factores demográficos e distúrbios afectivos permanecem obscuros. Um tipo de explicação sugere que os factores demográficos servem para “camuflar” alguns factores sociais.

Os resultados evidenciaram que a Depressão Pós-Natal não está relacionada de forma clara com a idade. Estes resultados são consistentes com os de outros estudos que afirmam a inexistência de relação entre estas duas variáveis.^(34,38) De forma diversa, encontramos uma associação com significado estatístico da Depressão com o tipo de profissão. Não vimos o mesmo padrão reflectido noutros estudos, mas poderá ser que ele se encontre sobrelevado na nossa população, por ser a instabilidade profissional, neste momento, um aspecto central das preocupações das pessoas

nalgumas zonas do país, aumentando os níveis de ansiedade quando se perspectiva um acontecimento de vida importante. Esse aumento da ansiedade é tanto maior quanto maior for o cargo e a responsabilidade.

Pudemos também verificar que os traços de personalidade prévia “Extroversão” e “Neuroticismo” se associavam com a Depressão. Os nossos resultados reforçam assim os encontrados noutras investigações que evidenciam que a personalidade prévia do tipo neurótico predispõe à D. P. N. (22,32,82). Assim, quanto mais neurótico e mais introvertido fosse o homem, maior a probabilidade de deprimir após o nascimento do filho.

A rede de suporte social é descrita em inúmeros estudos como factor que detém grande influência na ocorrência de depressão, sendo que um baixo nível de suporte social predispõe para a ocorrência de Depressão (34,39,46,83). O nosso estudo também reforça os resultados de investigações anteriores a este respeito, encontrando uma forte associação entre a Depressão nos vários momentos e a dimensão da rede de suporte e a qualidade da mesma.

Encontramos no nosso estudo alguma dificuldade em fazer a distinção entre o suporte geral recebido e aquele de que os indivíduos precisam o que pode ter várias componentes causais, desde logo o desconhecimento dos recursos de que dispõem ou a que têm acesso. Torna-se por isso indispensável realçar que, neste caso, a medida de Suporte Geral recebido ou percebido não sofreu nenhuma diferenciação, não sendo por isso legítimo atribuir os resultados a uma das situações descritas isoladamente. Tendo em consideração esses pressupostos, verificamos no nosso estudo, que uma Rede de Suporte Geral de pequena dimensão se relaciona negativamente, com significado estatístico, com um aumento dos níveis de D.P.N.

Encontramos também autores que descrevem a mesma tendência, referindo no entanto, que esta associação por si só não é evidente, pois poderá haver outros factores que não estejam a ser tidos em conta e que sejam motivo de confusão (32,41)

Relativamente aos acontecimentos de vida, a nossa avaliação apoiou-se no registo realizado para os dois acontecimentos mais importantes ocorridos no último ano, em âmbito da resposta ao Social Support Network Inventory, e na sua classificação de acordo com as categorias definidas por Paykel. Verificamos que estas categorias só apresentam uma relação estatisticamente significativa com a presença de Depressão na 36ª semana de gravidez; estes dados não corroboram com os resultados obtidos por outros autores, usando métodos mais exaustivos de avaliação desta variável, nomeadamente Paykel, citado por Areias (32). De destacar também aqui, que as diferenças se podem dever ao facto de termos apenas um registo prévio ao nascimento, e de não termos recolhido após o nascimento qualquer informação sobre acontecimentos de vida. Outro aspecto que deve ser considerado é que, pela metodologia utilizada, apenas se dá a possibilidade aos participantes de

indicar no máximo dois acontecimentos relevantes da sua vida, sendo que esse número não permite uma discriminação clara entre os indivíduos (variação entre 0 e 2).

Importa também realçar que, tal como noutros estudos, ^(80,84) encontramos uma relação positiva entre Depressão e ansiedade, constatando que os indivíduos com níveis de ansiedade mais elevados têm maior probabilidade de deprimir. A literatura científica também se tem debruçado sobre alguns aspectos da sobreposição entre sintomatologia ansiosa e depressiva que podem, neste caso, contribuir para o aumento da associação.

Para além das variáveis demográficas, psicossociais e clínicas, também abordamos algumas variáveis obstétricas, onde verificamos que existe relação, com significado estatístico, entre a Depressão e a gravidez não planeada. O planeamento, por norma, exige ponderação, avaliação, reflexão, o que permite por certo, a introdução de um conjunto de modificações no meio ou no indivíduo, permitindo alterações atempadas na sua estrutura, proporcionando a adaptação eficaz⁽³²⁾. Estes resultados são corroborados com algumas investigações que indicam o planeamento da gravidez como uma variável com valor preditivo em relação a esta patologia⁽³⁶⁾.

Da mesma forma, quando analisamos a relação entre D.P.N. e o tipo de parto actual, verificamos que há uma relação estatisticamente significativa, o que prediz que quando os participantes estavam deprimidos na gravidez das mulheres/companheiras, ocorriam mais frequentemente complicações de parto. Por outro lado, quanto mais complicado o parto, maior a probabilidade dos participantes se encontrarem deprimidos às segunda e sexta semanas Pós-Natal.

No entanto, quando fazemos a análise para o tipo de parto anterior, verificamos que não há relação com significado estatístico. Essa diferença pode ser explicada, como defende Folkman⁽⁶⁴⁾, pela adopção de estratégias de *coping* eficazes, o que permitirá ao indivíduo uma adaptação derivada da aprendizagem anterior, pois há autores que defendem que variáveis de índole médica podem constituir factores de risco para o desenvolvimento de Depressão. Verdoux, et al. ⁽⁸⁵⁾ estudaram essa relação, tendo concluído que a exposição a complicações obstétricas se associam a sintomas depressivos mais intensos, podendo aumentar a severidade da sintomatologia P.N.

Um outro resultado pertinente e que contraria uma das nossas expectativas iniciais, tem lugar na análise da influência que a Depressão num membro do casal teria na ocorrência de Depressão no respectivo par. Verificamos que a Depressão nos maridos/companheiros se associava com os níveis de Depressão nas mulheres, mas essa relação só era significativa para o período de gravidez. Verificamos assim que, na nossa amostra, esta relação não se manifestou tão forte como a encontrada noutros estudos que evidenciavam que a ocorrência de Depressão nos homens e nas respectivas mulheres/companheiras se influenciavam mutuamente^(86,87,88) ou seja, que os homens tinham mais tendência a deprimir quando as mulheres/companheiras também se encontravam

deprimidos. No entanto, esses estudos longitudinais, ao contrário do nosso, seguiam os participantes até seis a doze meses pós-natais, o que naturalmente poderia propiciar uma reação dos inquiridos às Depressões nas companheiras. O período de tempo que utilizamos não permitirá, por isso, tão facilmente a verificação de novas ocorrências depressivas Pós-Natais nos homens em reação às das suas companheiras.

Dado que utilizamos diferentes instrumentos de avaliação para Depressão, importa também referir, agora, a concordância que eles apresentam entre si. Assim, verificamos que a prevalência de Depressão (EPDS) no nosso estudo é reforçada pela existência de uma relação estatisticamente significativa com o HADS, quer na escala de ansiedade, quer na de depressão, em qualquer dos momentos de avaliação. Contudo, com a utilização de uma amostra clínica maior, ter-se-ia analisado com maior clareza a presença de Depressão e/ou sintomatologia depressiva a que nos reportamos.

Se olharmos para a distribuição dos casos de Depressão na amostra ao longo do tempo, é possível notar que existe um claro aumento após o nascimento do bebé. Se compararmos ainda dentro do período pós-natal inicial, mas entre a 2^a e a 6^a semana, esse aumento é ainda mais evidente.

Podemos, portanto, concluir e reiterar a nossa hipótese de que para os homens existe um aumento da Depressão no período P.N. relativamente à gravidez da mulher/companheira.

Nesta fase da discussão, entendemos que seria lógico organizar as conclusões que nos foi sendo possível aferir ao longo do estudo, de acordo com as hipóteses formuladas no capítulo correspondente e que nos serviram de guia orientador.

- *As circunstâncias demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas estão relacionadas e predizem com a ocorrência de sintomatologia depressiva no homem, durante a gravidez da companheira.*

Da análise às correlações entre a Depressão e as variáveis demográficas, pudemos concluir que existia correlação para a idade, estado civil, profissão e rendimento familiar, durante a gravidez da mulher/companheira, e que essa correlação, nesse período só não tinha significado estatístico para a variável idade.

Relativamente às variáveis psicossociais, encontramos uma relação negativa entre a dimensão da rede de suporte social, as cotações de suporte geral e relativa a acontecimentos de vida e os traços de personalidade prévia extroversão/introversão, para o período de gravidez. Assim, podemos dizer que quanto menor for a rede de suporte social, a cotação de suporte geral e de suporte relativo a acontecimentos de vida, maior será a probabilidade de deprimir. Estes resultados têm significado

estatístico para a dimensão da rede e para a rede de suporte geral. Por outro lado, a associação da Depressão com as categorias dos acontecimentos de vida, o neuroticismo/estabilidade e com as variáveis clínicas, sintomas de ansiedade e de depressão, é positiva, e também aqui com significado estatístico.

Todas as variáveis obstétricas, (planeamento de gravidez, tipo de parto anterior e tipo de parto actual), relacionam-se positivamente com Depressão, e com significado estatístico. Podemos então dizer que o facto de não existir planeamento da gravidez, ou de terem existido complicações no parto anterior prediz a ocorrência de Depressão durante a gravidez. Por outro lado, há uma maior probabilidade de ocorrerem complicações no parto actual nos casos em que os homens apresentam Depressão durante a gravidez.

- *As circunstâncias demográficas, psicossociais clínicas e obstétricas estão relacionadas e predizem a ocorrência de sintomatologia depressiva no homem, na segunda e sexta semanas pós natais.*

No que se refere aos segundo e terceiro momentos de avaliação do nosso estudo, verificamos que as variáveis demográficas (estado civil e profissão) mantêm a predição de ocorrência de Depressão, e que essa tendência mantém significado estatístico. A idade e o rendimento familiar, apesar de também se relacionarem positivamente, não têm significado estatístico, o que já acontecia para o período de gravidez no caso da idade. No estudo desta hipótese, verificamos também que para as variáveis psicossociais, (categorias de acontecimentos de vida, dimensão da rede de suporte social, cotações de suporte geral e de suporte relativo a acontecimentos de vida, traços de personalidade prévia), clínicas (sintomas de ansiedade e sintomas de depressão) e as variáveis obstétricas (planeamento de gravidez, tipo de parto anterior e tipo de parto actual), mantêm a relação que existia no período de gravidez, com excepção do rendimento familiar, categorias de acontecimento de vida, e tipo de parto anterior que apesar de manterem as relações anteriormente verificadas, agora não têm significado estatístico.

- *A ocorrência de sintomatologia depressiva durante a gravidez da mulher/companheira, prediz a ocorrência de sintomatologia depressiva nas 2ª e 6ª semanas de pós-parto.*

Outro resultado de extrema importância no nosso estudo, quando comparamos os diferentes momentos em termos de evolução dos níveis de Depressão foi a constatação de um aumento significativo e progressivo dos homens deprimidos da gravidez da mulher para o período Pós-Natal, e da 2ª para a 6ª semana. Verificamos ainda que aqueles que se encontravam com sintomatologia depressiva na 36ª semana, apresentavam Depressão de maior severidade na 2ª e 6ª semanas.

Estes resultados reforçam os encontrados noutros estudos, que revelaram que a prevalência de perturbação depressiva era significativamente maior nos homens no período pós natal em relação com o período de gravidez da mulher/companheira, demonstrando que o nascimento tem um papel desencadeador neste tipo de perturbação ⁽⁹⁾.

- *A prevalência de Depressão na segunda e sexta semana Pós-Natal é maior do que durante a gravidez.*

Se olharmos para a distribuição dos casos de Depressão na amostra ao longo do tempo, é possível notar que existe um claro aumento após o nascimento do bebé. Se compararmos ainda dentro do período P.N. inicial, mas entre a 2ª e a 6ª semana, esse aumento é ainda mais evidente.

Podemos, portanto, concluir e reiterar a nossa hipótese de que existe um aumento da Depressão no período Pós-Natal relativamente à gravidez.

Estas conclusões não diferem, das referidas por vários autores, que apontam para que a prevalência da Depressão é maior no período P.N. relativamente à gravidez ⁸⁹, Contudo, estas vêm contrariar as apresentados por outros autores, que sugerem que as diferenças não são significativas ⁽¹⁰⁾.

- *A prevalência de D.P.N. nos homens associa-se com a ocorrência de perturbação depressiva nas mulheres/companheiras em momento anterior ou posterior.*

Um outro resultado pertinente e que contraria uma das nossas expectativas iniciais, tem lugar na análise da influência que a Depressão das mulheres/companheiras teria na ocorrência de Depressão nos homens.

Verificamos que a Depressão nos maridos se associava com os níveis de Depressão nas mulheres, mas essa relação só era significativa para o período de gravidez.

Verificamos assim, que na nossa amostra esta relação não se manifestou tão forte como a encontrada noutros estudos, que evidenciavam que a ocorrência de Depressão nos homens e nos respectivos pares se influenciavam mutuamente ^(90,91) ou seja, que os homens tinham mais tendência a deprimir quando as mulheres/companheiras também se encontravam deprimidas e vice-versa.

Este resultado deixa em aberto num eventual futuro estudo, o alargamento do tempo de avaliação, afim de podermos avaliar, num espaço de tempo mais alargado, se a D.P.N. num dos elementos do casal influencia ou não a ocorrência da mesma no outro elemento.

Por último, constatamos que a Depressão nas mulheres assumiam níveis de gravidade mais elevados do que a dos seus respectivos maridos/companheiros, independentemente do momento de avaliação.

4 CONCLUSÕES

A realização deste estudo teve como principal propósito conhecer e analisar a Depressão nos homens que vão ter ou que tiveram recentemente um filho.

Para tal, desenvolvemos um estudo alicerçado numa extensa pesquisa bibliográfica e na análise de investigações publicadas neste domínio científico, e que teve os seguintes objectivos:

- Analisar as associações entre a Depressão no período de gravidez da mulher/companheira, a D.P.N. e um conjunto de variáveis demográficas, psicossociais, clínicas e obstétricas seleccionadas.
- Analisar e comparar os padrões de ocorrência de Depressão no período de gravidez da mulher/companheira e período P.N. inicial, nos homens.
- Comparar a prevalência de D.P.N. nos homens e nas suas respectivas mulheres/companheiras.

Em jeito de conclusão, poderemos sintetizar os aspectos mais salientes da nossa investigação:

A ocorrência de Depressão ao longo dos três momentos de avaliação tende a ter níveis mais elevados no período Pós-Natal, atingindo o seu pico na 6ª semana, que corresponde ao último momento de avaliação deste estudo.

Os homens têm mais tendência a deprimir no período pós parto em relação ao período de gravidez da mulher /companheira. Há factores como o estado civil, a profissão, a dimensão da rede de suporte social, a cotação de suporte geral e de suporte relativo a acontecimentos de vida, os traços de personalidade prévia, a ansiedade, o planeamento da gravidez e tipo de parto, que influenciam o surgimento dessa sintomatologia depressiva.

Podemos concluir igualmente que os homens apresentam níveis de depressão mais baixos, em qualquer um dos momentos de avaliação, assim como na prevalência cumulativa no final da 6ª semana P.N., quando comparada com as suas respectivas mulheres/companheiras.

No nosso estudo, verificamos também que a Depressão nos homens apenas se correlacionava positivamente, com significado estatístico, com a Depressão nas mulheres/companheiras durante a

gravidez. No período Pós-Natal, essa correlação mantinha-se, mas desta vez sem significado estatístico.

Consideramos que o nosso estudo permitiu alargar horizontes no conhecimento sobre a D.P.N. em Homens, encontrando novos dados que reforçam os existentes, e que nos relembram, enquanto profissionais de saúde, que o processo de gravidez e de parentalidade é vivenciado por um casal, sendo que qualquer dos elementos pode ser mais afectado ou pode desenvolver uma reacção maladaptativa.

Realçamos como pontos fortes do nosso estudo, o facto de termos investigado uma patologia pouco abordada pela comunidade científica internacional, assim como a dimensão da nossa amostra que conseguiu incluir 60 homens num seguimento prospectivo desde a gravidez até 6 semanas Pós-Natais, com repetição das mesmas medidas.

Uma das mais valias do nosso estudo é a de identificar constelações de factores de risco para a D. P. N. nos homens que permitirão aos profissionais de saúde fazer a detecção e prevenção precoce destes acontecimentos e eventual encaminhamento para intervenção aos elementos do casal, salvaguardando assim, situações futuras no bebé .

Como é salutar em ciência conquistar gradualmente o distanciamento que garanta espírito crítico sobre as limitações e pontos fracos do estudo que se empreendeu, podemos dizer que, percorrido este caminho, a panorâmica é mais larga e clara. Assim, não gostaríamos de deixar de destacar os seguintes aspectos que considerámos mais frágeis no nosso estudo:

As limitações metodológicas, das quais destacamos o facto de termos utilizado apenas um questionários de auto-resposta para avaliação de sintomatologia de Depressão e de ansiedade, que embora sejam utilizados na investigação da temática da D.P.N., em inúmeros países, não permitem efectuar o diagnóstico da presença de um episódio depressivo, com o rigor de uma entrevista clínica. No nosso estudo, não fizemos portanto o registo de um diagnóstico com os critérios restritivos e *standard* das classificações nosológicas psiquiátricas, mas registamos sintomatologias que, a partir de um certo nível, são consideradas com significado clínico. Esta metodologia não nos permite também saber o que ocorre com outras perturbações psicopatológicas para além das de cariz depressivo e ansioso, comparando taxas de ocorrência e de novas ocorrências..

Deste ponto de charneira, importa também sublinhar, de entre os trilhos que percorremos, quais os que pensamos que poderão ser alargados em futuras investigações e que poderão abrir “portas de conhecimento” ainda não exploradas, ou aprofundar pistas já lançadas.

Não poderíamos terminar sem deixar no ar algumas questões que apesar de não termos agora resolvido ou discutido, deixam em nós a curiosidade de um dia, com o prolongamento deste estudo, encontrar as respostas:

- Como se desenvolverão as crianças cujos pais manifestaram Depressão?
- Que relação existirá entre a Depressão agora identificada e a consistência vivencial do casal?

Embora dando esta dissertação como terminada, estamos convictos de que a curiosidade nos obrigará a recomencá-la tentando dar respostas às questões que agora se levantam.

5 BIBLIOGRAFIA

- ¹Depressão [acesso em 2007 set 9]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/printversion?contentguid={80c652f2-a150-4125-aa51-b16beba5d930}>
- ² Serrão D. Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer, In: Serrão D, editor. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: 1995. p. 5: 83 - 93
- ³ McIntyre Teresa Mendonça. Aspectos Positivos do Sofrimento. In : O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares. Braga: 1995. p. 125 – 131
- ⁴ Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*. 2001. p.175–184
- ⁵ Vemy T, Kelly J. *La Vida Secreta del Niño antes de Nacer*. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Urano; 1988
- ⁶ Sharp D, Hay D, Pawlby S. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal Child Psychol Psychiatry*. 1995. p.1315-1336
- ⁷ Hay D, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child Psychiatry and Human Development*; 1995. p. 165-181
- ⁸ Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *British Journal Psychiatry*. 1993. p. 210-216.
- ⁹ Ballard CG, Davis R, Cullen PC. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*. 1994. p. 782-788.
- ¹⁰ Areias MEG, Kumar R, Barros R, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*. 1996. p. 36-41.
- ¹¹ Barreto JT. Classificação Nosológica das depressões: aspectos actuais: II Colóquio sobre Depressões e seu Tratamento. Figueira da Foz: Produtos Farmacêuticos Geigy; 1973. p. 23-37

-
- ¹² Bleichman HB. Depressão: um estudo psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
- ¹³ Teixeira JAC, Branco A. Fenomenologia da dor moral. *Psiquiatria Clínica*. 1989. p. 31-34.
- ¹⁴ Teixeira JAC, Resende IP. Depressões: alguns aspectos fenomenológicos e existenciais. *Psiquiatria clínica*; 1985. p. 217-221.
- ¹⁵ Fernandez, Ballesteros R. Introducción a la evaluación psicológica I. Madrid: Ediciones Pirámide; 1995.
- ¹⁶ Gouveia J.A.V.P. Factores cognitivos de vulnerabilidade para a Depressão: Estudo da sua interação com os acontecimentos de vida. [Teses de Doutoramento em Psicologia Clínica] Coimbra: Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação; 1990.
- ¹⁷ Guz I. Depressão: O que é, como se diagnostica e trata. São Paulo: Roca; 1990.
- ¹⁸ Bandura A. Human agency: the rethoric and the reality. *American Psychologist*; 1991. p. 157-162.
- ¹⁹ Skinner BF. Science and human behaviour. New York: Free Press; 1953.
- ²⁰ Shapiro MB, Neufeld L. Experimental study of depressive illness. *Psychol. Rep*; 1962. p. 10, 5-90.
- ²¹ Seitz FC. Behavior modification techniques for treating depression: *Psychoterapy Theory. Research and Prattice*. 1971; 8 : p.181-184.
- ²² Beck At., Rush Aj, Shaw Bf, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.
- ²³ Vaz Serra A. Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos. *Psiquiatria clínica*. 1989; 10; 3: p. 149-155.
- ²⁴ Relvas JS. Locus de controlo e Depressão, influência das expectativas de controlo de reforço na etiopatogenia e manifestações da Depressão [Tese de doutoramento] Coimbra: 1985.
- ²⁵ Rehm LP. A self-control of depression. *Behavior Therapy*. 1977; 8: p. 787-804.
- ²⁶ Coyne JC. Tward an internactional description of depression. *Psichiatry*. 1976. (39): p. 28-40.

-
- ²⁷ Hamilton Ja, Kumar R. The identity of postpartum psychosis, In: Brockington If. Editor. *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press Inc. Ltd; 1982
- ²⁸ Lai JY, Huang TL. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58: p. 157-162.
- ²⁹ Wisner KL; Perel JM; Blumer J. Serum sertraline and N-desmethylsertraline levels in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 1998. p. 155:5, 690-2.
- ³⁰ O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984; 93(2): p.158-171.
- ³¹ Dudley M, Roy K, Kelk N. Bernard D. Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2001;(19): p. 187 – 202.
- ³² Areias MEG. *Maternidade e Depressão no Casal* [Tese de Doutorado]. Porto: 1994.
- ³³ May.Ballone GJ. *Depressão Pós-Parto* [acesso em 2007 Dez 18]. disponível em <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto>.
- ³⁴ O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996. p. 37-54
- ³⁵ Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*. 2001. 5; (50): p. 275-285
- ³⁶ Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly, I. Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2000. 1; (18): p. 5-10
- ³⁷ Righetti Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A., Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. 1998. 3; (49): p.167-180.
- ³⁸ Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*. 2002. 8 ; (5): p.240-246.

-
- ³⁹ Brugha TS, Sharp HM., Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, et al. The Leicester 500 Project: Social support systems and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*. 1998.1 ; (28): p. 63-79.
- ⁴⁰ Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002. 6; (106): p. 426-433
- ⁴¹ Logsdon, C., Birkimer, J. C., & Usui, W. M. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African American women with low incomes. *American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2000. 5; (25): p. 262-266.
- ⁴² Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*. 2000. p-75-85.
- ⁴³ Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*. 1997. 1; (46): p. 39-49
- ⁴⁴ Berthiaume M, David H, Saucier JF, Borgeat F. Correlates of gender role orientation during pregnancy and the postpartum. *Sex Roles*. 1996. p.781-800
- ⁴⁵ Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996. p. 351-358.
- ⁴⁶ Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey A R, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001. p. 69-74
- ⁴⁷ Dimitrovsky L, Lev S, Itskowitz R. Relationship of maternal and general self acceptance to pre and postpartum affective experience. *Journal of Psychology*. 1998. p. 507-516.
- ⁴⁸ Priel B, Besser A. Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1999. p- 240-253.

-
- ⁴⁹ Demyttenaere K, Lenaerts H, Nijs P, Van-Assche FA. Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995. p. 95-102
- ⁵⁰ Bifulco A, Figueiredo B, Guédeney N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry Suppl*. 2004. p. 31-37
- ⁵¹ Maldonado Maria T Pereira. *Psicologia da gravidez*. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1982
- ⁵² [Homepage.oninet.pt/517mbw/Publicacao: SEP-Relacoes Familiares no Pos Parto.PDF](http://Homepage.oninet.pt/517mbw/Publicacao:SEP-RelacoesFamiliaresnoPosParto.PDF); 2006
- ⁵³ Feinenmann J. *Surviving the baby blues*. Local: Âmbar. Complexo Ind. Gráfico SA; 2000.
- ⁵⁴ Caplan G. *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavior Publications; 1979
- ⁵⁵ Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research*. 2001. p. 563-574
- ⁵⁶ Merchant DC, Affonso DD, Mayberry LJ. Influence of marital relationship and child-care *stress* on maternal depression symptoms in the postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1995. p. 193-200.
- ⁵⁷ Strelau J. Temperamental dimensions as co-determinants of resistance to *stress*. In : M.P. Janisse editor. *Individual differences, stress, and health psychology*. New York: Springer-Verlag; 1988. p. 146-170
- ⁵⁸ Hall LA, Kotch JB, Browne D, Rayens MK. Self esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. 1996. p. 231-238
- ⁵⁹ Sarason IG, Levine HM, Sarason BR. Assessing the impact of life changes. In: T. Millon, C. Green, & R. Meagher editors. *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press; 1982. p. 377-400.
- ⁶⁰ Seyle Hans. History of the *stress* concept , In: *Handbook of stress: theoretical and clinical Aspects*. New York; 1993. p. 7 – 15.

-
- ⁶¹ Ogden Jane. *Psicologia da Saúde*, In: *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Quarteto; 1999. p. 255
- ⁶² Lazarus RS. *Psychological Stress and Coping Process*. New York: Mc Graw Hill; 1996
- ⁶³ Lazure Hèléne. *Viver a relação de ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: lusodidacta; 1994
- ⁶⁴ Folkman S. *Personal Control and Coping Processes: a theoretical analysis*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 4: p. 839 – 85
- ⁶⁵ Angst J. *Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies* *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 2002. pp. 252(5); 201-9
- ⁶⁶ Kuhener C. *Gender differences in unipolar depression: an updating of epidemiological findings and possible explanations*. *Acta Psychiatr Scand*. 2003. p. 168-74.
- ⁶⁷ Wilhem, K. Parker, G *Sex difference in the lifetime prevalence of depression: fact or artefact?*. *Psychol Med*. 1994. p. 97-111.
- ⁶⁸ Wenzel, A, RA, Beck AT. *Are There any differences in frequency of self reported somatic symptoms of depression?* *J Affect Disord*; 2005. pp. 89(1-3); 177-81.
- ⁶⁹ Rouillon F. *Epidemiologie dès malades mentales*. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale Psychiatrie* ; 1985. p. 3787.
- ⁷⁰ Kaplan HG, Sadock B. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- ⁷¹ Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiat Scand*. 1983. p. 361-70.
- ⁷² Cox JL, Holden JM, Sagovski R. *Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale*. *Brit J Psychiat*. 1987. p. 782-6.
- ⁷³ Eysenck HJ. Eysenk SBG. *Cuestionario de Personalidad EPI: Manual*, 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1994
- ⁷⁴ Flaherty J, Gaviria FM, Pathak DS. *The measurement of social support: The Social Support Network Inventory*. *Compreh Psychiat*. 1981. p. 521-9.

-
- ⁷⁵ Paykel Es, MC Guinness B, Gomez J. An anglo-american comparison of the scaling of life events. *Brit J Med Psychol.* 1976 ; 49 p. 237-47
- ⁷⁶ Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillon de la population. *Courier*; 1956: 6: 455
- ⁷⁷ Fortin Marie Fabiene. *O Processo de Investigação: Da Concepção à realização*, 3^a ed. Loures: Lusodidacta; 2003.
- ⁷⁸ Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry.* 1996. p. 30 – 35.
- ⁷⁹ Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry.* 1997. p. 550 – 555
- ⁸⁰ Mcneil TF. A Prospective study of post partum episodes. *Acta Psychiatr Scand.* 1986. p. 205-216.
- ⁸¹ Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology.* 2003. p. 14-24.
- ⁸² Kane JFJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV* (KAPLAN HI and SADOCK BJ (eds), Williams and Wilkins, Baltimore; 1985.
- ⁸³ O'Hara MW. Sustentação, eventos de vida, e depression sociais durante a gravidez e o puerperium. *Psychiatry 43 do Gen do arco* .1986. p. 569-573
- ⁸⁴ Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*; 1993. p. 65-72
- ⁸⁵ Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2002. p. 212-219.
- ⁸⁶ Lamperrière T, Rouillon T, Lépine JP. Troubles Psychiques liés à la puerpéralité. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* Paris; 1984. p. 37 ;660-10.

⁸⁷ Lebovici S, Rabain-Lebovici. Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M editores. Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Paris: PUF; 1995. p. 2777-2791.

⁸⁸ Fradique F. Depressão Puerperal : Prevenir ou Remediar ?. In: Almeida JP, Botelho I, Geda M, Justo editores. A Psicologia nos Serviços de Saúde Primários. Lisboa: APPORT; 1990

⁸⁹ Gainer M, Van Bonn P. Two factors affecting the cesarean delivered mother: father's presence at the delivery and postpartum teaching.[Tese de Mestrado]: University of Michigan; 1977.

⁹⁰ Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 1998. p. 38-43.

⁹¹ Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. British Journal of Psychiatry. 2000. p. 83-85.