

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 1-13, jan.-dez. 2022 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p> http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38230</p>	

SEÇÃO: ARTIGO

Relações entre a saúde mental e a conjugalidade de gestantes primíparas

Relationship between mental health and conjugality of primiparous pregnant
Relación entre salud mental y la conyugalidad de embarazadas primíparas

João Marcos de Oliveira¹

orcid.org/0000-0001-5494-3985
joamarcosdeoliveira@gmail.com

Patrícia Alvarenga²

orcid.org/0000-0001-9079-4956
palvarenga66@gmail.com

Zelma Freitas Soares³

orcid.org/0000-0002-6741-3171
soareszelma@gmail.com

Recebido em: 20 maio 2020.

Aprovado em: 18 nov. 2020.

Publicado em: 30 nov. 2022.

Resumo: Este estudo avaliou as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental da mulher e conjugalidade durante a gestação. Participaram desta pesquisa correlacional 50 mulheres primíparas, que coabitavam com o genitor do bebê e que estavam no segundo ou terceiro trimestre de gestação do primeiro filho. Os sintomas de transtornos mentais comuns foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e os sintomas depressivos pelo Inventário Beck de Depressão (BDI-I). A conjugalidade foi avaliada com a Escala de Ajustamento Diádico. Os resultados de testes de correlação e de comparação de grupos mostraram que a presença de sintomas de transtornos mentais comuns e de depressão esteve associada a menor nível de ajustamento diádico. Discute-se a importância de identificar problemas na saúde mental da mulher e no ajustamento diádico durante a gestação, para favorecer o bem-estar da tríade mãe-pai-bebê na transição para a parentalidade.

Palavras-chave: parentalidade, saúde mental, relações conjugais, gravidez

Abstract: This study evaluated the relation between sociodemographic variables and women's mental health and conjugality during pregnancy. Participated in this correlational research 50 primiparous women, who cohabited with the baby's father and were in the second or third trimester of their first child pregnancy. The symptoms of common mental disorders were evaluated by the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and the depressive symptoms by the Beck Depression Inventory (BDI-I). Conjugality was evaluated with the Dyadic Adjustment Scale. Results from correlations and group comparison tests showed that the presence of depressive symptoms and symptoms of common mental disorders were associated with lower levels of dyadic adjustment. The importance of identifying problems in women's mental health and dyadic adjustment during pregnancy is discussed in order to promote the well-being of the mother-father-baby triad at the transition to parenthood.

Keywords: parenthood, mental health, marital relationships, pregnancy

Resumen: Este estudio evaluó las relaciones entre variables sociodemográficas, salud mental y conyugalidad de mujeres durante el embarazo. Participaron en este investigación correlacional 50 mujeres primíparas, viviendo con los padres del los bebés y estando en el segundo o tercer trimestre de embarazo del primer hijo. Los síntomas de trastornos mentales comunes fueron evaluados por el Cuestionario de Autoinforme (SRQ-20) y los síntomas de depresión por el Inventario de Depresión de Beck (IDB-I). La conyugalidad fue evaluada por la Escala de Ajuste Diádico. Los resultados de los testes de correlación y comparación de grupos mostraron que la presencia de síntomas de depresivos y de trastornos mentales comunes se asoció a un menor nivel de ajuste diádico. Se discute la importancia de identificar problemas en la salud mental de las mujeres y en el ajuste diádico durante el embarazo para favorecer la tríada madre-padre-bebé en la transición para la parentalidad.

Palabras clave: parentalidad, salud mental, conyugalidad, embarazo



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

O período de transição para a parentalidade pode se caracterizar por uma multiplicidade de cenários, mas tem sido considerado uma fase de potencial crise, que envolve mudanças graduais e progressivas, na qual os antigos padrões de interação do casal podem tornar-se inadequados (Cowan et al., 1991). Embora existam controvérsias quanto à demarcação dessa fase, a gestação se estabelece enquanto o período inicial para a transição em todas as perspectivas relativas a pais biológicos (Schumacher & Meleis, 1994). Contudo, os ajustes decorrentes da transição para a parentalidade, muitas vezes, se estendem até os dois ou três anos de vida da criança, embora as pesquisas nessa área investiguem, prioritariamente, o período entre a gestação e os 18 meses do bebê (Schumacher & Meleis, 1994).

A gestação se caracteriza por mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da mulher (Piccinini et al., 2008; Zanettini et al., 2019). A maneira como o casal vive estas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade, na relação mãe-bebê e na própria conjugalidade, pois esse contexto de mudanças envolve adaptação a inúmeras demandas situacionais da conjugalidade, que requerem um nível expressivo de flexibilidade (Hernandez & Hutz, 2008).

O Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho é útil para compreender o início do processo de transição para a parentalidade (Cowan et al., 1991). O modelo é composto pelos seguintes domínios: (a) individual, relacionado a características de cada um dos membros da família, como saúde mental, autoestima e expectativas quanto ao parto e ao bebê; (b) conjugal, relacionado às interações do casal, com ênfase em aspectos românticos da relação, na divisão do trabalho e nos padrões de comunicação; (c) parental, sobre a relação entre cada cuidador e o bebê; (d) intergeracional, referente às relações intergeracionais entre os avós, pais e netos; e (e) social, relacionado ao equilíbrio entre os estressores externos à família e o apoio social. No início do processo de transição para

a parentalidade, ou seja, na gestação, variáveis individuais de cada um dos cônjuges e a qualidade da relação do casal são particularmente relevantes. Considerando o fato de que tanto a saúde mental, quanto a conjugalidade são características que antecedem a chegada de um filho, conhecer as características das mães ainda no período pré-natal pode auxiliar na compreensão sobre os processos de transição, de modo que se permita favorecer a qualidade de vida da mulher e a relação do casal, assim como proteger o desenvolvimento infantil.

Adicionalmente, a gravidez parece ser um período que demanda especial atenção à saúde mental das mulheres, porque a prevalência de problemas psicológicos na gestação é superior à taxa do pós-parto, especialmente, em relação a mulheres primíparas (Paulson et al., 2016; Sipsma et al., 2016), aquelas que aguardam o primeiro parto ou mulheres que tiveram um primeiro filho nascido vivo. Além disso, as mulheres que vivenciam declínio da saúde mental durante a gestação têm maior risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (Alvarenga & Frizzo, 2017). A avaliação da saúde mental da mulher durante a gestação tem sido realizada com a aplicação de escalas como o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (Mari & Williams, 1986), o Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001), a Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Santos et al., 2015) e a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987).

A conjugalidade, por sua vez, pode ser definida como a união entre duas pessoas, independentemente de contrato formal, caracterizada por relações afetivo-sexuais e de intimidade, em que os membros podem exercer e negociar diferentes funções para a manutenção da unidade familiar (Nascimento et al., 2015). Uma das possibilidades de avaliação padronizada da conjugalidade é realizada por meio do componente ajustamento diádico, compreendido como um conjunto de percepções individuais quanto à concordância, à satisfação, à proximidade e à expressão de afeto no relacionamento e no

cotidiano do casal (Hernandez & Hutz, 2009). A Escala de Ajustamento Diádico (EAD) permite a identificação de indivíduos considerados em sofrimento no relacionamento conjugal e indivíduos com relacionamentos ajustados (Hernandez, 2008; Hernandez & Hutz, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Achados empíricos sobre a percepção e a satisfação de gestantes acerca da conjugalidade mostram uma associação positiva entre a percepção de intimidade na relação e a satisfação conjugal e negativa em relação à presença de preocupações. Esses achados indicam que percepção de intimidade na relação, assim como satisfação conjugal, revelam-se como variáveis protetivas para a mulher neste período (Castanheira et al., 2017).

No que se refere às relações entre saúde mental e à qualidade do relacionamento conjugal, no contexto da transição para a parentalidade, ainda não há clareza na literatura quanto à direção dessas relações, sendo plausível pressupor que ambas as variáveis se afetam reciprocamente. Dessa maneira, entende-se que sintomas de transtornos mentais em um dos cônjuges podem prejudicar a relação do casal, assim como problemas na conjugalidade podem desencadear ou agravar problemas de saúde mental dos cônjuges. Por exemplo, existem evidências de que a comunicação do casal e a relação conjugal de maneira ampla são prejudicadas quando mães primíparas sofrem de depressão (Alipour et al., 2019; Frizzo et al., 2011; Rollè et al., 2017). Foi constatado também que a menor participação dos pais nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas está relacionada à ocorrência de depressão em mulheres, assim como a menor satisfação conjugal (Frizzo et al., 2011; Frizzo et al., 2019; Pedrotti, 2016). Em contrapartida, quanto maior a satisfação conjugal e o apoio do parceiro, menor a chance de desenvolvimento de sintomatologia depressiva materna (Alipour et al., 2019; Figueiredo et al., 2018; Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017; Sipsma et al., 2016). Quanto à incidência e à prevalência de transtornos mentais em homens e mulheres, estudos epidemiológicos indicam que as mulheres tendem a sofrer mais com sintomas

de depressão e ansiedade (Cunha et al., 2012) e que esses sintomas tendem a se agravar ou mesmo surgir durante a gestação (Arrais et al., 2019; Silva et al., 2016). Essas evidências mostram a relevância de considerar o estudo dessa variável do domínio individual em mulheres na transição para a parentalidade.

Além da saúde mental, outros fatores podem atuar como risco na transição para a parentalidade. Apesar da escassez da literatura quanto à investigação de processos de transição para a parentalidade em contextos de baixa renda e escolaridade, sabe-se que, de maneira geral, a vulnerabilidade socioeconômica é um fator de risco tanto para a saúde mental (Silva, 2018; Silva et al., 2020) quanto para a satisfação conjugal (Aguilar et al., 2018; Bassi et al., 2017; Hartmann et al., 2017). As mulheres de baixa renda, por exemplo, tendem a experimentar maiores taxas de depressão quando comparadas a mulheres com renda superior (Fisher et al., 2012; Gelaye et al., 2016; Matos et al., 2020), assim como os países de baixa renda *per capita* parecem possuir maiores prevalências de depressão entre as mulheres durante a gravidez (Fisher et al., 2012; Gelaye et al., 2016).

A análise do Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho (Cowan et al., 1991) e de evidências da literatura sugerem que os domínios individual e da conjugalidade interagem e são relevantes para compreender o início do processo de transição para a parentalidade, ainda na gestação. Considerando o fato de ser a mulher que experimenta de modo mais direto e intenso as mudanças provocadas pela gestação, é fundamental investigar aspectos relacionados a esses domínios entre gestantes. O presente estudo teve como objetivo avaliar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental da mulher e conjugalidade durante a gestação. As hipóteses que nortearam essa investigação foram as seguintes: (a) quanto menores a renda e a escolaridade, maiores as frequências de indicadores de depressão e de sintomas de transtornos mentais comuns e menores os escores de ajustamento diádico e

suas respectivas dimensões; e (b) quanto maior a frequência de indicadores de depressão ou de sintomas de transtornos mentais comuns, menores os escores de ajustamento diádico e de suas dimensões.

Método

Participantes

Participaram deste estudo de delineamento correlacional 50 mulheres primíparas, que coabitavam com o genitor do bebê, e que estavam no segundo ou terceiro trimestre de gestação do primeiro filho com o companheiro atual. A amostra foi recrutada em duas maternidades públicas (uma da rede própria do SUS e outra da rede complementar) e em duas Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Salvador, BA. Foram excluídas gestantes que não coabitavam com o pai do bebê ou que apresentavam idade

inferior a 18 anos. As gestantes tinham idades entre 18 e 41 anos [$M = 26,58$ ($DP = 6,14$)], 11 anos de escolaridade em média [$M = 10,96$ ($DP = 2,16$)] e de 17 a 39 semanas de gestação [$M = 30,34$ ($DP = 6,05$)]. O tempo médio de relacionamento dos casais foi de, aproximadamente, 52 meses [$M = 52,24$ ($DP = 51,99$)]. Cerca de metade das gestantes (46%) exercia atividade remunerada. Os companheiros das gestantes tinham média de idade de 27 anos [$M = 27,48$ ($DP = 5,48$)], 10 anos de escolaridade em média [$M = 10,24$ ($DP = 2,08$)] e a maioria exercia atividade remunerada (84%). A renda familiar mensal média foi de R\$ 1.739,50 ($DP = 1.240,41$) e a quantidade média de moradores por residência foi de, aproximadamente, duas pessoas [$M = 2,52$ ($DP = 0,97$)]. Detalhes sobre as características sociodemográficas da amostra constam na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos Casais

Variáveis	N	Média (Desvio-padrão) / Mediana/ Frequência
Idade da gestante (anos)	50	$M = 26,58$ ($DP = 6,14$)
Escolaridade da gestante (anos)	50	$M = 10,96$ ($DP = 2,16$)
Semanas de gestação	50	$M = 30,34$ ($DP = 6,05$)
Planejamento da gestação*		
Esperada	20	40%
Inesperada	28	56%
Tempo de relacionamento do casal (meses)	49	$M = 52,24$ ($DP = 51,99$) $Md = 36,00$
Atividade remunerada da gestante		
Possui	23	46%
Não possui	27	54%
Idade do companheiro (anos)	50	$M = 27,48$ ($DP = 5,48$)
Escolaridade do companheiro (anos)	49	$M = 10,24$ ($DP = 2,08$)
Atividade remunerada do companheiro		
Possui	42	84%
Não possui	8	16%
Renda familiar mensal (Reais)	50	$M = 1.739,50$ ($DP = 1.240,41$) $Md = 1.350,00$
Número de moradores na residência	50	$M = 2,52$ ($DP = 0,97$)

*Nota 1: duas gestantes não informaram aspectos relacionados ao planejamento da gestação

Procedimentos de coleta de dados e considerações éticas

O projeto foi submetido ao sistema CEP/CO-

NEP e sua execução seguiu as leis nacionais e institucionais que orientam procedimentos éticos para estudos com participantes humanos. O con-

vite para as gestantes participarem do estudo foi realizado, a partir de uma abordagem individual, nas salas de espera das unidades de saúde. Em seguida, as gestantes foram conduzidas para salas das unidades com acesso restrito. Após a pesquisa ter sido explicada detalhadamente, as gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ofertaram respostas aos instrumentos utilizados na presente pesquisa. A saúde mental da gestante foi investigada a partir das variáveis transtornos mentais comuns e indicadores de depressão, avaliadas, respectivamente, por meio do Self-Report Questionnaire (SRQ-20) e do Inventário Beck de Depressão (BDI). Em seguida, a conjugalidade foi avaliada a partir da variável ajustamento diádico, por meio da Escala de Ajustamento Diádico (EAD). Todos os instrumentos foram aplicados individualmente, em forma de entrevista, com o auxílio de um cartão com as alternativas de resposta, utilizado pelas participantes para indicar sua resposta a cada item. A aplicação de todos os instrumentos durou, aproximadamente, 40 minutos. Caso as participantes manifestassem interesse ou necessidade, foi garantido o atendimento psicológico especializado em instituições com serviços gratuitos ou com baixo custo.

Ficha de dados sociodemográficos. Utilizada para coletar informações relacionadas a idade, sexo, escolaridade, *status* conjugal e renda familiar, contato prévio ou acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra, uso de medicamentos psicotrópicos, além do planejamento da gravidez.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). É um instrumento de triagem utilizado para identificar sintomas de transtornos mentais comuns, composto por 20 itens que avaliam sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes. A soma das respostas "sim" resulta no escore total. Escores de oito ou mais pontos indicam suspeita de transtornos mentais comuns. Para fins de comparação, participantes com escore igual ou inferior a sete foram consideradas "gestantes sem suspeita de transtorno mental comum" e participantes com escores iguais ou superiores a oito foram agrupadas como "gestantes com

suspeita de transtorno mental comum". A consistência interna geral do instrumento, verificada em uma pesquisa com trabalhadores urbanos em uma cidade brasileira, foi de 0,80 (Mari & Williams, 1986; Santos et al., 2009).

Inventário Beck de Depressão (BDI). É um instrumento de autorrelato, composto por 21 itens relativos a sintomas indicadores de depressão. O escore total é dado pela soma da pontuação em cada item e pode ser classificado em: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). Para fins de comparação, participantes com escore mínimo foram consideradas "gestantes sem indicadores de depressão" e participantes com escores leves, moderados ou graves foram agrupadas como "gestantes com indicadores de depressão". A versão em português do instrumento possui consistência interna de 0,84 (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001).

Escala de Ajustamento Diádico (EAD). É formada por quatro fatores: (a) consenso diádico, dimensão que avalia a concordância do casal sobre aspectos básicos do relacionamento com finanças, lazer e amizades; (b) satisfação diádica, que investiga as percepções sobre questões associadas ao divórcio, separação ou saída de casa, do arrependimento de estar casado, de conflitos, do bem-estar, da felicidade e do compromisso com o relacionamento; (c) coesão diádica, que examina a percepção de compartilhamento emocional do casal, e (d) expressão diádica de afeto, que identifica a percepção de concordância sobre demonstrações de afeto e relações sexuais. O escore total da escala é obtido pela soma de todas as respostas e pode variar de 0 a 151. Valores inferiores ou iguais a 101 correspondem a indivíduos considerados em sofrimento no relacionamento conjugal e valores iguais ou superiores a 102 correspondem a indivíduos com relacionamentos ajustados. A EAD possui alpha de Cronbach de 0,93 para a escala total e os seguintes valores para seus respectivos fatores: 0,86, 0,86, 0,76 e 0,62 (Hernandez, 2008; Hernandez & Hutz, 2009; Scorsolini-Comin & Santos, 2011).

Procedimentos de análise de dados

Estatísticas descritivas foram utilizadas para verificar média e desvio-padrão dos escores totais e dimensionais nas medidas utilizadas, e frequências de diferentes categorias de classificação dos escores nas medidas de saúde mental. O Teste de correlação de Spearman e o Teste Mann-Whitney foram utilizados para examinar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental e conjugalidade.

Resultados

No que diz respeito à frequência simples e à porcentagem de participantes nas classificações para as medidas de sintomas de transtornos mentais comuns, a maioria das gestantes apresentou um perfil sem suspeita de transtorno mental comum (72%), assim como não apresentou indicadores de depressão (64%). A maior parte das participantes com indicadores de depressão foi classificada na categoria leve (20%), as demais foram classificadas nas categorias moderado (14%) e grave (2%). Quanto ao ajustamento conjugal, a maioria (82%) das participantes relatou estar bem ajustada em seu relacionamento. A

Tabela 2 apresenta as médias e desvios-padrão, o intervalo de confiança e os valores mínimo e máximo para as medidas de transtornos mentais comuns, indicadores de depressão e de ajustamento diádico. As gestantes apresentaram aproximadamente sete sintomas de transtornos mentais comuns [$M = 6,66$ ($DP = 4,05$); $IC = 5,51; 7,81$], índice que fica abaixo do ponto de corte para suspeita de transtornos mentais. As participantes obtiveram cerca de 12 pontos na avaliação dos sintomas de depressão [$M = 11,76$ ($DP = 8,83$); $IC = 9,25; 14,27$], valor que se encontra na categoria de depressão leve. Os valores para ajustamento diádico foram calculados para o escore geral para cada dimensão. O escore geral médio obtido foi de aproximadamente 115 pontos [$M = 114,98$ ($DP = 20,00$); $IC = 109,30; 120,66$], valor correspondente a relacionamentos ajustados. Os valores médios dos escores das dimensões foram: (a) 50,24 ($DP = 9,54$; $IC = 47,53; 52,95$) para consenso diádico, (b) 38,48 ($DP = 8,17$; $IC = 36,16; 40,80$) para satisfação diádica, (c) 16,10 ($DP = 4,29$; $IC = 14,88; 17,32$) para coesão diádica e (d) 10,16 ($DP = 2,16$; $IC = 9,55; 10,77$) para expressão de afeto.

Tabela 2 – Média e Desvio-Padrão, Intervalo de Confiança (95%), Valores Mínimo e Máximo dos Sintomas de Transtornos Mentais Comuns, Indicadores de Depressão, Ajustamento Diádico e suas Dimensões

Variável	Média (Desvio-padrão)	Intervalo de confiança	Mínimo	Máximo
Sintomas de transtornos mentais comuns	6,66 (4,05)	5,51; 7,81	1	19
Indicadores de depressão	11,76 (8,83)	9,25; 14,27	2	42
Ajustamento diádico	114,98 (20,00)	109,30; 120,66	42	142
Consenso diádico	50,24 (9,54)	47,53; 52,95	16	63
Satisfação diádica	38,48 (8,17)	36,16; 40,80	15	50
Coesão diádica	16,10 (4,29)	14,88; 17,32	6	24
Expressão de afeto	10,16 (2,16)	9,55; 10,77	2	12

Quanto aos resultados das correlações, apresentados na Tabela 3, nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentou correlação significativa com as medidas de saúde mental. Contudo, tempo de relacionamento e renda familiar apresentaram correlação com as medidas de ajustamento diádico. O tempo de relacionamento

(em meses) teve correlação negativa fraca com a dimensão coesão diádica do EAD ($r = -0,29, p < 0,05$), de modo que, quanto menor o tempo de relacionamento, maior a coesão do casal. A renda familiar mensal apresentou correlação negativa fraca significativa com a dimensão expressão de afeto do EAD ($r = -0,34, p < 0,05$), o que indica

que, quanto maior a renda familiar, menor a expressão de afeto.

O escore total do SRQ-20 e o escore do BDI correlacionaram-se positivamente ($r = 0,68, p < 0,01$), enquanto o escore do SRQ-20 apresentou correlações negativas de fracas a moderadas com o escore total do EAD ($r = -0,38, p < 0,01$) e com as dimensões consenso diádico ($r = -0,32, p < 0,05$) e expressão de afeto ($r = -0,48, p < 0,01$). Assim, quanto maiores os escores de transtornos mentais comuns, menores os escores de ajustamento diádico, consenso diádico e expressão de afeto. Os indicadores de depressão do BDI,

por sua vez, apresentaram correlações negativas moderadas com o escore total de ajustamento diádico ($r = -0,52, p < 0,01$) e suas dimensões consenso diádico ($r = -0,49, p < 0,01$), satisfação diádica ($r = -0,47, p < 0,01$) e expressão de afeto ($r = -0,45, p < 0,01$). Esses resultados indicam que, quanto maiores os escores de depressão, menores o ajustamento diádico, o consenso diádico, a satisfação diádica e a expressão de afeto. A coesão diádica foi a única dimensão do EAD que não apresentou correlações significativas com os escores de saúde mental.

Tabela 3 – Correlações (rô de Spearman) entre Variáveis Sociodemográficas e os Escores do SRQ-20, BDI e EAD (N = 50)

	8	9	10	11	12	13	14
1. Idade da mãe	-,04	-,20	,14	-,05	,21	-,14	,09
2. Escolaridade da mãe	-,06	-,03	,06	,01	,24	-,22	,10
3. Tempo de relacionamento	-,14	-,12	,04	-,14	-,29*	,00	-,10
4. Idade do pai	-,08	-,19	,21	-,08	-,10	-,10	,03
5. Escolaridade do pai	,04	,14	-,03	-,00	,10	,01	-,03
6. Renda familiar	,06	,12	-,13	-,19	-,06	-,34*	-,16
7. Moradores na casa	,07	,25	-,11	-,16	,09	-,26	-,12
8. Escore do SRQ		,68**	-,32*	-,34*	-,19	-,48**	-,38**
9. Escore do BDI			-,49**	-,47**	-,24	-,45**	-,52**
10. Consenso diádico				,64**	,39**	,36**	,87**
11. Satisfação diádica					,42**	,61**	,86**
12. Coesão diádica						,30*	,66**
13. Expressão de afeto							,59**
14. Escore do EAD							

Nota 2: As variáveis tempo de relacionamento e escolaridade do pai têm 49 casos válidos, porque uma participante não soube informar.

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Na terceira etapa de análise, os escores de ajustamento diádico dos grupos sem suspeita e com suspeita para transtornos mentais comuns foram comparados para verificar eventuais diferenças. A Tabela 4 apresenta médias, desvios-padrão e medianas de ajustamento diádico dos grupos sem e com suspeita para transtornos mentais comuns, assim como os valores de U e p para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores revelou diferença significativa entre os

grupos, com o grupo sem suspeita de transtornos mentais apresentando maiores valores para consenso diádico ($M = 52,61; DP = 6,73; Md = 52,50, p < 0,05$), satisfação diádica ($M = 41,00; DP = 4,01; Md = 40,00, p < 0,05$), expressão de afeto ($M = 10,67; DP = 1,41; Md = 11,00, p < 0,05$) e ajustamento diádico ($M = 120,97; DP = 11,20; Md = 122,00, p < 0,05$) em relação ao grupo com suspeita.

Tabela 4 – Resultados do Teste Mann-Whitney entre os Grupos de Classificação de Suspeita para Transtornos Mentais Comuns (SRQ-20) e indicadores de Depressão (BDI) para o Ajustamento Diádico

	Sem suspeita de transtorno mental		Com suspeita de transtorno mental		<i>U</i>	<i>P</i>
	(n = 36)		(n = 14)			
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Consenso diádico	52,61 (6,73)	52,50	44,14 (12,85)	48,50	152,00	0,03
Satisfação diádica	41,00 (4,01)	40,00	32,00 (12,05)	34,00	152,00	0,03
Coesão diádica	16,69 (3,88)	16,00	14,57 (5,02)	14,50	187,00	0,16
Expressão de afeto	10,67 (1,41)	11,00	8,86 (3,11)	10,00	155,50	0,03
Ajustamento diádico	120,97 (11,20)	122,00	99,57 (28,54)	104,00	142,50	0,02
	Sem indicadores de depressão		Com indicadores de depressão		<i>U</i>	<i>P</i>
	(n = 32)		(n = 18)			
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Consenso diádico	53,00 (6,61)	53,00	45,33 (11,94)	48,00	169,50	0,02
Satisfação diádica	40,47 (5,89)	40,00	34,94 (10,41)	37,00	189,50	0,05
Coesão diádica	17,09 (4,22)	17,00	14,33 (3,91)	15,00	180,00	0,03
Expressão de afeto	10,84 (1,17)	11,00	8,94 (2,92)	10,00	162,50	0,01
Ajustamento diádico	121,41 (13,61)	124,00	103,56 (24,47)	111,50	151,00	0,01

Os escores de ajustamento diádico dos grupos sem indicadores de depressão e com indicadores de depressão também foram examinados com o teste Mann-Whitney para verificar diferenças. A Tabela 4 também apresenta médias, desvios-padrão e medianas de ajustamento diádico dos grupos sem e com indicadores de depressão, assim como os valores de *U* e *p* para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores revela valores significativamente maiores, para o grupo sem indicadores de depressão, quanto ao consenso diádico ($M = 53,00$; $DP = 6,61$; $Md = 53,00$, $p < 0,05$), satisfação diádica ($M = 40,47$; $DP = 5,89$; $Md = 40,00$, $p < 0,05$), coesão diádica ($M = 17,09$; $DP = 4,22$; $Md = 17,00$, $p < 0,01$), expressão de afeto ($M = 10,84$; $DP = 1,17$; $Md = 11,00$, $p < 0,01$) e ajustamento diádico ($M = 121,41$; $DP = 13,61$; $Md = 124,00$, $p < 0,01$), quando comparado ao grupo com indicadores de depressão.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar as relações entre variáveis sociodemográficas, saúde mental materna e conjugalidade em ges-

tantes durante o período inicial de transição para a parentalidade. Foi confirmada a hipótese de que, quanto maior a frequência de indicadores de depressão ou de sintomas de transtornos mentais comuns, menores seriam os escores de ajustamento diádico e de suas dimensões. Tanto os sintomas de transtornos mentais quanto os indicadores de depressão estiveram negativamente correlacionados com o ajustamento diádico e com as suas dimensões de consenso diádico, satisfação diádica e expressão de afeto. Embora a coesão diádica, especificamente, não tenha apresentado correlações com a saúde mental da gestante, as análises de comparação de grupos revelaram diferenças significativas em todas as dimensões do ajustamento diádico, inclusive a coesão diádica, entre participantes com e sem indicadores de depressão. O grupo com indicadores de depressão obteve menores escores do que o grupo sem esses indicadores em todas as dimensões. Em relação aos grupos com e sem suspeita de transtorno mental, foi verificada a mesma tendência. Foram identificadas diferenças significativas nos escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, exceto pela coe-

são diádica, de modo que o grupo com suspeita de transtorno mental obteve menores escores que o grupo sem suspeita de transtorno mental.

Apesar de a relação entre depressão e ajustamento diádico e suas dimensões ser amplamente investigada, a literatura não discute em profundidade as razões ou mecanismos que poderiam explicá-la (Hernandez & Hutz, 2008). A natureza correlacional do presente estudo também não permite a compreensão completa dos mecanismos de associação entre os domínios da saúde mental e da conjugalidade. No entanto, as relações encontradas entre depressão e transtornos mentais comuns e as dimensões da conjugalidade, no presente estudo, permitem o levantamento de algumas hipóteses explicativas, especialmente no que se refere aos sintomas depressivos.

Os sintomas de depressão incluem irritabilidade, fadiga, redução do interesse sexual e da capacidade de sentir prazer em atividades consideradas agradáveis anteriormente (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008). Supõe-se que tais sintomas prejudiquem as dimensões do ajustamento diádico. Por exemplo, a concordância do casal, avaliada pela dimensão consenso diádico em assuntos cotidianos, e a satisfação do casal podem diminuir em decorrência dos conflitos que tendem a se intensificar ou tornar-se mais frequentes devido aos sintomas depressivos (Marchand & Hock, 2000). A expressão de afeto parece ser também vulnerável à depressão, uma vez que a redução do interesse sexual é um dos sintomas de depressão (OMS, 2008) e esse interesse pode ser entendido como uma forma de expressão de afeto entre o casal. Assim como as demais dimensões, é possível que a coesão diádica também seja prejudicada pelo humor deprimido de um dos cônjuges. O casal pode se afastar em decorrência de ou para evitar conflitos motivados pela irritabilidade do indivíduo com sintomas de depressão ou, ainda, porque o companheiro não sente mais prazer ou interesse nas atividades que eram compartilhadas pelo casal.

Além dos efeitos que sintomas de transtornos mentais, como depressão, podem ter sobre o

ajustamento diádico, possivelmente, os sintomas ansiosos e somatoformes têm seus efeitos potencializados quando o casal tem maior tempo de relacionamento. A relação negativa entre tempo de relacionamento e coesão diádica pode ser explicada pela maneira como a intimidade pode ser desenvolvida em um casal. Por exemplo, as atividades compartilhadas no início do relacionamento têm, como uma de suas funções, permitir que os indivíduos desenvolvam intimidade, consigam conhecer as características do outro e manter relacionamentos duradouros. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento da intimidade do casal, as atividades compartilhadas passariam a ocorrer com menor frequência (Kalmijn & Bernasco, 2001). Assim, seriam somados aos efeitos sobre o afastamento do casal, possivelmente influenciados pelos sintomas de transtornos mentais, os efeitos do tempo de relacionamento sobre a coesão diádica.

Além das evidências relativas ao potencial de influência da saúde mental sobre a conjugalidade, existem evidências de uma relação de influência bidirecional entre ambas (Alipour et al., 2019; Pedrotti, 2016; Pedrotti & Frizzo, 2019). Finkbeiner et al. (2013) discutem possíveis maneiras através das quais pode ocorrer a influência bidirecional entre depressão e ajustamento diádico. Os achados de sua pesquisa indicam que sintomas depressivos diminuem o prazer nas relações íntimas com o parceiro o que, por sua vez, reduz a satisfação diádica. Adicionalmente, os autores afirmam que os padrões de discordância na interação de um casal, em que pelo menos um dos membros tenha depressão, podem contribuir para que ambos se sintam isolados e distantes um do outro. Nesse cenário, quanto mais se sentirem distantes e entrarem em conflitos, maiores podem ser as chances de se afastarem e tornarem-se menos satisfeitos com o relacionamento. Como consequência, a menor satisfação com o relacionamento tenderia a aumentar os sintomas de depressão, iniciando um ciclo de mútua influência que pode resultar no afastamento gradual do casal e pode vir a comprometer de forma significativa a qualidade das relações familiares e o desempenho

da parentalidade.

A hipótese que afirmava que, quanto menores a renda e a escolaridade, maiores seriam as frequências de indicadores de depressão e de sintomas de transtornos mentais comuns e menores os escores de ajustamento diádico e suas respectivas dimensões, não foi totalmente apoiada pelos achados do presente estudo. A renda familiar correlacionou-se negativamente apenas com uma dimensão do ajustamento diádico (expressão de afeto). Uma das possibilidades explicativas para esse achado pode ser a de que casais com maior renda sejam, mais frequentemente, casais com dupla carreira, maior jornada de trabalho ou acúmulo de empregos e que, por esse tipo de característica, teriam menos tempo disponível para a interação (Voorpostel et al., 2010), o que favoreceria a redução da expressão de afeto.

Ao contrário do esperado, os resultados não revelaram correlações entre saúde mental das gestantes, renda e escolaridade, contradizendo, dessa forma, evidências apresentadas por pesquisas nacionais e internacionais (Alvarenga & Frizzo, 2017; Fisher et al., 2012; Gelaye et al., 2016). Também não foi verificada correlação significativa entre escolaridade do casal e ajustamento diádico. Apesar de a literatura sobre a relação entre essas duas variáveis ser escassa, Nourani et al. (2019) e Rollè et al. (2017) obtiveram resultados similares aos do presente estudo, uma vez que não encontraram correlações significativas entre escolaridade do casal e ajustamento diádico, nem com suas respectivas dimensões. Apesar de muitos estudos constatarem correlações entre saúde mental e escolaridade, ao investigar separadamente as correlações entre essas variáveis, é possível encontrar evidências contraditórias. Por exemplo, enquanto alguns autores constataram que a baixa escolaridade estava associada à depressão materna, durante a gestação ou durante o pós-parto (Hartmann et al., 2017), outros, por sua vez, não verificaram a mesma relação (Rollè et al., 2017; Thiengo et al., 2012). É possível que variáveis moderadoras ou mediadoras da relação da renda e da escolaridade com a saúde

mental, como por exemplo, as redes de apoio social, expliquem esses resultados. A pesquisa de Gjesfjeld et al. (2010) revelou dois mecanismos de influência do estresse econômico sobre os sintomas depressivos maternos, sendo um deles caracterizado por uma relação direta e positiva e o outro por uma relação indireta. A relação indireta foi caracterizada pela mediação do apoio social, de modo que, quanto maior o estresse econômico, menor o apoio social e maior a frequência de sintomas depressivos. Como no presente estudo não foram investigadas variáveis mediadoras ou moderadoras, tais como apoio social, pode-se supor que tais relações intervenientes entre renda e saúde mental, assim como entre escolaridade do casal e ajustamento diádico, estejam presentes na amostra investigada.

Entre as limitações deste estudo, encontra-se o reduzido tamanho da amostra, que dificulta a generalização dos resultados para a população de gestantes primíparas de baixa renda. Além disso, a homogeneidade da amostra pode ter sido um obstáculo para a obtenção de correlações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis de saúde mental materna e ajustamento diádico, devido à baixa variabilidade nos dados. Em pesquisas futuras, é interessante que se amplie o tamanho e a variabilidade das características sociodemográficas da amostra e se avalie também a saúde mental do parceiro e suas percepções sobre a conjugalidade.

Em suma, os achados deste estudo fortalecem a perspectiva de que o motivo de parte das gestantes sofrerem prejuízos na saúde mental e na qualidade da conjugalidade consiste em um conjunto de fatores relacionados a características individuais, conjugais e contextuais, conforme proposto pelo Modelo Estrutural dos Cinco Domínios da Família com o Primeiro Filho. Os presentes achados sobre as associações entre indicadores de depressão e ajustamento diádico concordam com um amplo conjunto de evidências científicas. Nesse sentido, a identificação de riscos quanto à saúde mental ou ao ajustamento diádico contribui para que os profissionais de saúde iniciem intervenções de prevenção para

proteger a saúde da mulher, do casal e do bebê.

Referências

Aguiar, J., Matias, M., Barham, E. J., & Fontaine, A. M. (2018). Efeitos do Desemprego sobre o Casal: uma Revisão Sistemática. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 173-189. <https://doi.org/10.36298/gerais2019110201>

Alipour, Z., Kazemi, A., Kheirabadi, G., & Eslami, A. (2019). Relationship Between Marital Quality, Social Support and Mental Health During Pregnancy. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00387-8>

Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 51-59. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>

Araújo, A. D. R., Araújo, T. C. C. F., & Schiavo, R. D. A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23-34. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>

Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183-195. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. Psychological Corporation.

Castanheira, E., Correia, P., & Costa, E. C. V. (2017). Relação entre morbidade psicológica, variáveis sociodemográficas e clínicas, percepção de intimidade relacional, satisfação conjugal e preocupações sentidas durante a gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 33(5), 334-344. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i5.12261>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., & Miller, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family Transitions* (pp. 79-109). Lawrence Erlbaum Associates.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.

Cunha, R., Bastos, G. A., & Del Duca, G. F. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346-354. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>

Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238(1), 204-212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>

Finkbeiner, N. M., Epstein, N. B., & Falconier, M. K. (2013). Low intimacy as a mediator between depression and clinic couple relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 20(3), 406-421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01415.x>

Fisher, J., Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>

Frizzo, G. B., Schmidt, B., Vargas, V., & Piccinini, C. A. (2019). Coparentalidade no contexto de depressão pós-parto: Um estudo qualitativo. *Psico-USF*, 24(1), 85-96. doi: 10.1590/1413-82712019240107

Frizzo, G. B., Silva, I. M., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2011). Comunicação conjugal durante a transição para parentalidade no contexto de depressão pós-parto. *Psicologia*, 25(2), 39-60. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v25i2.287>

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

Gjesfjeld, C. D., Greeno, C. G., Kim, K. H., & Anderson, C. M. (2010). Economic stress, social support, and maternal depression: Is social support deterioration occurring? *Social Work Research*, 34(3), 135-143. <https://doi.org/10.1093/swr/34.3.135>

Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: Prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

Hernandez, J. A. E. (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593-601. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300021>

Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200002>

Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: Ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490/4926>

Kalmijn, M., & Bernasco, W. (2001). Joint and separated in couple relationships lifestyles. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 639-654. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00639.x>

- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Marchand, J. F., & Hock, E. (2000). Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations*, 49(2), 201-206. <https://doi.org/10.2307/585817>
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Matos, A., Moll, M. F., Pires, N. A., Vasconcelos, T. F., & Ventura, C. A. A. (2020). Fatores associados à depressão pós-parto: um estudo na atenção primária em bairros central e periférico. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 77690-77703. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-265>
- Nascimento, G. C. M., Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos amorosos e homossexualidade: Revisão integrativa da literatura. *Temas em Psicologia*, 23(3), 547-563. <https://doi.org/10.9788/TP2015.3-03>
- Nourani, S., Seraj, F., Shakeri, M. T., & Mokhber, N. (2019). The relationship between transition to parenthood and marital satisfaction in housewives and employed women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(3), 1797-1805. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.27141.1295>
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Classificação e transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H., & Leiferman, J. A. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 655-663. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0598-4>
- Pedrotti, B. (2016). A influência da chegada do bebê na relação conjugal no contexto de depressão materna. *Pensando Famílias*, 23(1), 73-88. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/157169>
- Pedrotti, B. G., & Frizzo, G. B. (2019). Influência da chegada do bebê na relação conjugal no contexto de depressão pós-parto: perspectiva materna. *Pensando famílias*, 23(1), 73-88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494-2019000100007X&lng=pt&lng=pt
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008>
- Rollé, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., Trovato, A., Volpi, B., Molgora, S., Fenaroli, V., Lerardi, E., Ferro, V., Lucarelli, L., Agostini, F., Tambelli, R., Saita, E., Crugnola, C. R., & Brustia, P. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8(23), 8-839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Santos, J. J. A., Costa, T. A., Guilherme, J. H., Silva, W. C., Abentroth, L. R. L., Krebs, J. A., & Sotoriva, P. (2015). Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(3), 209-214. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.03.209>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2011). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: Correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 439-447. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300007>
- Silva, L. M. (2018). *Prevalência dos transtornos ansiosos em mães durante a gestação, sua incidência no puerpério e sua associação com a saúde da criança nos primeiros meses de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-22102018-105600/publico/LucineideMariadaSilvaVersaoCorrigida.pdf>
- Silva, M. M. J., Leite, E. P. R. C., Nogueira, D. A., & Clapis, M. J. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2), 342-350. <https://doi.org/10.17533/udeia.iee.v34n2a14>
- Silva, M. M. J., Lima, G. S., Monteiro, J. C. S., & Clapis, M. J. (2020). Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>
- Sipsma, H. L., Callands, T., Desrosiers, A., Magriples, U., Jones, K., Albritton, T., & Kershaw, T. (2016). Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2372-2381. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2064-3>
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: Um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426. <https://doi.org/10.1590/s1414-462x2012000400003>
- Voorpostel, M., van der Lippe, T., & Gershuny, J. (2010). Spending time together – Changes over four decades in leisure time spent with a spouse. *Journal of Leisure Research*, 42(2), 243-265. <https://doi.org/10.1080/0022216.2010.11950204>
- Zanettini, A., Urío, A., Souza, J. B., & Geremia, D. S. (2019). The motherhood experiences and the conception of mother-baby interaction: Interfaces between primiparous adult mothers and adolescents. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, 11(3), 655-663. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i3.655-663>

João Marcos de Oliveira

Doutor e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador, BA, Brasil.

Patrícia Alvarenga

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Psicóloga. Professora Titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador, BA, Brasil. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Zelma Freitas Soares

Mestra e doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador, BA, Brasil.

Endereço para correspondência

Patrícia Alvarenga
Universidade Federal da Bahia
Instituto de Psicologia
Rua Aristides Novis, 197
Estrada de São Lázaro, 40210-730
Salvador, BA, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.