

**REVISÃO SISTEMÁTICA: RELAÇÃO ENTRE  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO, CONJUGALIDADE E LÓCUS DE CONTROLE**

**Silvana Giacomelli Tavares**

**Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização  
em Terapia Cognitiva Comportamental sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giana Bitencout Frizzo**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Porto Alegre, Fevereiro 2011**

## Sumário

Resumo .....	2
Abstract.....	3
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	4
1.1 Depressão.....	5
1.2 Depressão Pós-parto .....	6
1.3 Depressão pós-parto e Conjugalidade .....	10
1.4 Depressão pós-parto e Locus de Controle .....	13
CAPÍTULO II - MÉTODO .....	18
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	20
CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS .....	28

## Resumo

O pós-parto destaca-se como período de risco, onde as alterações físicas e hormonais, aspectos psicossociais e psicológicos somados, podem resultar em sintomatologia, como a depressão pós-parto. As relações entre as variáveis, transtorno de humor, relacionamento conjugal e crença no controle dos acontecimentos justificam o presente artigo, cujo objetivo é revisar produções científicas nacionais, utilizando os indexadores 'depressão pós-parto', 'conjugalidade' e 'locus de controle', nos últimos 10 anos, nas bases de dados LILACS E SciELO. Foram analisados sistematicamente 27 artigos, excluindo-se estudos sobre melancolia da maternidade e psicose puerperal, considerando-se puerpério o período após o parto, entre 15 dias e o primeiro ano do bebê. Os delineamentos, instrumentos utilizados e principais resultados dos artigos apontam reciprocidade entre esses construtos. O locus de controle mostra relação com a conjugalidade, a qual influencia a ocorrência da depressão pós-parto, e esta reforça a percepção de ausência de controle, intensificada pelo relacionamento conjugal. Os estudos sugerem que eventos adversos como estresse, suporte conjugal e apoio limitados e desconhecimento do transtorno aumentariam o desequilíbrio, e relações afetivas conjugais preservadas agiriam como promotores da saúde mental.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto; relacionamento conjugal; locus de controle.

### **Abstract**

The postpartum stands out as a period of increased psychiatric risk. Physical and hormonal changes, added psychosocial and psychological aspects, may end up in symptomatology, like a postpartum depression. The relationship among these variables, mood disruption, conjugal relationship and belief in the control of the events, justifies the present article, which aim is to review national scientific productions using the indexes “postpartum depression”; “conjugal relationship” and “locus of control” in the last 10 years in the data bases LILACS and SciELO. Was selected 27 articles were systematically analysed. In order to characterize the postpartum depression, studies on maternity melancholy and puerperal psychosis were excluded from this theoretical analyses, and considering puerperal the period after the delivery, between 15 days and a year of the baby. The eyelinnings, instruments used and the main results of the selected articles point to the existence of reciprocity among these constructs. The locus of control appears related to conjugal relationship, which shows itself implied in the occurrence of postpartum depression, which in turn, shows itself provenient from the perception of lack of control, being this influenced by the conjugal relationship. Therefore, the studies suggest existing association among the conjugal relation, the puerperal moment and locus of control expectation. However, this is still an underexplored field, which recognizes the need of scientific studies covering these aspects.

**Key words:** Postpartum depression; marital relationship; locus of control.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

Depressão é um assunto de saúde pública (Moraes, Moraes, Veloso, Alves & Troccoli, 2000; Ruschi, Sun, Mattar, Chambô, Zandonade & Lima, 2007; Saraiva & Coutinho, 2007a; Mattar, Silva, Camano, Abrahão, Colás, Andalaft & Lippi, 2007), sem distinção de sexo, idade, classe socioeconômica, cultura, etnia, escolaridade, situação marital, paridade, trabalho remunerado e renda. Cabe ao serviço básico de saúde, especialmente ao médico e equipe de avaliação do pós-parto ou planejamento familiar, detectar possíveis riscos para o seu desenvolvimento. Eventos vitais onde há mudanças estruturais que exigem novas posturas têm um risco aumentado para a ocorrência de transtornos. A ocorrência da gestação, parto e, mais particularmente, o período pós-parto são propícios ao surgimento de problemas emocionais, os quais, de acordo com Frizzo e Piccinini (2005), afetam, além da puérpera, o bebê e o pai, influenciando todo o contexto familiar. Neste contexto, o puerpério se mostra uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável (Coutinho & Saraiva, 2008a,2008b).

A sintomatologia depressiva e os reforços ambientais relacionam-se e, segundo Guedes-Silva, Souza, Moreira e Genestra (2003), as reações emocionais modificam-se dentro de seu ambiente familiar e social imediato, ativando intensas ansiedades. A partir desta afirmação especificou-se os descritores compreendendo depressão pós-parto como distúrbio de humor depressivo, com efeitos psicoafetivos, psico-cognitivos, psicossomáticos e psico-comportamentais comprometedores e limitantes, ocorrido após o parto com ênfase na dificuldade em exercer os novos papéis advindos ao nascimento do bebê; conjugalidade como preocupação com foco no parceiro, si próprio e a relação conjugal, diferenciado de parentalidade, onde o foco é o cuidado com o bebê; lócus de controle, considerado como a crença do indivíduo a respeito de quem detém o controle sobre os acontecimentos da sua vida, podendo ser ele mesmo, outros poderosos ou o acaso.

A partir da constatação da incidência da depressão puerperal, de sua etiologia multideterminada, e a relevância de aspectos intervenientes no seu curso, início e prognóstico, considerou-se estabelecer correlação entre esta sintomatologia e o

relacionamento conjugal e o locus de controle. A fim de caracterizar a depressão pós-parto, diferenciando-a da melancolia da maternidade e da psicose puerperal, considerou-se o puerpério como o período pós-parto, entre 15 dias e o primeiro ano do bebê.

### **1.1 Depressão**

A depressão ocorre num contexto social e interpessoal; seu início, respostas ao tratamento e prognóstico são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido com suas pessoas significativas. Esta afirmação, encontrada em muitos estudos, reforça o entendimento de que o afeto deprimido aumenta a intensidade dos pensamentos negativos, que, por sua vez, aumentariam os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As chamadas cognições negativas, pensamentos distorcidos, se mantêm a partir deste círculo vicioso entre a não percepção de reforços positivos no ambiente social e também a dificuldade de lidar com as adversidades das novas rotinas. O estudo da depressão pressupõe a compreensão e a definição da intensidade, duração e gravidade da sintomatologia, que define os transtornos do puerpério, desde uma melancolia (baby blues) que predomina nos primeiros 10 dias, passando pela depressão pós-parto até a psicose puerperal. Este transtorno parece ser mais reativo, segundo Frizzo e Piccinini (2005), ocorrendo paralelamente a mudanças neurofisiológicas normais do puerpério. É um processo breve e transitório, iniciado na primeira semana pós-parto e atingindo cerca de 50% das mulheres (Ruschi *et al.*, 2007; Coutinho & Saraiva, 2008b). Essa preocupação primária reflete o envolvimento com a maternidade, sendo, portanto, um período de adaptação que a nova realidade e mudança de rotina impõem, até que a perda seja elaborada e o comportamento habitual seja retomado. Apresenta uma baixa intensidade de sintomas como entristecimento, insegurança, mudanças de atitudes e de comportamentos. Esta melancolia geralmente tem remissão espontânea, e se resolve dentro do primeiro mês.

A depressão pós-parto pode ser limitante, sendo que em casos graves, evolui para a psicose, que se caracteriza por ansiedade severa, alucinações e delírios, requerendo tratamento intensivo e/ou hospitalização (Coutinho & Saraiva, 2008b), sendo raro, pois ocorre em torno de 0,2 % dos casos. As ideações suicidas podem aparecer, de acordo com o crescimento da desesperança com sua situação. Geralmente a psicose aparece durante os três primeiros meses pós-parto, normalmente nas primeiras

duas semanas, e costuma ser logo após o parto. Os sintomas são mais intensos e duradouros, podendo incluir também distúrbios do sono, súbitas alterações de humor, como depressão, mudanças bruscas que vão da irritabilidade à euforia e pensamentos obsessivos sobre o bebê, não sendo recomendável o aleitamento. Nos transtornos psíquicos mais graves se aciona a rede social da gestante logo que detectado, encaminhando para internação hospitalar e cuidados intensivos, devido ao risco de morte para mãe e filho. A puérpera pode manifestar, além da hostilidade ante o bebê e o companheiro, ciúmes, tirania, idéias de morte ou suicídio, temor de machucar o bebê, idéias obsessivas ou supervalorizadas e rejeição aberta ao cônjuge (Moraes *et al.*, 2000).

## **1.2 Depressão Pós-parto**

A depressão pós-parto enfocada nesta revisão e estudada por Guedes-Silva *et al.*, (2003) caracteriza-se por apresentar distúrbio de humor de grau moderado a severo, de caráter multifatorial, ausência de sintomas psicóticos e clinicamente identificado como um episódio depressivo, com início dentro de seis semanas após o parto, acometendo de 10 a 20% das puérperas que procuram serviços de saúde, e, de acordo com Frizzo e Piccinini (2005), pode levar até quatro meses para se manifestar. Schmidt, Piccoloto e Muller (2005) corroborando a maioria dos estudos, afirmam que a depressão pós-parto é uma condição que afeta de 10 a 15% das puérperas. Silva, Araujo, Araujo, Carvalho e Caetano (2010) referem que, no Brasil, a última mensuração sobre o tema, em 2006, destacou uma prevalência de 19,1% das puérperas, num estudo realizado em Pelotas-RS, com 406 participantes.

Na maioria dos casos, essas reações emocionais são resultado de dificuldades na adaptação psicológica, social e cultural frente à maternidade, e sua maior incidência se dá entre a quarta e oitava semana após o parto, e seus indícios já se fazem notar na gestação, sendo este um foco para os cuidados preventivos.

O aspecto central desta depressão, de acordo com Schmidt *et al.* (2005), é igual a depressões em geral: humor deprimido, tristeza muito grande, fadiga, perda de autoestima, perda da motivação, irritação, ansiedade, angústia, insônia, apatia, desânimo, falta de alegria, alteração no sono e no apetite, dificuldade em manter atividades de vida diárias e relacionamentos interpessoais, irritabilidade, problemas de concentração, autocrítica negativa, perda de energia e interesse por atividades comuns, podendo surgir

sentimentos de culpa e a percepção de que está decepcionando familiares e amigos com a doença (Baptista *et al.*, 2006). O aspecto específico da depressão pós-parto é a presença de um bebê que depende totalmente dos cuidados da mãe, e não existe sem um cuidador.

A depressão pós-parto, considerada por Coutinho e Saraiva (2008a, 2008b) como uma manifestação biopsicossocial, se caracteriza por uma intensidade inadequada e desproporcional de tristeza e falta de valor próprio, cuja duração se mantém por meses e há prejuízo funcional, isto é, a puérpera modifica seu comportamento, fica menos produtiva e atenta no dia a dia, diminui sua atenção, memória e energia, podendo mostrar-se apática, indiferente diante dos eventos que ocorrem no seu redor, e indisponível, chegando a recusar o bebê. Essas manifestações foram agrupadas pelos mesmos como pertencendo às categorias: psicoafetivas, psico-cognitivas, psicossomáticas e psico-comportamentais, e indicam sinais de provável limitação da mãe puérpera nesta etapa.

Schmidt *et al.* (2005), ao revisar estudos, destacam que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de puérperas, e pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculos afetivos favoráveis na família. Sabe-se que os fatores psicossociais associados à doença podem ser variados. Alguns são o baixo suporte social, histórico de transtorno psiquiátrico, depressão pré-natal, baixa auto-estima, ansiedade e gravidez não planejada (Schwengber & Piccinini, 2003).

Os múltiplos aspectos enfocados por Schwengber e Piccinini (2003), dentre muitos autores, indicam a inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Ainda Frizzo e Piccinini (2005) consideram as influências genéticas, estressores psicológicos, contexto cultural e mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. De forma semelhante, Silva *et al.* (2010) consideram, além dos anteriores, os antecedentes familiares e pessoais para depressão (Schmidt *et al.*, 2005), a qualidade da saúde materna, complicações em todo o período gestopuerperal e personalidade pré-mórbida, e sempre com maior determinação quando há combinação dos fatores em conjunto.

Coutinho e Saraiva (2008a) destacam a depressão puerperal como uma síndrome que afeta o físico, o humor e, em consequência, o pensamento; caracteriza-se como uma doença que altera a forma de ver o mundo e interfere no sentir a realidade, entender as

coisas, manifestar emoções, sentir disposição e o prazer com a vida. Estes autores ainda apresentam a depressão pós-parto como sendo uma forma não-patológica e reativa, semelhante à melancolia da maternidade, porém por período mais extenso, desencadeada pela ocorrência de fatos relevantes e novos na vida, com permanente e pronunciada mudança. Ainda em outro artigo, afirmam que o sofrimento psíquico nem sempre expressa um estado patológico. Assim, a avaliação da depressão no período puerperal é difícil devido aos limites estreitos entre o fisiológico e o patológico, entre o adaptativo e o transtorno nesta etapa. Schimdt *et al.* (2005), Guedes-Silva *et al.* (2003), Baptista *et al.*, (2006), Schwengber e Piccinini (2003) apontam ainda para o cuidado com as queixas somáticas, ocorrência de insônia, perda de apetite e baixa de libido, que podem sugerir somente problemas orgânicos.

Há uma fronteira tênue e imprecisa entre formas clínicas, subclínicas e as não patológicas. A percepção da ocorrência da depressão pós-parto, muitas vezes é interpretada pelo cônjuge ou familiares como cansaço ou adaptação normal ao parto, protelando a busca de atendimento. Enquanto os sintomas corporais são visíveis e palpáveis, o sofrimento psíquico mostra-se contínuo e fugaz, e pode ser considerado uma fraqueza pessoal. Mostra-se importante e necessário alertar que a dor emocional por elas sentidas e narradas retrata o que o corpo sente e a mente experimenta (Rolim, Rocha & Silva, 2005). Além das alterações hormonais, o estudo de Ruschi *et al.* (2007), corroborando a pesquisa de Schwengber e Piccinini (2003), classificou os outros fatores de risco para a depressão pós-parto materna como sendo as mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina, a partir dos novos papéis e responsabilidades decorrentes.

O direcionamento da ambivalência afetiva é destinado tanto para o bebê quanto para o pai deste, apresentando contrastes como prazer-desprazer, aceitação-rejeição e posse-distanciamento. As manifestações da puérpera vão desde o profundo retraimento, choro, auto-desvalorização e auto-acusações, até reações maníacas, mostrando disposição, energia, prolixidade e postura auto-suficiente (Saraiva & Coutinho, 2008).

Moraes *et al.* (2000) encontraram prevalência da depressão pós-parto em mulheres que demonstraram preferência pelo sexo do bebê e pensaram em interromper a gestação. A rejeição da maternidade mostra concordância com a posterior depressão.

Coutinho e Saraiva (2008a), Sotto-Mayor e Piccinini (2005) afirmam que esse período tem no estresse um fator predisponente para a depressão, que se faz presente em

torno de 60% dos casos; os fatores estressantes ocorrem principalmente diante das mudanças nas rotinas diárias relativas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Sentimentos negativos em relação ao casamento e à gravidez, o período pós-parto, e os primeiros meses, quando a nova mãe é especialmente requisitada como referência de afeto, amor e estabilidade, aumentam os riscos de depressão (Frizzo & Piccinini, 2005), e ainda sabe-se que é bastante frequente que pessoas deprimidas relatem insatisfação conjugal (Frizzo *et al.*, 2010).

Desde o início da gestação, ocorre uma sucessão de mudanças que culminam no nascimento do bebê. De acordo com Frizzo e Piccinini (2005), este período pode ser vivenciado como estressante em muitas famílias, predispondo à depressão puerperal. De acordo com Magalhães e Loureiro (2005), as situações diárias carregadas de tensão são estressantes por causar quebra de homeostase interna, do comportamento e vivências comuns até então, exigindo alguma adaptação. Sabe-se que indivíduos expostos a esses estressores por tempo indeterminado estão mais sujeitos a desenvolver doenças ou ao agravar as já existentes, como consequência de um excesso de desgaste orgânico ou como um excesso de reações físicas em decorrência de situações de tensão, esgotando-se a disposição, gerando sofrimento. Pode-se dizer também que a depressão se constitui em um dos sintomas do processo de estresse. Profilaticamente, somente o reforço na capacidade de enfrentamento assegura a adaptação ao ambiente estressor.

Corroborando os achados, Ruschi *et al.* (2007) destacam em seu estudo que o baixo grau de instrução encontra-se entre os preditores da depressão, sendo que estas puérperas encontram pouco acesso a informações; outros encontraram correspondência importante com o nível socioeconômico mais baixo na ausência de envolvimento do pai e falta de rede de apoio, história familiar pregressa de doenças psíquicas (Rolim *et al.*, 2005), e problemas financeiros (Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010) advindos com o parto.

Esses fatores são considerados determinantes de esgotamento físico e mental, e instabilidade emocional materna, os quais são considerados facilitadores da depressão. Além desse fator social, encontrou outros preditores, como maior número de gestações, de partos, de filhos vivos e menor tempo de relacionamento com o cônjuge. Em pesquisa empírica, ainda encontraram indicadores sobre carência afetiva, falta de controle eficaz e amadurecimento da natalidade, fugacidade do relacionamento sexual, ausência de afeto e de compromisso conjugal e traição. Ao compilar narrativas de

puérperas sobre o relacionamento afetivo conflituoso, direcionadas ao “pai do bebê”, destacaram, como riscos desencadeantes de depressão pós-parto, as dúvidas quanto à paternidade e dificuldades para assegurar suporte econômico-social à nova mãe. Outros estudos, porém, como de Schwengber e Piccinini (2003), não encontraram associação consistente entre variáveis sócio demográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe.

Em estudo longitudinal Fraga *et al.* (2008), confirmam dados já existentes. Nascimentos pré-termo, dificuldades do parto, na amamentação, permanência do bebê em tratamento intensivo, problemas de saúde ou morte do bebê são estressores ao equilíbrio emocional materno e responsáveis por alta incidência de sintomas de depressão e ansiedade elevada na puérpera (Schwengber & Piccinini, 2003; Fraga *et al.*, 2008). O afastamento do bebê em razão de problemas neonatais ou mesmo materno-puerperais, aparece como empecilho importante ao estreitamento dos laços afetivos maternos.

### **1.3 Depressão pós-parto e Conjugalidade**

Em pesquisa sobre relacionamentos conjugais e depressão, Mattar *et al.* (2007), não obteve associações significativas entre depressão e hábitos, planejamento, aceitação, intercorrências e doenças prévias. Entretanto, esse estudo mostrou relevante associação de história de violência doméstica e depressão pós-parto, sendo que mulheres que haviam sofrido violência em idade reprodutiva, após os 15 anos, e puérperas que continuavam vítimas de violência teriam probabilidade aumentada para depressão pós-parto.

Um dos fatores de risco para desencadeamento da depressão pós-parto, freqüentemente apontado, são as dificuldades conjugais (Frizzo *et al.*, 2010; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). O pós-parto trata-se de um período de mudanças estruturais cujos limites são tênues; essa condição envolve readaptação do tempo para o casal, que precisa ter novo dimensionamento para que o subsistema familiar se estabeleça. Nenhum casal fica imune à transição do conjugal - onde o foco é o parceiro, e a relação conjugal - para o parental - onde o foco é o cuidado com o bebê (Frizzo *et al.*, 2005).

Silva *et al.* (2010) reconheceram em seus estudos que o novo status adquirido pela mulher a partir da gestação, requer dela uma redefinição de papéis e a necessidade

de adaptações e mudanças pessoais, estendidas para o cônjuge. Menezes e Lopes (2007) constataram em seu estudo, que a história pregressa do casal e a qualidade da sua relação afetiva é que vão ser determinantes para que ocorra uma crise quando passar da conjugalidade para a parentalidade.

Considerando o aspecto conjugal, tanto a gravidez como o parto e o pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento do casal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família. O comportamento paterno parece ter impacto positivo para a superação das dificuldades. O pai tem grande relevância na participação como mediador na interação familiar, (Frizzo & Piccinini, 2005), amenizando os efeitos negativos deste período e apoiando a esposa. A inclusão do pai pode começar a se dar ainda na gestação, nos contatos indiretos com o bebê, acompanhando o processo, no envolvimento diário e participando das decisões, o que já vai preparando a interação pós nascimento (Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009). Casais que interagem mais e perceberam melhora na relação, puderam redimensionar seus papéis e convivência pós-parto (Menezes & Lopes, 2007). Quando há um bom relacionamento conjugal, o pai tende a ser mais envolvido com o bebê, apoiando ou até substituindo as funções maternas comprometidas. Quando há uma depressão pós-parto, o impacto das mudanças apresenta-se uma dificuldade a mais para o casal (Frizzo *et al.*, 2010).

O nascimento agrega uma nova fase ao casamento e, segundo Menezes e Lopes (2007), há correlação entre a passagem para a parentalidade e a readaptação conjugal. Esse movimento mostra-se imprescindível para incluir o novo membro do sistema familiar, criar um espaço para este e alterar os papéis vivenciados até então, declinando o romance e aumentando a cumplicidade e companheirismo. Em estudo longitudinal, essas autoras consideraram a importância da natureza da relação conjugal estabelecida anteriormente à parentalidade. Envolvimento emocional, boa comunicação e apoio em relação às tarefas cotidianas, anterior a essa transição, podem repercutir na preservação da relação conjugal na transição para a parentalidade. Embora o bom relacionamento conjugal anterior não signifique proteção para a depressão pós-parto da mãe, (Frizzo *et al.*, 2010), o contrário pode ocorrer, onde os problemas conjugais podem ter um efeito negativo de contaminação na parentalidade (Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini & Bosa, 2005). A comunicação existente entre o casal e o cuidado de um com o outro são indicadores da estrutura conjugal e pode ser preditor da possibilidade de os cônjuges

superarem as dificuldades na transição para a parentalidade (Figueiredo, 2005; Menezes & Lopes, 2007).

Ainda Schmidt *et al.* (2005), ao investigar a ocorrência de depressão também no cônjuge, destacam que o surgimento desta pode estar relacionado à depressão puerperal como desencadeante, ocorrendo em até um ano após o nascimento do bebê (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Guedes-Silva *et al.* (2003) destaca que a depressão masculina, embora menos visível, também decorre das exigências aumentadas quanto ao papel de provedor e de atender as necessidades e exigências da esposa puérpera; ele também pode sentir angústias e ter dúvidas quanto à sua habilidade em assegurar essa nova estrutura familiar. Seu sofrimento pode ser expresso de maneiras diversas, reagindo com somatizações (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005), distanciamento, ciúmes ou proximidade e atenção. Esses novos papéis desempenhados também pelo cônjuge, agora pai, ampliam sua função de auxiliar a esposa no desempenho de mais tarefas incluídas na sua rotina, ou apoiá-la na mudança drástica que pode ocorrer, quando altera a vida laboral ou de estudos para o cuidado intensivo com o bebê e seu entorno. Quando as relações interpessoais ficam perturbadas e o casal não consegue essa sintonia, seu relacionamento sofre, podendo chegar ao divórcio (Guedes-Silva *et al.*, 2003).

Já muitos estudos revelam a existência de reciprocidade, onde o ambiente imediato e a pessoa deprimida se reforçam negativamente, e o empobrecimento dos relacionamentos é acompanhado de sentimentos depressivos (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Mostra-se, assim, um conjunto de relações complexas, reconhecido e apontado em mulheres com depressão pós-parto (Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

Existem evidências de que a depressão pós-parto tem relação com a impossibilidade ou limitação de suporte oferecido pelo cônjuge ou outras pessoas, especialmente do entorno familiar, com quem a mãe mantém relacionamento. Saraiva e Coutinho (2008), Schwengber e Piccinini (2003) e Silva *et al.* (2010) afirmam que na fase pós-parto, o tipo e a natureza do suporte recebido podem contribuir para melhor adaptação ao papel materno.

Sotto-Mayor & Piccinini (2005), Saraiva & Coutinho (2007), Frizzo *et al.* (2010), Silva *et al.* (2010), corroboram os estudos ao observar que as relações familiares e amorosas conflituosas encontram relação com a depressão materna e sua continuidade, ainda que os conflitos se manifestem de forma diversa em cada casal. Schmidt *et al.* (2005) destacam a importância da investigação a respeito das vivências da mulher

durante a gravidez, e no pós-parto, além de considerar se existe uma rede de apoio conjugal e familiar (Ruschi *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2010) acompanhando as muitas mudanças advindas do nascimento do filho. Tais fatores sociais influenciam fortemente na etiologia e manejo da depressão pós-parto.

A sobrecarga advinda com o cuidar do bebê e da família, as mudanças na identidade feminina e nas expectativas futuras em relação à vida familiar (Saraiva & Coutinho, 2008) somam tarefas. A expectativa quanto ao desempenho do papel materno da nova mãe é reforçada pelo seu *locus* de controle. Ou seja, a crença na possibilidade de conduzir ou não a realização de suas necessidades ou desejos, ou de modificar aspectos negativos, gera uma postura de confiança ou desesperança e humor deprimido.

#### **1.4 Depressão Pós-parto e Locus de Controle**

O prisma depressivo traz uma percepção negativa generalizada, e sua vivência negativa contamina a percepção sobre a origem e controle das ocorrências que vivenciam. Esta percepção foi chamada por Jullian Rotter (1966) de “*locus* de controle” (Baptista *et al.*, 2006). Segundo Rotter, as ocorrências de sucessos e fracassos, das causas e atribuições para a ocorrência dos eventos a partir dos reforços e das expectativas, permitem ao indivíduo desenvolver crenças sobre possuir ou não controle sobre sua vida e os eventos influentes (Carrijo & Dela Coleta, 2011).

Sendo o *locus* de controle a crença do indivíduo a respeito das contingências entre ação e resultado, e a quem atribui o controle sobre os acontecimentos da sua vida, podendo ser ele mesmo, outros poderosos ou o acaso, torna-se importante considerar a auto-avaliação de suas próprias capacidades (Baptista *et al.*, 2006). É notório que o reconhecimento e conscientização das atitudes pessoais, se adequadas ou inconvenientes, pode viabilizar estratégias de enfrentamento adequadas, minimizando as situações aversivas ou estressantes. Sob este ponto de vista, considera-se que a expectativa de controle pessoal, ou seja, *locus* de controle interno seria um elemento facilitador ao enfrentamento das situações, ou seja, um indicador positivo de capacidade adaptativa (Magalhães & Loureiro, 2005), donde se supõe manifestações de maior persistência, envolvimento pessoal e busca de alternativas. Por outro lado, o *locus* de controle externo favorece a convicção sobre inaptidão ou incapacidade para enfrentar os obstáculos. Algumas características das pessoas com *locus* de controle externo

favorecem e reforçam aspectos encontrados na depressão pós-parto, que são: apatia, desinteresse, falta de iniciativa, baixa estima, pessimismo, alienação e desesperança (Rodrigues & Pereira, 2007).

Confirmando este aspecto, Baptista *et al.* (2008), reiteram a correlação positiva entre a percepção do apoio recebido e o julgamento acerca da sua capacidade para desempenhar tarefas. Ainda concluem que quanto maior o apoio percebido, maior também a autonomia, confiança pessoal e *locus* de controle interno, e quanto mais baixo o apoio, maior a dependência de *locus* de controle externo. Neste contexto, entende-se que quanto mais a mãe atribui seu sucesso aos seus esforços e capacidades pessoais, tende a desenvolver mais afetos positivos. Por outro lado, quanto mais atribui seus fracassos a uma falta de esforço ou capacidades, tende a sentir mais afetos negativos, entre eles ansiedade, culpa e tristeza.

Considera-se verdade que as regras de convivência são reguladores externos aos quais as pessoas se adaptam para serem aceitas, também o é que o comportamento é afetado e alterado quando se acredita ter controle sobre as circunstâncias (Figueiredo, 2005). À medida que a pessoa sente-se no controle da sua vida, sua capacidade de perceber-se com responsável favorece a busca de resolução de problemas e até a possível mudança de seu comportamento, favorecendo a comunicação e a relação conjugal (Figueiredo, 2005).

A origem do *locus* de controle tem sua origem na relação do indivíduo consigo mesmo e nos reforços que recebe do seu entorno. A percepção das suas habilidades e capacidades é construída a partir do contato com outras pessoas, e reforçada pelos *feedbacks* recebidos sobre o seu desempenho.

Baptista *et al.* (2008) citando Dela Rosa (1991), afirmam que a passagem do tempo favorece que o *locus* de controle passe a ser mais interno; isso não se repete nas pesquisas pós-parto, onde estudos relatam que as depressões pós-parto aumentam sua ocorrência conforme a idade da puérpera. A expectativa em desempenhar a maternidade com perfeição, promove idealização excessiva resultando possivelmente em frustrações no desempenho do seu novo papel. Confirmando essa previsão, Ruschi *et al.* (2007), destaca que dentre os fatores associados à depressão pós-parto, estão o maior número de gestações, de partos, de filhos vivos e menor tempo de relacionamento com o parceiro. Deduz-se assim, que os conflitos conjugais, o desequilíbrio emocional prévio, e a idade da puérpera concorrem conjuntamente ao risco de ocorrência da depressão puerperal.

Contudo, Magagnin *et al.* (2003) referem em sua pesquisa que quanto maior a idade dos cônjuges, menor é a expressão de afeto, coesão e concordância. Considerando que o *locus* de controle torna-se mais interno com o aumento da idade, sugere que neste caso os conflitos tendem a ser melhor controlados e resolvidos, e que as ansiedades são melhor toleradas.

O auto-conceito positivo ou negativo pessoal, ou seja, o que a pessoa pensa sobre si mesma, orienta as atitudes e a satisfação que consegue obter nas suas realizações. Sabe-se que uma pessoa mais satisfeita consigo mesma avalia-se e adapta-se melhor às mudanças e consegue encontrar possibilidades para resolução de suas necessidades. Assim, a flexibilidade psicológica parece ser um fator de proteção ou de risco para a saúde mental da puérpera. Essa perspectiva social é originada da teoria social de Bandura (1986), e tem seus estudos amparados por constantes pesquisas.

Baptista *et al.* (2006) citando Beck *et al.* (1997), sugerem que os sintomas de depressão são limitadores e podem interferir na tomada de decisão, impedindo o indivíduo de buscar a resolução dos problemas. O reforço acontece à medida que acredita menos em suas potencialidades, e tende a não agir.

A tendência do humor depressivo, bem como do *locus* de controle externo, é assumir atitudes auto-derrotistas, culpar-se pela ocorrência dos acontecimentos ruins, adotar postura vitimizada, expor-se e conformar-se ao sofrimento, desenvolvendo uma visão negativa generalizada e contínua sobre os acontecimentos, acreditando que não haja meios de melhorar sua vida (Rodrigues & Pereira, 2007). Esses sentimentos podem encadear o surgimento da crença de impossibilidade de controle pessoal sobre a evolução da doença e prognóstico, o que, por si, diminui a expectativa de resolução. Sendo assim, o indivíduo com *locus* de controle externo tende a se sentir desestimulado a agir de forma pró-ativa no cuidado com sua saúde; do contrário, os que são controlados pelo *locus* de controle interno tendem a deprimir menos (Baptista *et al.*, 2006). Enfim, pode-se dizer que a predominância de *locus* de controle interno leva a mais sentimentos positivos e de satisfação com sua vida, e que a predominância de *locus* de controle externo relaciona-se mais a afetos negativos e insatisfação com a vida (Rodrigues & Pereira, 2007).

A depressão e seus efeitos (auto estima rebaixada, sentimentos de impotência e fracasso) afeta a adesão ao tratamento; Carrijo e Dela Coleta (2010) confirmaram resultados de outras pesquisas que a depressão tem entre seus efeitos,

impedimentos ao auto cuidado, principalmente em relação à prevenção da saúde. Assim, Galizzi, in Baptista *et al.* (2006) afirma que a depressão promove desmotivação do paciente e diminuição na adesão ao tratamento, afetando negativamente o curso da doença, piorando o prognóstico de recuperação, facilitando a ocorrência de complicações por auto-abandono e aumentando o risco de óbitos.

A crença de ter ou não controle sobre os acontecimentos deste período pode obter reforços no relacionamento com o marido. Sobre a conjugalidade, têm sido encontrados poucos estudos considerando especificamente a conjugalidade e locus de controle (Figueiredo, 2008). Os estudos majoritários encontrados investigam de uma forma mais ampla a satisfação conjugal (Baptista *et al.* 2008; Magagnin *et al.*, 2003). Considera-se que o relacionamento conjugal apoiador é uma fonte de confirmação da habilidade ou não do desempenho da maternagem.

Frizzo *et al.* (2005) afirmam que casais bem sucedidos conseguem manter uma relação de complementaridade diante das obrigações, mantendo ao mesmo tempo um sentimento de igualdade e liderança compartilhadas. Pode-se depreender que há uma distribuição equivalente entre locus de controle interno e externo.

Em estudos, avaliando o locus de controle conjugal e satisfação, Dela Coleta, in Figueiredo (2005), já encontrara como resultado a indicação de que a internalidade está relacionada à maior satisfação conjugal. Considerando a depressão puerperal, a expectativa de poder ou não contar com apoio do cônjuge, e cujo apoio ainda é o mais importante para a puérpera, influencia na expectativa de conseguir soluções ou alternativas, minimizando o sofrimento através do aumento de confiança pessoal. Também com os familiares, a percepção da ocorrência de confiança interpessoal quanto à quantidade de carinho, atenção, interesse, acolhimento, comunicação adequada, clareza de regras, e consistência entre o verbal e o comportamental recebido (Baptista *et al.* 2008), propiciaria crença na expectativa de ser capaz de realizar suas funções.

Conforme se observou até este momento, a depressão pós-parto é um transtorno incidente e limitante na vida da puérpera. Muitas pesquisas têm evidenciado a influência dos relacionamentos afetivos (Frizzo *et al.*, 2010; Mattar *et al.*, 2007; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) como precursores do equilíbrio emocional e da capacidade de assumir os novos papéis, como também para a importância do funcionamento do locus de controle presente na estrutura conjugal. Ao considerar a dinâmica relacional com sua força propulsora e determinante, o desenvolvimento de projetos que antecipem as

necessidades quanto aos atendimentos da área da saúde, e reassegurem o cuidado e prevenção da saúde mental da puérpera, garantirão segurança para o bebê e fortalecerão a rede relacional imediata. Assim, este estudo visa verificar a existência de pesquisas nacionais abrangendo a depressão pós-parto, a conjugalidade e o locus de controle.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

A operacionalização dessa revisão seguiu as seguintes etapas: seleção da questão temática, estabelecimento de critérios para a seleção, análise dos resultados e apresentação da revisão. A fim de refinar a busca, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos e revisões publicados no idioma português, com população de humanos em período puerperal, com filho/s de até 12 meses. Adotou-se também, como critério, a inclusão de publicações de pesquisas empíricas, teóricas, definição de conceitos e revisão da literatura sobre os mesmos, no período de 2000 a 2010 (últimos 10 anos). Tal limitação do tempo objetivou traçar um perfil sobre a produção científica nacional e contemporânea a respeito dos construtos enfocados.

Procedeu-se a uma busca sistemática nas bases de dados LILACS e SciELO, seguindo um protocolo que organizava o material por título, descritores, autor, local de origem, ano, revista, participantes e alocação, idades, delineamento, repetições da publicação, principais resultados e relevância para leitura. Utilizaram-se descritores e suas variantes: depressão pós-parto, depressão puerperal; conjugalidade, relação conjugal, relação de casal, relacionamento conjugal, relacionamento de casal e locus de controle. Em conjunto, com os três descritores principais ‘depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle’ não foram encontrados artigos indexados. Utilizando-se os descritores em separado, localizou-se 241 artigos sobre ‘depressão pós-parto / depressão puerperal’, 143 artigos sobre ‘locus de controle’, e 333 artigos sobre ‘conjugalidade / relação conjugal / relacionamento conjugal / relacionamento de casal’. No período de 2000 a 2010, a pesquisa resultou em 79 artigos, contemplando ao menos um dos descritores.

Realizou-se inicialmente a leitura e análise dos resumos identificados, que apresentassem afinidade com o assunto proposto e, de acordo com os critérios estabelecidos, foram excluídos capítulos de livros, livros, resenhas, artigos não indexados, teses, dissertações, e estudos que não abordassem minimamente ao menos dois dos assuntos pesquisados. Foram excluídas ainda publicações distantes do tema, como artigos relacionados a casais homo afetivos, casais sem filhos, casais sorodiscordantes (HIV), puérperas solteiras ou sem convivência marital, bem como

revivência da depressão puerperal na puberdade e/ou adolescência dos filhos. Dentre as revisões selecionadas na busca, não se identificou nenhuma que abordasse o tema da depressão pós-parto e a relacionasse diretamente às questões de conjugalidade e locus de controle em conjunto e profundamente. A maioria dos artigos mostrou enfoque predominante quanto à parentalidade e satisfação conjugal.

Os descritores são objeto de estudo em áreas diversas como Medicina, Enfermagem, Odontologia, Genética, Saúde Pública, Veterinária, Terapia Ocupacional, Engenharia, Administração, Psicolinguística e Psicologia especificamente. Identificaram-se 31 artigos que atenderam aos critérios mencionados, sendo estes recuperados na íntegra, submetidos à leitura integral dos principais aspectos metodológicos dos delineamentos e resultados. Deste total, apenas 6 artigos não foram replicados em duas ou mais periódicos especializados. Todos os outros 25 são encontrados repetidos em outras publicações. A partir desta catalogação, 27 dos 31 artigos foram selecionados para fazer parte da revisão, por apresentarem dados relevantes e associados aos descritores depressão pós-parto e/ou conjugalidade e/ou locus de controle.

### CAPÍTULO III

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 27 artigos selecionados de acordo com os critérios supracitados foram examinados a partir das seguintes categorias: delineamento do estudo, instrumentos utilizados e descrição dos principais resultados que relacionaram os 3 indexadores, a saber: depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle.

Em relação ao delineamento do estudo, 11 artigos encontrados apresentaram revisão de literatura (Baptista *et al.*, 2006; Coutinho & Saraiva, 2008b; Figueiredo, 2005; Frizzo *et al.*, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005; Guedes-Silva *et al.*, 2003; Rodrigues & Pereira, 2007; Schmidt *et al.*, 2005; Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003) abordando compreensão da depressão puerperal, qualidade de vida e saúde mental e seus reflexos no meio circundante. Os 16 artigos restantes são estudos descritivos empíricos. Dentre esses, um corresponde a estudo de caso (Frizzo *et al.*, 2010). Três artigos empíricos dizem respeito a estudos do tipo longitudinal (Fraga *et al.*, 2008; Magagnin *et al.*, 2003; Menezes & Lopes, 2007) e encontram correlação entre estressores ambientais, ajustamentos obtidos e analisam enfoques preventivos. Duas pesquisas foram descritivas tipo coorte transversal (Mattar *et al.*, 2007; Ruschi *et al.*, 2007). Seis pesquisas descritivas onde as entrevistas e narrativas foram submetidas à análise de conteúdo temático (Coutinho & Saraiva, 2008a; Piccinini *et al.*, 2009; Rolim *et al.*, 2005; Saraiva & Coutinho, 2007; Saraiva & Coutinho, 2008; Silva *et al.*, 2010) agregando percepções representativas e generalizáveis para grupos com o mesmo perfil. Em três estudos as pesquisas foram correlacionais, explanatórias (Baptista *et al.*, 2008; Carrijo & Dela Coleta, 2010; Moraes *et al.*, 2009) estabelecendo e questionando relações causais entre suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle, verificando a influência de sintomas depressivos e locus de controle na adesão ao tratamento, testando uma teoria e seus resultados. Cabe ressaltar o fato de 11 artigos serem desenvolvidos a partir de revisão teórica, cuja proporção demonstra a busca de confirmações às teorias vigentes e exploração de aspectos intervenientes na depressão puerperal, conjugalidade e locus de controle. Outros 16 estudos foram desenvolvidos com base em pesquisa empírica, sendo que estudos longitudinais representam uma parcela ainda pequena, mas

seus resultados se mostram consistentes, ampliando as possibilidades de incremento em questões que surgem a partir dele.

Nos estudos empíricos, os instrumentos utilizados consistiram em entrevistas semi-estruturadas, utilizadas em sete estudos (Menezes & Lopes, 2007; Piccinini *et al.*, 2009; Rolim *et al.*, 2005; Ruschi *et al.*, 2007; Saraiva & Coutinho, 2008; Silva *et al.*, 2010), cujas narrativas verificadas em profundidade conferiram ampliação da pesquisa inicial. Para análise dos dados, ou análise temática, seguiram o referencial de Morse e Field (1995), que preconiza, na análise qualitativa de conteúdo, a identificação, codificação e categorização dos dados. O pesquisador é instigado a procurar o significado de passagens específicas e alocá-las em categorias apropriadas. No estudo de Mattar *et al.* (2007), a entrevista estruturada foi baseada na *Abuse Assessment Screen*, elaborada nos Estados Unidos em 1989 para rastrear situações de abuso físico, emocional e/ou sexual, frequência, gravidade e o causador da violência sofrida pela gestante, traduzida para o português por Reichenheim *et al.* (2000); dois estudos (Magalhães & Loureiro, 2005; Fraga *et al.*, 2008) utilizaram o *Structured Clinical Interview Diagnostic – SCID/ Não Paciente - Entrevista Clínica Estruturada* de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM III-R (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1989) para detecção de antecedentes psiquiátricos.

Inventários de auto-registro foram instrumentos escolhidos em muitos estudos para verificar a ocorrência de depressão e apoio percebido: três estudos (Carrijo & Dela Coleta, 2010; Frizzo *et al.*, 2010; Rolim *et al.*, 2005) utilizaram o Inventário de Depressão Beck - *Beck Depression Inventory* - BDI (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001), que avalia depressão e disforia; o estudo de Fraga *et al.* (2008), utilizou o Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE (Biaggio & Natalício, 1979) para avaliação da ansiedade; Magalhães e Loureiro (2005), aplicaram o ISSL - Inventário de Stress de Lipp, que identifica as manifestações de *stress*, avaliando a presença de sintomas, predominância do tipo de sintoma – somático ou psicológico – e a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão (Lipp, 2000).

Quanto às escalas, cinco estudos (Coutinho & Saraiva, 2008a; Mattar *et al.*, 2007; Saraiva & Coutinho, 2007, 2008; Ruschi *et al.*, 2007) aplicaram ou basearam suas entrevistas na Escala de Depressão Pós-parto de *Edinburgh - Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS, validada, no Brasil, em Brasília, por Santos, Martins e Pasquali (1999), em Fortaleza, por Cantilino, Albuquerque, Cantilino, Maia e Sougey

(2003), e em Pelotas, por Santos *et al.* (2007); a EPDS, desenvolvida na Grã-Bretanha, trata-se de um instrumento que investiga sintomas de humor deprimido, distúrbio do sono, perda de prazer, idéias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa, e tem amplo uso para rastrear a depressão após a gestação.

Instrumentos que verificam a relação conjugal e relação familiar foram os seguintes: Escala de Ajustamento Diádico de Spanier – *Dyadic Adjustment Scale* – DAS (1976 e 1982), composta por 32 itens, os quais se dividem em quatro fatores: consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto utilizada por Moraes *et al.* (2009), Magagnin *et al.* (2003) em seus estudos; Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal – EFS-RC, de Hendrick, Dicke e Hendrick (1988) abrangendo os itens: satisfação mútua das necessidades, grau de satisfação no relacionamento, qualidade da satisfação, tempo gasto juntos, expectativas, amor entre os parceiros, problemas em seu relacionamento, utilizado no mesmo estudo de Magagnin *et al.* (2003); Moraes *et al.* (2009), utilizou um instrumento amplo denominado Questionário de Auto-avaliação do Paciente – QAAP, que congrega diferentes escalas acerca das motivações para a terapia, vivências socioafetivas e bem-estar psicofísico dos participantes, aplicado em diferentes etapas do processo terapêutico; no mesmo estudo ainda utilizou a Escala de Percepção Parental Subjetiva (Velo, Jost, Moraes & Trócoli, 2006), que mensura as percepções dos participantes quanto à intensidade da dificuldade no relacionamento conjugal dos mesmos, no relacionamento marital dos pais, no relacionamento com a figura parental e a intensidade da percepção subjetiva dos mesmos, definidas a partir de 33 itens selecionados da experiência terapêutica, no método ADI/TIP – Terapia de Integração Pessoal, executada em 10 a 15 sessões; e Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (Baptista, 2005, 2007), que avalia o suporte recebido pela sua própria família, tendo três dimensões: afetivo-consistente, adaptação familiar e autonomia familiar, encontrado em outro estudo (Baptista *et al.*, 2008). Outra técnica presente em dois estudos (Coutinho & Saraiva, 2008a; Saraiva & Coutinho, 2007) denominada Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP, desenvolvida por Jung (1905) para uso em diagnóstico clínico e adaptada para pesquisa por Di Giacomo (1981), propôs desvendar as elaborações cognitivas e percepções, crenças e informações presentes no contexto das puérperas. Instrumentos que avaliaram outras questões, como o locus de controle, foram: Escala de Locus de Controle de Levenson – ElcL (Dela Coleta, 1987), que avalia a percepção sobre a fonte de controle

dos acontecimentos em três dimensões: internalidade, externalidade - outros poderosos, e externalidade – acaso, utilizado em dois estudos (Baptista *et al.*, 2008; Magalhães & Loureiro, 2005); Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLC (Rodrigues-Rosero, Ferriani & Dela Coleta, 2002) que mensura: internalidade, externalidade a outros poderosos e externalidade ao acaso, aplicado em outro (Carrijo & Dela Coleta, 2010); o estudo de Baptista *et al.*, 2008, incluiu a Escala de Auto-eficácia Geral de Sherer – *General Self-Efficacy Scale* – GSES (Sherer & Adams, 1983) que mede o quanto o indivíduo pensa ser eficiente na realização de determinada tarefa; E, por último, um estudo (Mattar *et al.*, 2007), aplicou o Teste Cage 23 (Mayfield *et al.*, 1974; Masur & Monteiro, 1983), acrônimo referente às seus quatro tópicos – *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*, que é utilizado com um ponto de corte de duas respostas afirmativas sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool por meio de quatro perguntas. A busca de dados obstétricos, obtidos através dos prontuários médicos mostrou-se presente em três estudos (Fraga *et al.*, 2008; Mattar *et al.*, 2007; Piccinini *et al.*, 2007), além de dados gerais do tipo Socioeconômico e Biodemográfico que também se mostraram presentes em oito estudos (Baptista *et al.*, 2008; Carrijo & Dela Coleta, 2010; Coutinho & Saraiva, 2008a; Fraga *et al.*, 2008; Frizzo *et al.*, 2010; Piccinini *et al.*, 2009; Saraiva & Coutinho, 2007; Silva *et al.*, 2010). Alguns estudos avaliaram também o desenvolvimento infantil, a partir dos seguintes instrumentos: EDCC - Escala do Desenvolvimento do Comportamento da Criança: O Primeiro Ano de Vida (Pinto, Vilanova & Vieira, 1997) que avalia o desenvolvimento da criança em três eixos combinados: anatômico corporal (axial ou apendicular), estimulação (espontâneo ou estimulado) e função (não cumulativo ou comunicativo) e o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (Frankenburg *et al.*, 1990/1999) *Denver Developmental Screening Test* - DDST - que avalia o risco de desenvolvimento da criança em quatro grandes áreas: Pessoal-Social, Linguagem, Motor Fino-Adaptativo e Motor Grosseiro, ambos utilizados no estudo de Fraga *et al.*, 2008; Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – *Bayley Scales of Infant Development* (Bayley, 1993), aplicada no estudo de Frizzo *et al.*, 2010, é uma escala de verificação neuropsicológica do desenvolvimento infantil em três escalas: motora (coordenação de movimentos, habilidade de reconhecer objetos pelo toque, motricidade fina das mãos e dedos), mental (desenvolvimento cognitivo e capacidade de comunicação) e comportamental (informações complementares que podem ser usadas a partir da análise dos dados adquiridos nas

outras duas escalas). Durante a aplicação deste instrumento, considera-se qualitativamente o comportamento da criança em termos de atenção, compreensão das orientações, engajamento frente às tarefas e regulação emocional.

O aspecto majoritário desta pesquisa, que consistiu em encontrar estudos relacionando depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle, obteve resultados limitados. Os estudos teóricos sobre aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto propõem o conhecimento amplo da sintomatologia e suas repercussões em todas as relações afetivas, conjugais e familiares da puérpera, sendo apresentados em três artigos (Coutinho & Saraiva, 2008; Guedes-Silva *et al.*, 2003; Ruschi *et al.*, 2007). A relação entre depressão pós-parto e conjugalidade foi abordada em 15 estudos, sendo que em quatro deles, o transtorno depressivo foi compreendido valorizando os sentimentos e as experiências subjetivas, em entrevistas individuais, apreendendo as representações sociais da depressão e da experiência com a maternidade, destacando-se o embotamento lingüístico, característico do processo depressivo (Coutinho & Saraiva, 2008a; Rolim *et al.*, 2005; Saraiva & Coutinho, 2007; Saraiva & Coutinho, 2008) preterindo a relação conjugal. A depressão puerperal e a relação com o bebê foram destaque em cinco artigos (Coutinho & Saraiva, 2008b; Fraga *et al.*, 2008; Frizzo & Piccinini, 2005; Schmidt *et al.*, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003). Os conflitos entre percepções conjugais e parentalidade foram tratados extensamente em um artigo (Moraes *et al.*, 2009), e os conflitos conjugais e a influência da qualidade do relacionamento conjugal abordados em seis artigos (Frizzo *et al.*, 2005; Frizzo *et al.*, 2010; Mattar *et al.*, 2007; Moraes *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2010; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). De forma complementar, a conjugalidade foi relacionada positivamente com o ajustamento parental, e a satisfação conjugal obteve destaque como preditora da transição saudável do puerpério em quatro artigos (Magagnin *et al.*, 2003; Menezes & Lopes, 2007; Piccinini *et al.*, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2010). O locus de controle foi compreendido como proveniente da qualidade e estrutura do relacionamento conjugal e/ou familiar (Baptista *et al.*, 2008; Figueiredo, 2005), e em outros estudos o locus de controle foi associado à ocorrência de estresse e à capacidade de enfrentamento das tensões emocionais e físicas, e o transtorno depressivo foi observado como advindo da percepção de ausência de controle e crença de baixa de auto-eficácia (Baptista *et al.*, 2006; Carrijo & Dela Coleta, 2010; Magalhães *et al.*, 2005), destacando que a predominância do locus de controle externo, além de aumentar a suscetibilidade ao

estresse, influencia e é influenciado pelos sintomas depressivos. O estudo de Rodrigues e Pereira (2007), citando Agyle e Martin (1991), correlaciona lócus de controle e sintomas depressivos, reiterando que os depressivos tendem a interpretar os acontecimentos negativos devido a si próprios, generalizáveis e permanentes, enquanto as pessoas felizes fazem estas atribuições aos acontecimentos positivos, e assinalam que existe mutualidade entre internalidade e satisfação com a sua vida. A maioria dos estudos encontrados que versam sobre lócus de controle e depressão, os relacionam com situações de doenças sistêmicas, tais como câncer de mama (Baptista *et al.*, 2006), *diabetes mellitus* (Carrijo & Dela Coleta, 2010) e transtorno do pânico (Magalhães, 2005). Por fim, um único artigo tentou relacionar a depressão pós-parto com a conjugalidade e o lócus de controle (Silva *et al.*, 2010), observando o choro fácil e nervosismo como as principais reações emocionais da puérpera, além do sentimento de frustração e insegurança advinda do novo status adquirido no exercício da maternidade, o qual demanda redefinição de papéis, adaptações e mudanças pessoais. A amplificação do estresse, o suporte conjugal e apoio limitados, somado ao desconhecimento sobre a sintomatologia, diagnóstico e prognóstico do transtorno, mostram-se como aspecto adverso no reequilíbrio emocional da puérpera. As relações afetivas conjugais preservadas agiram como promotores da saúde mental.

A partir dos estudos, pode-se considerar a depressão pós-parto como um transtorno associado a uma mudança estrutural definitiva, concomitante ao novo ciclo de vida no relacionamento que até então era somente conjugal. Menezes e Lopes, (2007), reiteram que não é o episódio da transição para a parentalidade que origina o desequilíbrio no sistema familiar e conjugal, e sim a história conjugal e atributos de sua relação afetiva que se mostra relevante para o evento ou não de uma crise. A qualidade e apoio conjugal obtidos na adaptação a essa etapa influencia o início e desenvolvimento do transtorno puerperal (Baptista *et al.*, 2008; Guedes-Silva *et al.*, 2003, Moraes *et al.*, 2000; Ruschi *et al.*, 2007). Considera-se que o lócus de controle, na sua dimensão individual e relacional, retroalimenta as percepções através do feedback obtido na relação afetiva. Nesta perspectiva, a relação com o lócus de controle, crença sobre a determinação das ocorrências na vida desta puérpera, influencia diretamente na vivência desta mesma conjugalidade (Baptista *et al.*, 2008; Figueiredo, 2005), ou seja, influencia a percepção da relação conjugal, de forma positiva ou negativa.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática, buscando correlação entre as variáveis depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle, apontou para número expressivo de estudos abordando o transtorno de humor depressivo e a conjugalidade, incluindo a questão parental. O locus de controle recebeu ênfase em questões relativas a tratamentos médicos. Ainda, observou-se que a investigação da depressão pós-parto foi considerada sob o prisma psicossocial, examinando fatores associados a sua ocorrência, epidemiologia e principalmente correlacionando a depressão pós-parto à influência da qualidade e estrutura das relações conjugais. A depressão pós-parto retrata o sofrimento que acomete as puérperas e sua prevalência em nosso meio atinge de 10 a 42% das amostras. Estudos encontraram maior propensão à depressão pós-parto nos grupos de primíparas e, noutro extremo, múltiparas, com mais de 3 filhos. Os sintomas biopsicossociais que acompanham a depressão pós-parto confirmam a complexidade do tema ao demonstrar divergência nas prevalências encontradas, multiplicidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias propostas (Ruschi *et al.*, 2007).

Uma vez que a depressão pós-parto nem sempre é percebida adequadamente pelos familiares, a visibilidade do sofrimento pós-parto, assim como a tomada de decisão sobre as intervenções pertinentes poderão prevenir graves problemas pessoais e familiares (Coutinho & Saraiva, 2008a). Fraga *et al.* (2008) apontam efeitos positivos das intervenções de suporte e informações aos pais, resultando em menor nível de estresse parental e materno, redução da ansiedade e depressão materna, maior aceitação dos pais quando em nascimento prematuro, maior interação destes com o bebê no tratamento intensivo, e maior crença das puérperas na sua habilidade em exercer a maternagem.

Neste contexto, a depressão puerperal afeta não só a saúde da mulher, mas repercute na interação social e estrutura conjugal (Coutinho & Saraiva, 2008b). Muito se tem escrito sobre a depressão puerperal e suas consequências para a maternagem, e poucos estudos investigaram o impacto que esta patologia tem na conjugalidade, que aspectos podem ser protetores e capazes de prevenir e/ou alterar o quadro depressivo.

Ao buscar compreender a depressão pós-parto, encontraram-se estudos atuais que indicam o acompanhamento extensivo anterior ao parto como um método eficiente

na prevenção e controle do transtorno depressivo pós-parto. A avaliação precoce durante a gestação, incluindo o cônjuge e, por extensão, a família de seu convívio, pode trazer benefícios a longo prazo, uma vez que a saúde mental da mãe vai repercutir nos cuidados diretos ao bebê e no relacionamento conjugal. A maioria dos estudos é consensual ao considerar a importância da elaboração de programas diferenciados de políticas públicas de saúde coletiva, voltados para a comunidade feminina durante sua fase reprodutiva. Saraiva e Coutinho (2008) destacam também que o conhecimento aprofundado do pensamento puerperal oferece a apreensão do sofrimento psíquico e evita maiores consequências, tais como somatizações, quadro psicótico, separação conjugal e a rejeição total ao bebê. O enfrentamento dos sintomas de forma ativa, mantendo e ampliando as redes sociais, pode auxiliar a lidar com as alterações sofridas nesta etapa.

A depressão pós-parto, considerada limitante à autonomia e enfrentamento eficaz dos problemas que se apresentam como rotina nesta fase, tem uma expectativa de locus de controle externo. Neste sentido, a puérpera atribui-se uma postura fragilizada, desprovida de volição suficiente para obter satisfação por seus esforços e habilidades. Sendo que por habilidade entende-se um conjunto de especialidades a se apreender, a meta desta fase seria desenvolver modos mais adaptativos de enfrentamento, planejando atividades prazerosas e favorecendo a proximidade conjugal. A relação existente entre locus de controle e conjugalidade é de retroalimentação, e desenvolve-se proporcionalmente à sua ocorrência. A conexão entre depressão, locus de controle e conjugalidade, e suas interfaces, mostra-se como um campo amplo para explorar as possibilidades de superação dessa crise, aquisição de papéis de suporte adequados a essa fase, e para o equilíbrio da relação conjugal e, conseqüentemente, da família em questão.

Enfim, essa revisão, priorizando a produção nacional, atingiu o objetivo de verificar como os temas têm sido abordados e difundidos em nosso contexto. As pesquisas relacionando estes descritores têm um campo quase intacto, apesar de reconhecido. Devido à escassez de estudos em nosso meio científico, relacionando depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle, se evidencia a necessidade de promover mais pesquisas adequadas ao perfil da nossa população.

## REFERÊNCIAS

- Baptista, M. N., Alves, G. A. S. & Santos, T. M. M. (2008) Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2),260-271.
- Baptista, M. N., Santos, K. M. & Dias, R. R. (2006) Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 24(44), 27-36.
- Carrijo, R. S. & Dela Coleta, M. F. A influência de variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos. Recuperado em 10 dezembro, 2010, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/3828/2833>
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A (2008a) As representações sociais elaboradas por mães puérperas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 244-259.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008b) Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 759-773.
- Figueiredo, P. M. V. (2005) A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciência & Cognição*,16, 123-132.
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M. L., Carvalho, A. E. V. & Martinez, F. E. (2008) Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 21(1), 33-41.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005) Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*,10(1), 47-55.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C. M., Schmidt, C., Piccinini, C. A. & Bosa, C.(2005) O conceito da coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(3), 84-94.

- Frizzo, G. B., Prado, L. C. P., Linares J. L. & Piccinini, C. A. (2010) Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 23(1), 46-55.
- Guedes-Silva, D., Souza, M. R.; Moreira, V. P. & Genestra, M. (2003) Depressão pós-parto: prevenção e consequência. *Revista Mal-Estar Subjetivo*, 3(2), 439-450.
- Magagnin, C., Körbes, J. M., Hernandez, J. A. E., Cafruni, S., Rodrigues, M. T. & Zarpelon, M. (2003) Da conjugalidade à parentalidade: gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia*, 17(18), 41-52.
- Magalhães, S. H. T. & Loureiro, S. R. (2005) Transtorno de Pânico: nível de stress e locus de controle. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 233-240.
- Mattar, R., Silva, E. Y. K., Camano, L., Abrahão, A. R., Colás, O. R., Andalaft, J. N. & Lippi, U. G. (2007) Violência doméstica como indicador de risco de rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(9), 470-477.m
- Menezes, C. C. & Lopes, R. C. S. (2007) Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Moraes, M. C. J., Moraes, G. R. J., Veloso, F. G. C., Alves, G. M. M. & Troccoli, B. T. (2009) Influência das percepções maritais/parentais sobre relacionamentos de conjugalidade: método ADI/TIP. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 647-655.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D. & Lopes, R. S. (2009) Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.
- Rodrigues, D. M. & Pereira, C. A. A. (2007) A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 181-196.
- Rolim, M. L. N, Rocha, V. M. & Silva, L. B. (2005) A depressão pós-parto em vozes que interpretam. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 109-115.

- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y.; Mattar, R., Chambô, A., Zandonade Filho, E. & Lima, V. J. (2007) Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280.
- Saraiva, E. R. A. & Coutinho M. P. L. (2007) A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*, 12(2), 319-326.
- Saraiva, E. R. A. & Coutinho, M. P. L. (2008) O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista Mal-Estar Subjetivo*, 8(2) 505-527.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Muller, M. C. (2005) Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2010) Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-531.
- Silva, F. C. S., Araújo, T. M., Araújo, M. F. M., Carvalho, C. M. L. & Caetano, J. A. (2010) Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm.*, 23(3), 411-416.
- Sotto-Mayor, I. M. B. de & Piccinini, C. A. (2005) Relacionamento conjugal e depressão maternal. *Psico (Porto Alegre)*, 36(2), 135-148.
- Schwengber, D. D. S, & Piccinini, C. A.(2003) O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.