

Relacionamento conjugal e depressão materna

Iara Maria Backes de Sotto-Mayor
Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

O presente artigo aborda alguns aspectos teóricos e estudos empíricos sobre a relação entre a qualidade do relacionamento conjugal e a depressão materna. São examinadas as características da depressão materna, sua etiologia multifacetada e possíveis repercussões para o desenvolvimento infantil. Analisa-se especificamente a importância do relacionamento conjugal para uma transição adequada à parentalidade. Os estudos revisados sugerem que há uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos envolvidos na depressão materna. Entre esses, um dos fatores de risco frequentemente mencionados é a qualidade dos relacionamentos interpessoais da nova mãe, especialmente o relacionamento com o marido. Mais do que isto, dificuldades conjugais podem ter um papel significativo na transmissão intergeracional da depressão nestas famílias.

Palavras-chave: Relacionamento conjugal; depressão materna.

ABSTRACT

Marital relationship and maternal depression

The present article examines some theoretical aspects and empirical studies concerning the relationship between the quality of marital relationship and maternal depression. The characteristics of maternal depression, its multifaceted etiology and possible damage to infant development are also examined. The importance of the marital relationship for the good transition to parenthood are specifically analyzed. The revised studies suggest a combination of biological, obstetric, social, and psychological factors involved in maternal depression. One of them, a frequently mentioned risk factor, is the interpersonal relationships of the new mother, especially the relationship with the husband. Moreover, marital difficulties may play a significant role in the intergenerational transmission of depression in these families.

Key words: Marital relationship; maternal depression.

O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias. Embora seja um acontecimento feliz para muitas pessoas, este período pode também implicar em mudanças e disfunções (Romito, Cubizolles e Lelong, 1999). Tanto a gravidez, como o parto e o pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família. Somado a isto, a ocorrência de depressão materna neste período da vida pode ser devastador para a mãe, para a criança e para a família.

Contribui para este quadro o fato de que geralmente as expectativas das mulheres para este momento de suas vidas tendem a ser um tanto irrealistas (Romito e cols., 1999). Estas incluem um padrão idealizado de mãe como sendo a “cuidadora competente”, sempre controlada, amorosa incondicionalmente, sendo capaz

de dar conta, ao mesmo tempo, das tarefas domésticas, do cuidado do bebê, de um emprego de período integral e ainda atender às demandas de seu parceiro. Segundo Dunnewold (1996), quando a mulher se apercebe de que não consegue dar conta de todas estas demandas, esta realidade pode contribuir para os seus sentimentos de tristeza, depressão, raiva, ansiedade e culpa.

Diversos outros autores tem enfatizado que o período pós-parto, particularmente do primeiro filho, é propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Cooper e Murray, 1995; Klaus, Kennell e Klaus, 2000; O’Hara, 1997; Szejer e Stewart, 1997). Ainda assim, as mães de crianças recém-nascidas tendem a apresentar índices três a quatro vezes

mais altos de depressão do que os pais (Mathey, Ungerer e Waters, 2000). Segundo esses autores, explicações para esta diferença de gênero incluem desde o pobre relato de afetos depressivos feitos pelos homens, bem como diferenças na maneira de experienciar a depressão, ou o fato de homens expressarem problemas no afeto através de sintomas diferentes do que os que são avaliados nas entrevistas de diagnóstico e nos questionários auto-respondidos. No seu estudo sobre depressão em mulheres e homens depois do nascimento de um bebê, Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) também encontraram que nos primeiros meses as mães apresentavam maiores índices de depressão que os pais. Entretanto, no final do primeiro ano pós-natal, começava a aparecer depressão nos homens, seguindo a ocorrência de depressão em suas esposas.

CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO MATERNA

Um estado depressivo habitualmente transitório, que aparece na grande maioria das mulheres que acabam de ter um filho é a chamada melancolia da maternidade, ou "*baby blues*" (Szejer e Stewart, 1997; O'Hara, 1997). Segundo estes autores, entre 70% a 90% das mulheres apresentam este tipo de depressão, que aparece por volta do terceiro dia após o parto, mas se estende por apenas alguns dias. Outros autores referem que a duração é de aproximadamente 10 dias (Beck et al., 1992).

Devido à sua elevada incidência e baixa intensidade de sintomas, a melancolia da maternidade tem sido frequentemente descrita como trivial ou passageira. Contudo, alguns autores alertam para o fato de que este quadro pode ser um fator de risco para a ocorrência posterior da depressão materna (Beck, Reynolds e Rutowsky, 1992; Miller e Rukstalis, 1999). No entanto, uma avaliação sistemática das mudanças de humor no período pós-parto, realizada por Miller e Rukstalis (1999), revelou que estas eram qualitativamente distintas da depressão que ocorre em outros períodos. Enquanto o aspecto central da depressão é o humor deprimido, a característica principal da melancolia da maternidade é a labilidade do humor, que parece estar relacionada com uma elevada responsividade a estímulos. Além disto, outro sintoma da melancolia da maternidade é o choro freqüente, que nem sempre é decorrência de sentimentos de tristeza. Os autores salientaram que mulheres que apresentam este quadro tornam-se extremamente sensíveis, e reagem com uma empatia exagerada, como, por exemplo, choram ao ler uma notícia triste no jornal, ou ao ouvir uma história na TV. Szejer e Stewart (1997) acrescentaram que este

estado de fragilidade e hiperemotividade faz com que a mulher exploda em lágrimas, chore durante meia hora, e logo depois nem pense mais nisso, apresentando um humor próximo ao normal. Outros sintomas associados incluem irritabilidade, fadiga e tristeza. Os autores afirmaram que estes sintomas são intermitentes, e geralmente estão associados com falta de confiança em si mesma, e sentimentos de incapacidade.

Um quadro mais grave associado ao nascimento de um bebê é a psicose puerperal, que, por sua vez, apresenta sintomas acentuados, os quais freqüentemente requerem tratamento intensivo e, muitas vezes, hospitalização (Attia, Downey e Oberman, 1999; Dunnewold, 1996; O'Hara, 1997; Souza, Burtet e Busnello, 1997). Os índices históricos de psicose puerperal relatados tem sido de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto (Dunnewold, 1996; O'Hara, 1997). Em um estudo com 86 mulheres com psicose puerperal, Dunnewold encontrou dados indicando que mais de 75% das mães eram primíparas, tendo os sintomas aparecido na primeira semana (55%), e na segunda semana (22%) após do parto. Sintomas paranoides estavam presentes em mais de 50% destas mulheres, bem como agitação (57%) e excitação catatônica (44%). Outros sintomas referidos com freqüência foram ansiedade, distúrbios de sono e tristeza.

Ainda de acordo com Dunnewold (1996), os sintomas da psicose puerperal variam de moderados a severos, e podem progredir rapidamente. A mãe pode perder a noção de realidade e apresentar confusão significativa e julgamento pobre, que podem estar associados com ilusões ou alucinações, as quais muitas vezes tem uma conotação religiosa. Por exemplo, a mãe pode acreditar que seu bebê é Jesus, ou ouvir vozes confidenciando-lhe que o bebê é o diabo. A severidade e a natureza bizarra destes pensamentos apontam claramente para o diagnóstico de psicose. Attia et al. (1999) acrescentaram que a psicose puerperal se caracteriza por labilidade afetiva e rápidas mudanças sensoriais que incluem confusão, perplexidade e franca desorientação. Mulheres apresentando tais sintomas necessitam de tratamento urgente e monitoração constante.

Diferente do quadro de melancolia da maternidade e da psicose puerperal, algumas vezes os sintomas da depressão materna não ocorrem imediatamente no período após o nascimento do bebê, mas em algum outro momento do desenvolvimento da criança, principalmente ao longo do seu primeiro ano de vida, e seu início é usualmente lento e gradual (Cooper e Murray, 1995; Cummings e Davis, 1994; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman e Jones, 1995). Uma

meta-análise realizada por Romito e cols. (1999), baseada em 59 estudos, sugere que a prevalência de depressão entre as mulheres que tiveram um bebê recentemente é de 13%. Já Bhatia (1999) afirmou que, de 30% a 75% das mulheres apresentam algum tipo de transtorno depressivo pós-parto. Segundo Dunnewold (1996), a depressão pós-parto propriamente dita inicia geralmente nos primeiros dois meses de vida do bebê. A nova mãe pode apresentar mudanças extremas nos padrões de apetite e de sono. Frequentemente demonstra dificuldades em conciliar o sono após alimentar o bebê à noite. Outros sintomas verificados pela autora foram problemas de concentração, choro, perda de energia e interesse por atividades comuns e um aumento de irritabilidade e sensibilidade.

De acordo com Dunnewold (1996), mulheres com depressão podem pensar que não existe esperança ou auxílio para sua situação. Elas não se sentem boas mães, ou pensam que não estão cuidando de seus filhos da maneira correta. Além disto, sentem-se como se fossem um peso para seu marido, família e amigos. A autora acrescenta que, atormentadas por dúvidas a respeito de si mesmas, algumas mulheres que anteriormente consideravam-se competentes e bem-sucedidas, começam a sentir-se incompetentes e falhas. Como já foi citado antes, muitas vezes as mães apresentam um intenso sentimento de culpa, por pensarem não estar correspondendo às expectativas da sociedade do que seria ser uma boa mãe. Também sentem-se culpadas e preocupadas com os efeitos que seu humor pode ter sobre o bebê. Segundo Dunnewold, algumas chegam a dizer "O meu bebê merece uma mãe melhor do que eu posso ser". Neste contexto, a mãe pode apresentar também pensamentos suicidas e mesmo preocupações em machucar o bebê.

ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO MATERNA E CONSEQÜÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A etiologia da depressão materna se caracteriza por ser multifacetada, incluindo geralmente uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos (Bathia, 1999). Entre os fatores de ordem biológica, O'Hara (1997) destaca as drásticas mudanças hormonais que ocorrem na mulher nos primeiros cinco dias após o nascimento do bebê. Por exemplo, os níveis de estrogênio, progesterona, prolactina, e cortisol, podem estar muito altos, ou muito baixos no puerpério, ou ainda a mudança nos níveis destes hormônios pode ocorrer muito rapidamente ou lentamente demais. Para O'Hara, estes fatores podem desempenhar um importante papel etiológico na depressão materna.

Além dos fatores de ordem biológica, o estudo de Reading e Reynolds (2001) classificou os outros fatores de risco para a depressão materna em três categorias. A primeira diz respeito à qualidade dos relacionamentos interpessoais da nova mãe. Diversos estudos demonstraram que problemas conjugais, um relacionamento conjugal pobre, ou ausência de um confidente estão fortemente associados com a depressão materna (Beck et al., 1992; Pfost, Stevens e Lum, 1990; Romito et al., 1999).

Uma segunda categoria de fatores relatada por Reading e Reynolds (2001) está relacionada à gravidez, ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes, como, por exemplo, uma gravidez indesejada, nascimento prematuro ou morte do bebê, doença séria na família, não-amamentação, e problemas de saúde ou dificuldades comportamentais do bebê. Para O'Hara (1997) estes eventos negativos provavelmente serão mais significativos durante este período, se eles interferirem na habilidade da mãe de proporcionar um cuidado adequado para o seu filho.

A terceira categoria de fatores relacionados à depressão materna descrita por Reading e Reynolds (2001) e O'Hara (1997) diz respeito à adversidade econômica. Problemas financeiros, preocupações com dívidas e desemprego materno ou paterno são apontados como fatores de risco para a depressão. Já variáveis sociodemográficas, como idade, nível educacional, e estado civil da mãe, não têm apresentado uma associação significativa com a ocorrência da depressão materna (Romito et al., 1999).

O temperamento do bebê também tem sido mencionado como um fator de precipitação da depressão materna (Cutrona e Troutman, 1986). Os autores examinaram a depressão materna na gravidez e três meses após o parto, assim como o temperamento do bebê neste último período. Bebês com temperamento difícil foram descritos como apresentando reações emocionais intensas, choro vigoroso por longos períodos de tempo. Além disto, estas crianças eram dificilmente acomodadas quando irritadas, demoravam a aceitar pessoas estranhas, novos alimentos ou rotinas desconhecidas, e suas funções biológicas (sono, apetite, excreção) eram irregulares e difíceis de prever. Os resultados revelaram que o temperamento do bebê contribuiu direta e indiretamente para a depressão materna nos meses que se seguiram ao parto. Mães de bebês com temperamento difícil tenderam a apresentar uma diminuição de sentimentos de competência e bem-estar geral.

Um outro estudo conduzido por Teti e Gelfand (1991), com mães deprimidas e seus bebês de três a treze meses, indicou que o impacto das percepções

maternas sobre as dificuldades percebidas no temperamento dos bebês parecia depender dos sentimentos de auto-eficácia da mãe. Os resultados também revelaram que o temperamento difícil do filho podia reduzir os sentimentos de auto-eficácia da mãe. Segundo Teti e Gelfand, é plausível esperar que mulheres com bebês difíceis, mas com altos níveis de auto-eficácia materna, tenham recursos pessoais e sociais que viabilizem o estabelecimento de relações sensíveis e harmoniosas com seus bebês. Pelo contrário, mulheres que desenvolveram sentimentos de autodúvida como resposta às dificuldades de seu filho, tenderiam a abandonar os desafios do relacionamento com um “bebê difícil”, e seriam menos criativas e bem-sucedidas em buscar interações mãe-bebê bem-sucedidas. Neste estudo, foi enfatizada a existência de uma relação significativa entre auto-eficácia e suporte socioconjugal. Os autores citaram Bandura (1982, 1986), que postulou que “a auto-eficácia é sensível à persuasão social e às influências de pessoas importantes para a mãe”. Para Teti e Gelfand, a auto-eficácia materna pode ser um dos mecanismos através dos quais o suporte socioconjugal potencialmente influencia a competência do comportamento da mãe com seu bebê. O suporte conjugal também pode influenciar a auto-eficácia materna indiretamente através da sua relação com a depressão materna.

A este respeito, Donovan e Leavitt (1989) acrescentaram que o apoio do marido pode auxiliar a mãe a desenvolver maior sensibilidade, receptividade e envolvimento com o bebê. Além disto, este apoio parece exercer uma função protetora contra a depressão materna, possibilitando que a mãe perceba a si mesma como mais efetiva. Se o pai puder prover este suporte, diminui a possibilidade de o filho desenvolver um apego inseguro, caso a mãe seja depressiva. Entretanto, se não ocorrer este apoio, e os sintomas da depressão materna persistirem, as interações mãe-bebê negativas representam um risco significativo para o desenvolvimento do bebê.

O padrão de interação de mães que apresentam depressão com seus bebês é caracterizado como desinteressado, negligente ou frio, provocando respostas semelhantes em seus filhos (Jacobsen, 1998). Field (1995) descreveu algumas situações de interação face-a-face, onde mães deprimidas passavam menos tempo olhando para seu bebê, tocando-o ou falando com ele. Em resposta a isto, seu filho apresentava níveis de atividade mais baixos, vocalizava menos, e mostrava menos expressões faciais positivas e mais negativas durante as interações. O bebê também desviava o olhar mais frequentemente, e protestava mais. O estudo desta autora apontou para um prejuízo no de-

envolvimento da criança, quando este padrão de interação persistia.

Corroborando estes achados, diversos estudos têm documentado problemas emocionais, cognitivos e de comportamento em filhos de mães com depressão (Cummings e Davis, 1994; Goodman e Gotlib, 1999; Gotlib et al., 1991; Jacobsen, 1998; McElwain e Volling, 1999). Por exemplo, Jacobsen assinalou que, à parte dos fatores genéticos, o primeiro vínculo que se estabelece entre a mãe e seu bebê desempenha um papel central no desenvolvimento sadio do bebê. O autor referiu que, usualmente, as primeiras interações mãe-bebê são caracterizadas como vigorosas, alegres, e afetivas. Quando um bebê se afasta da interação, sua mãe normalmente restaura a mesma, muitas vezes adaptando seu comportamento ao estado do bebê. Desta maneira, a mãe contribui para o desenvolvimento de um diálogo interativo com seu bebê. As mães com depressão podem apresentar mais dificuldades em engajar seus filhos na interação e em manter o diálogo interativo. Além disto, McElwain e Volling (1999) acrescentaram que mães com elevada sintomatologia depressiva demonstravam pouco afeto, estilo intrusivo, hostilidade e coerção, ou então passividade e afastamento quando interagem com seus bebês.

A exposição contínua à falta de disponibilidade e sensibilidade da mãe deprimida foi apontada por Cummings e Davis (1994) como um grande fator de risco para a criança, principalmente na primeira infância. O comportamento parental insensível tem sido relacionado pelos autores com um aumento de sentimentos de raiva, tristeza, e outros distúrbios afetivos na criança. Eles argumentaram que a afetividade, o comportamento disponível e sensível dos pais na interação com seus filhos propiciam um excelente contexto para que as crianças possam aprender efetivamente a regular seus impulsos. Por outro lado, o comportamento parental intrusivo, hostil e insensível é considerado um estímulo negativo e excessivamente desafiador para as crianças, interferindo na sua capacidade em modular e regular seus impulsos. A imitação da tristeza, hostilidade e afastamento apresentados pela mãe deprimida também podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios afetivos na criança. Alternativamente, as crianças podem desenvolver distúrbios comportamentais através da imitação das atitudes hostis demonstradas pela mãe que está com depressão.

Cramer e Palácio-Espasa (1993) caracterizaram a depressão materna como uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação mãe-bebê do que por uma patologia preexistente da mãe. De acordo com estes autores, as mães projetariam constantemente intenções no bebê. Se os conteúdos

destas projeções forem benevolentes, o bebê seria experienciado como uma recompensa. Entretanto, se o bebê for percebido como insatisfeito, raivoso e crítico, haveria uma queda na autoconfiança materna, causando sentimentos de depressão.

Como pode ser visto pela revisão da literatura apresentada acima, existiria uma inter-relação de diversos fatores no surgimento da depressão materna e esta teria mais ou menos conseqüências para o bebê, dependendo do apoio, compreensão e tratamento deste quadro. Embora se saiba que tratamentos medicamentosos sejam eficazes nos quadros depressivos, existe pouca evidência na literatura demonstrando um mecanismo puramente biológico na depressão materna (Cooper e Murray, 1995). Daí a importância do monitoramento de profissionais de saúde já durante a gestação (Schwengber, 2002). Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais o de apoiá-la neste momento importante de transição para a maternidade. Da mesma forma, segundo a autora, o diagnóstico da depressão da mãe após o nascimento do bebê representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados, a fim de prevenir problemas futuros.

A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Um casal é formado quando dois adultos se unem, com o propósito expresso de formar uma família (Minuchin, 1982). As habilidades principais esperadas são complementaridade e acomodação mútua, ou seja, o casal deve desenvolver padrões em que cada esposo apóia o funcionamento do outro em muitas áreas. Em termos humanos simples, marido e mulher precisam um do outro como um refúgio das exigências múltiplas da vida. De acordo com Minuchin, quando nasce o primeiro filho, um novo nível de formação familiar é atingido, e o subsistema conjugal deve se diferenciar, para desempenhar as tarefas de cuidado e educação da criança, sem perder o apoio mútuo. Alguns casais, que procedem bem como um grupo de dois, não são capazes de fazer uma transição satisfatória para as interações de um grupo de três.

A fase de transição à parentalidade têm sido considerada como um momento de grandes desafios para o casal (Apfel e Handel, 1999; Feldman, 2000; Wilkinson, 1995). Apfel e Handel (1999) referiram que, na melhor das circunstâncias, esta seria uma fase de desenvolvimento que elevaria a intimidade do casal a um novo nível, com o amor que compartilham pelo bebê. Para os autores, poderia ser também um momento de domínio de novas habilidades para am-

bos os pais, e uma fonte de orgulho de si próprios e uns dos outros.

Feldman (2000) conduziu uma pesquisa com sessenta casais israelenses e seus filhos primogênitos de cinco meses. Os resultados revelaram que, quando ambos os pais apresentavam satisfação no seu relacionamento conjugal, aumentava a qualidade da consistência no micro-sistema conjugal. Os pais conseguiam então aderir a diferentes filosofias e aprendiam a aceitar o ponto de vista um do outro. Porém, a autora referiu que, quando havia uma acentuada discrepância entre a satisfação conjugal do marido e da esposa, acabava existindo pouco diálogo e baixa influência mútua entre os cônjuges, e um dos parceiros geralmente não tinha consciência da tristeza do outro, ou, em casos extremos, a satisfação de um dos cônjuges provinha justamente da negligência às necessidades do outro. Assim, a concordância dos pais sobre a qualidade conjugal pode indicar um sistema relacional aberto, que é mutuamente negociado e apreciado. Feldman apontou ainda, que durante a transição à parentalidade, os três subsistemas familiares (o conjugal, mãe-bebê e pai-bebê) podem ser sensíveis às mútuas influências. Tais efeitos podem ocorrer do indivíduo para a díade, onde cada membro da tríade contribui para o relacionamento entre os outros dois ou de díade para díade, onde uma delas afeta o relacionamento da outra díade. A autora acrescentou que, quando nasce o primeiro bebê, em geral há um declínio na qualidade do relacionamento conjugal, mas que o envolvimento e apoio do pai proporcionaria um efeito protetor importante contra esta insatisfação conjugal e também contra o estresse da mãe neste período da vida.

De acordo com Stern (1997), o principal papel do marido seria a de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, provendo suas necessidades vitais, e por algum tempo afastando-a das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se às tarefas de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo. O marido sempre desempenhou um papel importante nessa função, mas atualmente seu papel é maior ainda porque a pequena família nuclear carrega a maior parte do peso. De acordo com este autor, como o marido é parte desta matriz de apoio, a mulher pode temer que ele passe a competir com ela como pai ou competir com o bebê pela sua atenção, o que o autor chama de "*síndrome do marido como o segundo bebê*". Ela pode ter medo também de supermaternalizá-lo, ou pode temer que ele fuja, decida buscar a satisfação de suas necessidades em outro lugar. Neste contexto, o casal teria uma equação difícil para equilibrar. Para Stern, convém distinguir os "novos pais" (aqueles que procuram obter igualdade

nos cuidados aos filhos) dos “pais tradicionais”, que valorizam menos a igualdade e, portanto, não a vivem. Ambos os tipos de pais poderiam dar o apoio prático que estrutura e protege a mãe em seu relacionamento inicial com o bebê. O “novo pai” poderia participar praticamente de todos os cuidados, mas há duas coisas que ele não poderia fazer. Primeiro, ele não poderia aconselhar, ensinar e servir de modelo para a mãe, de forma experiente, como a avó faria, simplesmente porque ele é tão inexperiente como pai quanto a mãe (ou ainda mais). Segundo, ele não poderia validar a mãe em seu papel de cuidadora tão bem quanto uma figura materna “legítima” o faria. Sua apreciação como marido, pai e homem é de grande importância, mas é de uma ordem diferente e pode satisfazer somente uma parte da necessidade da mãe de “*holding*” psicológico.

Além disto, o marido também pode experimentar angústia e dúvida nesta nova fase (Szejer e Stewart, 1997). Ele pode temer não ser um bom pai, não ser capaz de assumir esta nova família, tal como está estruturada a partir de então. Entretanto, os autores afirmaram que, como em nossa cultura não é admissível que um homem fique deprimido e chore, ele pode expressar sua angústia de outra maneira, como por exemplo, através de somatizações. Assim, poderíamos observar um homem que se tornou pai recentemente abatido por uma dor de garganta ou por uma gripe em pleno verão, impedindo-o de ocupar-se de seu filho e de ajudar sua esposa. Ou então, ele poderia sentir-se exausto devido à fadiga psíquica, procurando combater seu sono intenso com café, cigarros e álcool.

Para Szejer e Stewart (1997), esta seria a forma masculina de reagir ao nascimento do bebê. Afinal, o homem não viveu a aventura da gestação em seu corpo e, embora ele tenha se gabado de ter o bebê “na cabeça”, até esse momento ele não o tinha experimentado na realidade. A mulher, há meses, o sentia mexendo-se em seu ventre, permitido-lhe que acompanhasse psicologicamente a esta evolução. O homem, por sua vez, ficou apenas na imaginação. A realidade do filho se apresentaria concretamente para ele, somente quando o bebê nasce e passa a responder à sua voz e vai para casa. Portanto, o pai necessitaria de um tempo maior para se adaptar física e psicologicamente a este novo momento da família.

Como podemos constatar, são necessárias muita negociação e cooperação de ambos os parceiros a fim de que possam lidar adequadamente com esta nova fase e oferecer o cuidado de que o bebê necessita (Apfel e Handel, 1999). Os autores afirmaram que o nascimento do bebê constitui um desafio emocional, físico, sexual e financeiro para qualquer casal. Afinal,

trata-se de um relacionamento que já possui sua própria história, estilo e expectativas. Casais são formados de pessoas provenientes de diferentes famílias, culturas, e experiências. Estas diferenças podem ser enriquecedoras, mas podem causar conflitos em certos momentos; e o nascimento de um bebê pode ser um deles. Para os autores, mesmo quando o marido é emocionalmente estável e maduro, a revelação de diferentes humores e necessidades de sua parceira durante ou após a gravidez, pode deixá-lo confuso e assustado. As demandas de mais cuidado para com a esposa e com o bebê do que ele esperava pode ocasionar uma crise. As mulheres que não são capazes de realizar tudo o que queriam, ou tudo que sua própria mãe teria feito, podem sentir-se envergonhadas e afastar-se de seus maridos, causando-lhes sentimentos de solidão.

Além disto, os homens têm outro dilema importante nesta etapa da vida do casal: acompanhar a esposa na tarefa de ampliar o senso de cumplicidade para incluir o filho (Gottman, 2000). A mulher, nesta primeira experiência de maternidade, quase sempre experimenta uma mudança na direção de seu sentido de vida. Ela descobre que está disposta a fazer enormes sacrifícios pelo filho. Sente-se atônita e maravilhada, na maioria das vezes, com a intensidade de seus sentimentos por esse bebezinho frágil. Segundo Gottman, esta experiência pode alterar sua vida de tal maneira que, se o marido não a acompanhar, é compreensível que surja um distanciamento entre eles. Enquanto a esposa tende a adquirir um novo sentido de cumplicidade que inclui o filho, o marido pode lamentar a ausência da antiga “dupla” que formavam. Conseqüentemente, ele pode ressentir-se do pouco tempo que ela lhe dedica, de como ela está sempre cansada, e da frequência com que se preocupa com a alimentação do bebê. Ele ama o filho, mas quer a esposa de volta.

A resposta para este dilema seria simples, como apontou Gottman: ele não poderia ter a esposa de volta, mas poderia acompanhá-la ao novo reino em que ela ingressou. Somente desta forma o casamento teria condições de continuar a evoluir. Nos casamentos em que o marido conseguisse fazer isso, ele não se ressentiria do filho, e a nova mãe sentir-se-ia mais próxima dele. O homem passaria então a sentir-se não mais como apenas um marido, mas também como pai. Poderia sentir-se orgulhoso, carinhoso e protetor com relação ao filho.

Outros aspectos importantes ressaltados por Gottman para o bom encaminhamento desta etapa incluem, em primeiro lugar, encontrar tempo para o casal. O autor afirmou que a transformação que o casal experimenta com o nascimento do bebê é desafiadora, mas não

pressupõe a perda da intimidade conjugal. Gottman sugeriu que o casal faça alguns programas sem o bebê, como sair para jantar fora, dançar, ir ao cinema. Ele explicou que, nas primeiras saídas, é normal que os pais se preocupem com o bebê, e desejem telefonar para casa para verificar se ele está bem. Também é perfeitamente compreensível que seu assunto principal seja o bebê, porém, à medida que o casal possua tempo para ficar sozinho, seu relacionamento se fortalece, permitindo que este período de transição para a parentalidade possa ser realizado com união e sintonia.

Em segundo lugar, Gottman sugeriu não excluir o pai dos cuidados com o bebê. Às vezes, em sua exuberância, a mãe inexperiente pode apresentar-se como uma especialista para o marido. Embora espere o auxílio do marido nos cuidados com o bebê, ela pode desempenhar o papel de supervisora e dirigir, ou comandar o pai, chegando até a puni-lo quando ele não realiza as tarefas exatamente da sua maneira, dizendo: “Não segure o neném assim”, “Você não o deixou arrotar bastante”, “A água do banho está muito fria”. Diante de tais críticas, muitos maridos podem se ressentir, e preferir retirar-se, deixando o papel de especialistas para a esposa, justificando que seus próprios pais também não sabiam nada sobre bebês. Inevitavelmente, tendem a tornar-se menos confiantes nos cuidados com o próprio filho, levando-os a ajudarem cada vez menos, e a se sentirem mais excluídos. A mãe precisa compreender que existe mais de uma maneira de fazer as coisas, e que o bebê se beneficiará do contato com o pai, mesmo que ela não considere o desempenho do pai extraordinário.

Brazelton e Cramer (1992) também apontaram para as diferenças existentes entre os papéis desempenhados pelo pai e pela mãe, afirmando que a mãe oferece um continente para comportamentos interativos, enquanto o pai proporciona uma base a partir da qual pode surgir a brincadeira. Os pais costumam propor jogos alegres e estimulantes. Cutucam e acarinhos, aumentando o estado de excitação do bebê. Quando um bebê ouve a voz de seu pai, responde arqueando os ombros como se fosse dar um bote. A seguir, observa cuidadosamente o pai, sorrindo e gritando de excitação. Além destas brincadeiras, Gottman (2000) propôs que o pai pode sentar-se com a esposa na hora da amamentação, acariciando suavemente a cabeça do bebê ou cantando para ele. De acordo com o autor, os pais que passam algum tempo com os bebês, podem descobrir que eles não são criaturas que apenas choram, mamam, sujam as fraldas e dormem. Percebem que os bebês começam a sorrir com apenas três semanas, e antes disso, podem acompanhar objetos em movimento com os olhos. Logo estão rindo e chutan-

do alegremente. Em suma, o pai que conhece o filho dando-lhe banho, trocando fraldas e alimentando-o, possivelmente perceberá que adora brincar com o bebê e que este tem um papel especial em sua vida.

Em terceiro lugar, Gottman recomendou que a mulher seja sensível, na medida do possível, às necessidades do pai, reconhecendo o quanto ele abriu mão das atenções que lhe eram dedicadas anteriormente, e assegurando-lhe que ele continua sendo o centro de sua vida. Desta forma, o marido tenderá a sentir-se mais disposto a prestar apoio e poderá ser mais compreensivo. Finalmente, como a mãe precisa de um tempo para ela, o autor afirmou que seria de uma grande ajuda para ela se o marido modificar seu horário de trabalho eventualmente, a fim de chegar em casa mais cedo e assumir algumas tarefas, para que a esposa possa ter o tempo que necessita para dormir, sair com uma amiga, ou fazer o que for necessário para se sentir novamente parte do mundo. Gottman referiu que os casais que seguissem estes conselhos poderiam descobrir que a paternidade não acaba com seu relacionamento, mas o eleva a um novo nível de intimidade, compreensão e amor.

RELACIONAMENTO CONJUGAL E DEPRESSÃO MATERNA

Devido ao caráter complexo das relações que se estabelecem em famílias de mães deprimidas e de suas implicações para o desenvolvimento do bebê, alguns investigadores tem mudado o foco inicial de suas pesquisas que previa um modelo de transmissão genética, para abordagens multifatoriais, que enfatizam, sobretudo, o contexto em que ocorre a depressão (Cummings e Davis, 1994; Goodman e Gotlib, 1999; Hammen, 2001). Ou seja, o ambiente em que as pessoas deprimidas vivem afeta e é afetado por elas. Clínicos, terapeutas familiares, e pessoas da família há muito tempo perceberam que relacionamentos pobres freqüentemente aparecem associados com sentimentos de depressão.

Diversos estudos indicaram que a depressão materna afeta a criança na medida em que altera a interação mãe-bebê (Beck et al., 1992; Coyl et al., 2002; Field, 1995). Entretanto, outras pesquisas apontaram para a necessidade de uma visão mais ampla de influência familiar no desenvolvimento do bebê (Cummings e Davis, 1994; Zelkowitz e Milet, 1997). Estes autores afirmaram que a depressão materna afetaria as crianças através da sua influência no relacionamento conjugal, e este, por sua vez, comprometeria a interação com o bebê. Em particular, conflitos conjugais aumentariam a tendência a desenvolver práti-

cas de cuidado ineficazes com o bebê, ou contribuiria para a sintomatologia depressiva da mãe. Além disso, Cummings e Davis sugeriram que, embora a depressão materna constitua um importante fator de risco para o desenvolvimento do bebê, na maioria das vezes o maior risco não seria proveniente da doença por si só, mas sim derivaria de um distúrbio psicossocial na família associado à doença.

Uma compreensão da depressão do ponto de vista sistêmico, indica que o relacionamento familiar e o próprio comportamento da criança podem influenciar e serem influenciados pela depressão materna (Phares, Duhig e Watkins, 2002). Estes autores apontaram para uma reciprocidade de efeitos negativos dentro da família, associados com a doença. Famílias de mães deprimidas foram caracterizadas como menos coesas, menos adaptadas, menos protetoras e apresentando menos cuidados do que aquelas famílias onde nenhum dos pais apresentava depressão. O conflito conjugal foi apontado pelos autores como sendo o principal mecanismo de transmissão dos problemas emocionais para os filhos de mães deprimidas. A hipótese é de que o relacionamento conjugal seria o fator central que determinaria a qualidade da vida familiar. Segundo Pauli-Pott et al. (2000) os padrões de interação favoráveis entre parceiros e o suporte emocional mútuo estariam diretamente associados à reatividade materna, e um suporte emocional adequado levaria a um aumento do bem-estar ou a uma maior satisfação, o que por sua vez, influenciaria positivamente o comportamento materno. Portanto, conflitos conjugais poderiam levar os pais a se tornarem mais inconsistentes e ineficazes em seu comportamento paterno, o que poderia provocar um aumento de distúrbios comportamentais nas crianças, o que por sua vez, tenderia a agravar os sintomas da depressão materna.

Além dos efeitos negativos da depressão materna sobre a interação mãe-bebê, as dificuldades conjugais associadas a este quadro distrairiam a mãe de forma a torná-la desatenta e inconsistente com seu filho e menos disponível, de uma forma geral (Hammen, 2002). Estas dificuldades contribuiriam para que a mãe fique tensa, preocupada, e potencialmente irritável e impaciente, de tal maneira que sua interação com o filho poderia ter como característica a crítica e a irritação. Hammen afirmou ainda que tanto a disponibilidade como a qualidade da interação poderiam ser afetadas, sendo consideradas condições importantes para o desenvolvimento de sintomas na criança, e estes sintomas, por sua vez, refletiriam na duração do conflito e nas características das interações familiares.

Cummings e Davis (1994) apresentaram diversas hipóteses para os efeitos dos conflitos conjugais no

desenvolvimento do bebê. A primeira hipótese diz respeito ao estímulo gerado pelo fato de a criança testemunhar os conflitos conjugais. Repetidas exposições a estes conflitos podem ter um efeito cumulativo, contribuindo para uma falta de regulação afetiva, e risco de desenvolver problemas comportamentais no bebê. Outra hipótese está relacionada com o reforço negativo, segundo a qual as crianças poderiam desenvolver comportamentos alterados a fim de interromper conflitos conjugais. Embora tais comportamentos possam ser adaptativos e contribuir para distrair os pais de suas discussões, os autores consideraram que isto pode constituir um reforço a estes comportamentos problemáticos, podendo facilitar o desenvolvimento de um padrão de conduta alterado que seria usado em situações aversivas subsequentes. Uma terceira hipótese levantada por Cummings e Davis refere-se ao efeito de “modelagem”, através do qual as crianças copiarão os comportamentos conflitivos de seus pais. Seria um processo de simples imitação da hostilidade, agressividade e raiva exibida pelos pais durante as discussões.

Uma forma de proteger as crianças dos efeitos negativos gerados pelos conflitos conjugais, segundo Cummings e Davis (1994), seria a de que os pais oferecessem explicações sobre os conflitos que absolvessem a criança de culpa sobre os mesmos. Os benefícios de tais explicações seriam comparáveis àqueles em que a criança realmente observa os adultos resolvendo suas diferenças. Além disso, um relato verbal sobre o processo de resolução do conflito também poderia ser benéfico, mesmo quando não é possível resolver os conflitos na frente das crianças.

Infelizmente, mães deprimidas podem ter uma menor habilidade para explicar as causas e consequências das brigas para seus filhos. Mais do que isto, muitas vezes mães deprimidas negam que o conflito tenha ocorrido, o que aumenta a confusão em seus filhos (Cummings e Davis, 1994). Os autores concluem que mães deprimidas ofereceriam pouca estrutura, e se mostrariam relativamente pouco envolvidas durante a interação mãe-filho, o que indica que elas poderiam ser menos capazes de acalmar e confortar seus filhos. Qualquer que seja o mecanismo de transmissão envolvido no desenvolvimento de psicopatologia na criança, para os autores torna-se evidente que os conflitos conjugais estariam diretamente relacionados com as dificuldades comportamentais e psicológicas de crianças que têm mães deprimidas.

Outros estudos corroboram os achados descritos acima, sugerindo que os conflitos conjugais representam um papel significativo na mediação dos efeitos da depressão materna nas crianças, e podem até ser um

fator de prognóstico mais aproximado de certas dificuldades infantis do que a depressão materna *per se* (Goodmann e Gotlib, 1999; Haye e Kumar, 1994; Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer e Beckmann, 2000; Romito e cols., 1999). Por exemplo, em um estudo conduzido por Caplan, Cogill, Alexandra, Robson, Katz e Kumar (1989), com 92 mulheres primíparas e seus filhos em diferentes momentos (gravidez, terceiro, quarto, décimo, segundo mês, e quarto ano de vida da criança), os autores encontraram associações entre conflitos conjugais e depressão materna nos primeiros anos de vida do bebê, onde estes conflitos denotaram uma relação mais significativa com problemas de comportamento infantil do que a depressão. Estes autores referiram que a depressão materna contribuiu para a ocorrência de problemas comportamentais no bebê, mas que outros fatores associados, que constituíam parte importante do ambiente da criança, pareciam exercer efeitos mais poderosos. A hipótese de Caplan e colegas é de que mulheres envolvidas em conflitos conjugais durante a gestação, continuariam expostas a conflitos ainda mais exacerbados após o nascimento do bebê, resultando em comportamentos perturbados da criança. De uma forma geral, segundo vários outros estudos, o ajustamento dos pais a esta fase de transição à paternidade aparece fortemente influenciado pelo relacionamento conjugal, principalmente para as mães (Areias e cols., 1996; Goodman e Gotlib, 1999; Hammen, 2002).

De fato, o período do nascimento de um bebê, mesmo quando ele é bem-vindo, tende a transformar o relacionamento do casal (Romito et al., 1999; Feldman, 2000). Os autores apontaram que existe menos tempo para usufruir momentos íntimos como casal, as demandas financeiras são maiores, há mais tarefas diárias a serem realizadas, e crescem os conflitos sobre esta divisão de tarefas. Enquanto alguns casais se comprometem a um ideal de igualdade, a realidade mostra-se completamente diferente. Quando nasce o bebê, são as mães que tomam conta do bebê e das tarefas domésticas a maior parte do tempo, além de frequentemente abandonarem suas carreiras, muitas vezes promissoras. Para Gottman (2000), quando um marido não faz a parte que lhe cabe dos afazeres domésticos, a mulher geralmente sente-se desrespeitada e sem apoio. Isso inevitavelmente gera ressentimentos e menos satisfação no casamento. Muitos homens ainda consideram as tarefas domésticas uma obrigação da mulher, o que pode gerar graves conflitos. Em suma, em comparação com os pais, são as vidas das mães que apresentam mudanças mais dramáticas neste período, o desapontamento delas é maior, e a sua avaliação do relacionamento conjugal é mais negativa.

Há diversas razões para este profundo descontentamento das mulheres. Segundo Gottman (2000), a falta de noites bem dormidas, a sensação de estar assoberbada e perdendo os atrativos, a imensa responsabilidade de cuidar de um ser tão indefeso, a falta de tempo para si própria, seriam alguns motivos para a queda vertiginosa na satisfação conjugal vivenciada por 70% das mulheres depois do nascimento de um bebê. Para o autor, o que separaria estas mães daquelas que estão felizes em seus relacionamentos, é o quanto existe de participação do marido nesta transição, e o quanto ele se envolve ativamente nesta mudança para a paternidade ou se isola.

Quando a qualidade do relacionamento conjugal, por alguma razão é afetada, ocorreria um declínio da satisfação conjugal no período pós-parto, principalmente para as mulheres (Belsky, Gilstrap e Rovine, 1984; Feldman, 2000; Gotlib et al., 1991; Gottman, 2000; Robinson, Olmsted e Garner, 1989). Segundo O'Hara (1997), a habilidade do marido em oferecer suporte durante a gravidez e o nascimento pode ser considerada um fator significativo para uma boa adaptação da mãe ao período pós-parto. O autor referiu que, provavelmente, nenhum relacionamento é mais importante para uma mulher durante o puerpério, do que aquele que ela mantém com seu marido. O autor acrescenta que, devido a isto, um relacionamento conjugal pobre pode preceder a depressão materna.

A importância de uma boa qualidade de relacionamento para as mulheres se deveria ao fato de que as mulheres seriam socialmente encorajadas a desenvolver relacionamentos íntimos que promovem trocas afetivas e de cuidados recíprocos (Turner, 1994). Assim, muitas vezes as mulheres assumiriam o papel de confidente de seus maridos, não podendo, entretanto contar com eles para este papel. A autora sugeriu que existiria uma grande diferença nos papéis desempenhados pelos homens e pelas mulheres no casamento. Enquanto o papel masculino seria descrito como "instrumental", caracterizado por independência e racionalidade, o papel feminino seria "expressivo", enfatizando compaixão e suporte. Além disto, mulheres comumente dariam mais importância à intimidade e expressividade em seus relacionamentos do que os homens. Estes seriam culturalmente estimulados a inibirem a procura de ajuda e a expressão do afeto.

Apesar de todas as mudanças que ocorreram até agora nos papéis tradicionalmente masculinos e femininos, as idéias e os padrões estereotipados ainda tendem a dominar a vida dos casais de tal maneira que estariam complexamente entrelaçados com os padrões de depressão (Papp, 2000). Com certeza, a sintomatologia depressiva é uma resposta individual a estas

exigências tradicionais, mesmo porque nem todos que se deparam com elas tornam-se deprimidos. Entretanto, a autora considerou importante que nos conscientizemos das diversas maneiras com que elas podem contribuir para a depressão de uma pessoa.

De acordo com Papp, a auto-estima das mulheres estaria ainda construída com base na capacidade de se relacionarem e se vincularem afetivamente tanto na vida pessoal quanto na doméstica. Segundo a autora, as mulheres ainda associariam seu valor próprio com sua responsabilidade e capacidade de se doar aos outros. Muitas vezes, isto requer que elas coloquem necessidades pessoais em segundo plano, reprimindo suas raivas, responsabilizando-se pelo bem-estar das pessoas ao seu redor, e assumindo as culpas quando algo não dá certo. Assim, as mulheres freqüentemente se deprimiriam quando ocorrem rompimentos definitivos ou momentâneos nos relacionamentos íntimos.

Estas contribuições de Papp encontram respaldo na teoria do apego, de Bowlby (1989). Este autor propôs que as pessoas têm uma tendência inata a se apegar a uma pessoa significativa, e isto contribuiria tanto para a sobrevivência da espécie como para a satisfação básica dos indivíduos. Emoções intensas (amor, ódio, inveja, rivalidade, desejo de ser cuidado) estariam associados com a formação, manutenção, interrupção ou renovação destes vínculos de apego. A ameaça de se perder uma figura importante a quem se está apegado criaria ansiedade e tristeza, e com freqüência ameaças persistentes de tais perdas tenderiam a predispor à depressão.

Assim, o conceito de apego proporcionou uma base teórica forte para se entender o contexto interpessoal da depressão e, mais do que isto, acabou por estimular um enorme corpo de pesquisas empíricas sobre a associação entre relações interpessoais e o fenômeno da depressão (Cordioli, 1998). Existe um consenso de que, no mínimo, pessoas com numerosas ou significativas relações de apego inseguro estariam mais propensas a desenvolver padrões de pensamento e disposições emocionais depressivas (Cummings e Davis, 1994).

Uma das funções primárias do sistema de apego é orientar indivíduos a procurar as figuras de apego em busca de conforto e apoio durante períodos de necessidade ou tristeza (Bowlby, 1989). Assim, a figura de apego serviria de “base segura” para o indivíduo. De acordo com Anderson, Beach e Kaslow (2002), a falta de um relacionamento confiável com o marido constituiria um fator de vulnerabilidade no desenvolvimento de depressão em mulheres. Se elas não acreditarem que o marido possa ser sua “base segura”, não procurarão apoio com ele, porque não acreditam que ele pos-

sa oferecê-lo. Segundo os autores, casais em que a esposa apresenta depressão materna podem demonstrar menos apoio um ao outro do que casais onde não há depressão. Além disso, pouca segurança de apego estaria relacionada ao ajustamento do casal e à conduta na resolução dos conflitos conjugais.

Da mesma forma como uma história de apego inseguro pode estar etiologicamente relacionada com a depressão materna, o quadro depressivo da mãe pode, por sua vez, estar associado com o estabelecimento de um novo apego inseguro, desta mãe com o seu bebê (Atkinson, Paglia, Coolbear, Niccols, Parker e Guger, 2000; Belsky, Rovine e Taylor, 1984; Coyl, Roggman e Newland, 2002; Cummings e Davis, 1994; Hipwell, Goossens, Melhuish e Kumar, 2000). A severidade dos sintomas depressivos aumenta a tendência de distúrbios nos relacionamentos de apego. Padrões de apego inseguro podem ser entendidos como a maneira que a criança encontrou de lidar com os conflitos e falhas de maternagem que ocorrem em famílias deprimidas (Cummings e Davis, 1994). Entretanto, os autores acrescentaram que as características de negatividade e dependência do padrão de apego inseguro-resistente podem ser adaptativas em alguns contextos, porque interrompem ou distraem os pais durante o conflito conjugal, ou, alternativamente, chamam a atenção de uma mãe deprimida.

Quando se trata de lidar com as dificuldades que se apresentam no relacionamento conjugal no contexto da depressão materna, existiria uma marcante diferença entre homens e mulheres (Papp, 2000). Se as mulheres estão deprimidas, os homens tendem a apresentar soluções práticas, planejando “estratégias de ação”. Já as mulheres geralmente sentem estes esforços de seus parceiros como formas de dominação e controle. No lugar de conselhos e sugestões de soluções, elas prefeririam ter mais interação verbal e compartilhar sentimentos. Independentemente do que esteja incomodando a mulher deprimida, a principal reclamação sempre seria a de que o marido não a escuta. Segundo a autora, os homens teriam grande dificuldade em entender o que as mulheres estão pedindo, uma vez que, no seu ponto de vista, fizeram tudo o que era possível para ajudá-las. Algumas vezes, os homens podem sentir-se confusos pelas queixas das mulheres, e não lhes dar a devida importância por considerá-las parte da “doença”. Outras vezes, podem defender-se usando justificativas, ou simplesmente embravecer e se retirar do local, impossibilitando assim a resolução do conflito.

Em um estudo realizado ao longo de oito anos com 130 casais americanos, Gottman (2000) verificou que em mais de 80% das vezes foi a mulher quem trouxe à

tona os assuntos conjugais difíceis, enquanto o marido tentava não discuti-los. O autor referiu que os homens que escutavam as opiniões de suas mulheres tinham casamentos mais felizes, e menos probabilidade de se divorciar do que aqueles que resistiam a ouvir suas esposas. Quando o homem não estava disposto a dividir a autoridade com sua parceira, havia 80% de chance de o casamento desmoronar.

Sem dúvida, seria igualmente importante, segundo Gottman, que as mulheres tratem os maridos com respeito e consideração. Os dados de sua pesquisa indicaram que esta já seria uma atitude comum para grande maioria das mulheres. Na verdade, os casamentos mais felizes e estáveis seriam aqueles em que o marido trata a mulher com respeito e não se opõe em dividir autoridade e tomar decisões com ela. Quando há divergência, tais casais procurariam ativamente encontrar um ponto em comum através de negociação, ao invés de agirem cada um à sua maneira. Aceitar a influência do parceiro não significa deixar de externar suas emoções negativas em relação a ele. O casamento pode sobreviver a uma infinidade de momentos de raiva, queixas e até críticas, desde que estes sejam abordados de maneira branda. Para Gottman, quanto mais os cônjuges forem capazes de escutar um ao outro, e de aceitar e respeitar os respectivos pontos de vista, maior a probabilidade de encontrarem uma solução, ou uma maneira eficaz de resolver os problemas, que satisfaça a ambos.

Problemas permanentes que geram impasse na relação denotariam as seguintes características, conforme os achados de Gottman: conflitos que fazem um dos parceiros sentir-se rejeitado pelo outro; situações em que ambos ficam falando sobre o problema, mas não avançam para a solução, tomando então posições radicais, recusando-se a ceder. Além disso, quando as conversas são desprovidas de humor, interesse e afetividade e ocorrem ofensas mútuas, as posições se tornariam ainda mais arraigadas e contrárias, seus pontos de vista mais radicais e muito menos propensos a uma conciliação.

Quando ocorre este tipo de impasse na relação, mulheres deprimidas frequentemente se afastam, enquanto seus maridos podem tornar-se cada vez mais hostis, dificultando a resolução dos problemas (Cummings e Davis, 1994; Monk, Essex, Smider, Klein, Lowe e Kupfer, 1996). Este padrão prejudica uma abordagem aberta, necessária para a resolução dos conflitos (Cummings e Davis, 1994). A falha crônica em resolver conflitos, segundo os autores, pode ter um efeito deletério, a longo prazo, nas relações inter-parentais, levando a uma acumulação de sentimentos negativos e assuntos não resolvidos, promovendo então um aumento da frequência, intensidade

e/ou duração dos episódios de fúria entre os cônjuges. Os relacionamentos conjugais de pessoas deprimidas têm sido consistentemente caracterizados como conflitivos, tensos, hostis e marcadamente negativos (Cummings e Davis, 1994; Goodman e Gotlib, 1999).

É plausível que a mãe que está deprimida, por qualquer que seja a razão, se comporte de tal maneira que possa deteriorar uma relação conjugal anteriormente agradável e tenda a avaliar seu relacionamento como menos satisfatório do que uma mãe sem depressão (Romito et al., 1999). Entretanto, os autores acreditam que é mais provável que um relacionamento conjugal pobre influencie a depressão materna, do que o inverso. Também uma pesquisa realizada por uma força-tarefa organizada pela American Psychiatric Association (1997), indicou que mulheres de casamentos infelizes teriam três vezes mais probabilidade de desenvolver depressão do que os homens ou as mulheres solteiras. Esta mesma pesquisa demonstrou que os conflitos conjugais foram o fator mais freqüente de stress encontrado durante os seis meses anteriores ao início da depressão em mulheres.

É importante notar que parte expressiva da literatura aponta para os efeitos dos conflitos conjugais na depressão, enquanto menos estudos indicam para a depressão conduzindo a problemas conjugais (Anderson, Beach e Kaslow, 1999). Em um estudo realizado com 328 mulheres americanas, O'Leary, Riso e Beach (1990) encontraram que 70% das participantes deprimidas e com dificuldades conjugais acreditavam que os conflitos conjugais precederam o início de seus sintomas depressivos. E, mais do que isto, 60% destas mulheres acreditavam que os problemas conjugais foram a causa principal de sua depressão. Outro estudo longitudinal com 400 mulheres americanas realizado por Brown e Harris (1986) apresentou dados semelhantes, revelando que interações conjugais negativas, tais como discussões, tensão, violência e frieza, constituíram um fator de predição para uma maior vulnerabilidade à depressão. De fato, mulheres confrontadas com alguma dificuldade severa ou um evento de vida negativo, estariam três vezes mais predispostas a tornarem-se deprimidas se o seu casamento estiver apresentando problemas (Anderson et al., 1999). Buscando também investigar fatores de risco que predispõe a um primeiro episódio depressivo, Coryell, Endicott e Keller (1992) realizaram um extenso estudo envolvendo 3.119 mulheres americanas em um intervalo de seis anos. Dentre as participantes, 12% apresentaram um primeiro episódio de depressão neste período, e os conflitos conjugais foram apontados como um dos primeiros preditores para o início da doença.

Portanto, parece que a qualidade do relacionamento conjugal pode ser considerada um fator que interfere na vulnerabilidade da mulher para desenvolver problemas emocionais, particularmente no período após o parto (Dunnewold, 1996; Feldman, 2000). Para casais modernos, vivendo em um arranjo de família nuclear, o relacionamento conjugal acaba sendo a mais importante e, muitas vezes, a única fonte de apoio social (Feldman, 2000). Por isto, o envolvimento do pai é tão relevante para a segurança da mãe no papel materno. O apoio adequado do marido é essencial para todas as mães, especialmente para aquelas que são mães pela primeira vez, e desempenha um papel crucial para aquelas que trabalham. Segundo Feldman, o apoio conjugal tem sido associado com a redução da depressão materna, e uma sensibilidade materna maior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é provavelmente a doença psiquiátrica mais comum em adultos. As pesquisas indicam que uma em cada cinco mulheres, e um em cada dez homens pode desenvolver um episódio depressivo clinicamente significativo no decorrer de suas vidas. Além disso, a depressão parece ser particularmente prevalente no período após o parto, o que significa que um grande número de crianças pequenas pode acabar exposto a este quadro clínico, com possíveis conseqüências para o seu desenvolvimento.

A literatura revisada demonstra que a interação mãe-bebê pode ser negativamente influenciada quando a mãe está deprimida e/ou exposta a estressores ambientais. Um dos fatores mais frequentemente associados à depressão materna é a presença de dificuldades conjugais. Alguns estudos referem que, ao mesmo tempo em que estas dificuldades conjugais parecem estar associadas com a depressão materna, também podem mediar o impacto negativo da depressão no desenvolvimento do bebê. Em função disto, é importante compreender melhor a relação existente entre a qualidade do relacionamento conjugal e a depressão materna. Embora as evidências não sejam conclusivas, os resultados revelaram que famílias onde existiam dificuldades conjugais associadas com a depressão materna eram menos coesas e adaptadas, e demonstravam menos capacidade de proteção e cuidados com o bebê do que aquelas famílias que não apresentavam tais problemas.

Neste sentido, tem havido um crescente interesse em estudar e tratar a depressão materna através de diversas perspectivas. Cada vez mais, as pesquisas têm enfatizado abordagens multifatoriais, que levam em conta o modo como a família e o ambiente afetam e

são afetados pela depressão materna. Os estudos revisados indicam não apenas que distúrbios nos relacionamentos conjugais são concomitantes com a depressão, mas eles também podem preceder e suceder episódios depressivos.

Estes dados podem também contribuir para expandir nosso conhecimento sobre a etiologia, manutenção, prognóstico e tratamento da depressão, auxiliando-nos a prevenir futuros problemas de desenvolvimento do bebê. Assim, evidencia-se a importância da realização de trabalhos preventivos ainda durante a gestação, proporcionando um apoio não somente à mãe, mas também ao pai, neste momento de transição à parentalidade. Desta forma, a atuação precoce dos profissionais que atuam na área da saúde representa a possibilidade de prevenção do estabelecimento de padrões negativos de relacionamento conjugal que podem ocorrer neste período, bem como a realização de intervenções tão logo sintomas de depressão materna forem detectados.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1997). *Women and depression: an update on the report of the APA Task Force*. New York: Author
- Anderson, P.; Beach, S. R. H. & Kaslow, N. J. (1999). Marital discord and depression: the potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. In T. Joiner & J. Coyne (Orgs.). *The interactional nature of depression* (pp. 271-297). Washington, DC: APA.
- Apfel, R. J. & Handel, M. H. (1999). Couples therapy for postpartum mood disorders. In L. J. Miller (Ed.). *Postpartum mood disorders* (pp. 163-178). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Areias, M. E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H. & Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20, 8, 1019-1040.
- Attia, E., Downey, J. & Oberman, M. (1999). Postpartum psychoses. In L. J. Miller. *Postpartum mood disorders* (pp. 99-118). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A. & Rutowsky, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21, 4, 287-293.
- Belsky, J., Taylor, D. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project II: The development of reciprocal interaction in the mother-infant dyad. *Child Development*, 55, 706-717.
- Bhatia, Subhash, & Shashi Bhatia (1999). Depression in women: Diagnostic and treatment considerations. *American Academy of Family*.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

- Caplan, H. L., Cogill, S. R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R. & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coryell, W., Endicott, J. & Keller, M. (1992). Major depression in a nonclinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset. *Archives of General Psychiatry*, 49, 117-125.
- Coyl, D., Roggman, L. & Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother- infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23, 145-163.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cummings, M. E. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cutrona, C. & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 1, 3-6.
- Donovan, W. L. & Leavitt, L. A. (1989). Maternal self-efficacy and infant attachment: integrating physiology, perceptions and behavior. *Child Development*, 60, 460-472.
- Dractu, L. (1997). Transtornos psiquiátricos do puerpério e a escala de Edinburg para depressão puerperal. *Revista Brasileira de Medicina*, 8, 5, 255-261.
- Dunnewold, A. L. (1996). Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders. *Professional Resource Press*: Sarasota, Florida.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant behavior and development*, 18, 1-13.
- Garber, J. & Martin, N. (2002). Negative cognitions in offspring of depressed parents: mechanisms of risk. In S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Org). *Children of depressed parents* (pp. 121-153). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 3, 458-490.
- Gotlib, I. H., & Whiffen, V. (1989). Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 23-30.
- Gotlib, I. H.; Whiffen, V.; Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 2, 122-132.
- Gotlib, I. H. & Goodman, S. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gottman, J. (2000). Sete princípios para o casamento dar certo. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hammen, C. (2002). Context of stress in families of children with depressed parents. In S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Eds.). *Children of depressed parents* (pp. 175-202). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hay, D.F. & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 3, 165-181.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157-175.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mathey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- McElwain, N. L. & Volling, B. L. (1999). Depressed mood and marital conflict: Relations to maternal and paternal intrusiveness with one-year-old infants. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 1, 63-83.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monk, T. H., Essex, M. J., Smider, N. A., Klein, M. H., Lowe, K. K. & Kupfer, D. J. (1996). The impact of the birth of a baby on the time structure and social mixture of a couple's daily life and its consequences for well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 14, 1237-1258.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depression. In L. Murray & P. Cooper (Eds.). *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- O'Leary, K. D., Risso, L. P., & Beach, S. R. H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior therapy*, 21, 413-422.
- Papp, P. (2002). *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behavior e Development*, 23, 23-39.
- Pfost, K. S., Stevens, M.J. & Lum, C. U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 5, 588-592.
- Phares, V., Duhig, A. M. & Watkins, M. M. (2002). Family context: Fathers and others supports. In S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Eds.). *Children of depressed parents* (pp. 203-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science e Medicine*, 53, 441-453.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science e Medicine*, 49, 1651-1661.
- Schwengber, D. D. S. (2002). *A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê*. [Dissertação de Mestrado, não-publicada], Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Souza, C. A. C., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. D. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17, 1, 38-47.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teti, D. & Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Wilkinson, R. B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 47, 86-92.
- Zelkowitz, P. & Milet, T. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 18, 4, 424-435.

Recebido em: 30/09/2004. Aceito em: 31/03/2005.

Autores:

Iara Maria Backes de Sotto-Mayor – Psicóloga. Professora da UFRGS.
César Augusto Piccinini – UFRGS.