

Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira

Postpartum depression and marital satisfaction: a longitudinal study in a Brazilian sample

Depresión posparto y satisfacción con la relación de pareja: impacto longitudinal en una muestra brasileña

Cody S Hollist. University of Nebraska-Lincoln (UNL). Lincoln, Nebraska, Estados Unidos. chollist2@unl.edu

Olga Garcia Falceto. Instituto da Família (INFAPA). Porto Alegre, RS, Brasil. olgafalceto@gmail.com

Bruna Larissa Seibel. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. brunaseibel@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Paul R Springer. University of Nebraska-Lincoln (UNL). Lincoln, Nebraska, Estados Unidos. pspringer3@unl.edu

Nalu A Nunes. Brigham Young University (BYU). Provo, Utah, Estados Unidos. nalununes@hotmail.com

Carmen Luiza Corrêa Fernandes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. carmenlcfernandes@gmail.com

Richard B Miller. Brigham Young University (BYU). Provo, Utah, Estados Unidos. rickmiller@byu.edu

Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre a satisfação conjugal e a depressão pós-parto e o impacto destas variáveis nos níveis de satisfação conjugal e depressão futuros, em uma amostra brasileira. Estudos revelam que o conflito conjugal é um antecedente importante no desenvolvimento da depressão e que a depressão pós-parto influencia significativamente a satisfação conjugal. **Métodos:** Este estudo longitudinal com 99 mulheres brasileiras utilizou análises de regressão múltipla para verificar a associação entre a satisfação conjugal e a depressão. A sintomatologia depressiva foi avaliada pelo instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A satisfação conjugal foi verificada a partir de itens sobre a percepção de satisfação conjugal das participantes. Os dados foram coletados 4 meses e 2 anos após o parto. Os dados longitudinais possibilitaram a análise cronológica da interação entre as duas variáveis. **Resultados e Conclusões:** Os resultados indicam que o modelo teórico que estabelece a relação entre conflito conjugal e depressão é também apropriado para casais brasileiros, sugerindo a utilização potencial da terapia de casal no tratamento da depressão pós-parto no Brasil.

Palavras-chave:

Depressão Pós-Parto
Conflito Familiar
Terapia Familiar
Terapia Conjugal

Abstract

Objective: This study examined the relationship between marital satisfaction and postpartum depression as well as the impact of postpartum depression and marital satisfaction on later relational characteristics among Brazilian couples. Studies have shown that marital satisfaction is an important antecedent to depression and that postpartum depression has an influence on marital satisfaction. **Methods:** A longitudinal study using multiple regression to test the association between marital satisfaction and depression was conducted among Brazilian women. Depressive symptomatology was assessed using the *Self-Reporting Questionnaire 20* and marital satisfaction using an instrument developed by the researchers to test the individuals' perception of their marital quality. Data were collected at 4 months and 2 years after childbirth. The longitudinal data allowed researchers to chronologically analyze the interaction of key variables. **Results and Conclusions:** Results showed that the model established between marital satisfaction and depression is appropriate for Brazilian couples as well as for postpartum women. This study highlights the potential impact of marital treatment on postpartum depression in Brazil.

Keywords:

Depression, Postpartum
Family Conflict
Family Therapy
Marital Therapy

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
656.778 (HCPA/UFRGS),
aprovado em 21/05/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 05/12/2014.

Aprovado em: 17/11/2015.

Como citar: Hollist CS, Falceto OG, Seibel BL, Springer PR, Nunes NA, Fernandes CLC et al.
Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira.
Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1044](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1044)

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo fué verificar la relación existente entre la satisfacción con la relación de pareja y la depresión pos-parto y el impacto de esas variables en los niveles de satisfacción con la relación de pareja y depresión futuros, en una muestra brasileña. Estudios revelan que el conflicto de pareja és un antecedente importante en el desarrollo de depresión y que la depresión pos-parto provoca influencia significativa en la relación de pareja. **Métodos:** Este estudio longitudinal con 99 mujeres brasileñas hizo uso de análisis de regresión multiple para estudiar la asociación entre la satisfacción en la relación de pareja y la depresión. Los síntomas depresivos fueron evaluados por el instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). La satisfacción con la relación de pareja fué verificada utilizando datos sobre la percepción de satisfacción de las participantes. Los datos fueron obtenidos 4 meses y 2 años después del parto. **Resultados y Conclusiones:** Los resultados indican que el modelo teórico que establece la relación entre conflicto de pareja y depresión és también apropiado para parejas brasileñas y sugiere la posibilidad de utilización de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión pos-parto en Brasil.

Palabras clave:

Depresión Posparto
Conflicto Familiar
Terapia Familiar
Terapia Conjugal

Introdução

O modelo de conflito conjugal da depressão sugere que a insatisfação conjugal é um fator de risco importante para o desenvolvimento de depressão¹ e estudos empíricos confirmaram o poder explicativo desse modelo.^{2,3} Pesquisas também mostraram que o modelo pode ser usado como alicerce no tratamento da depressão quando há problemas relacionais no casal.⁴ Além disso, melhorias no relacionamento conjugal apresentaram efeito significativo nos sintomas depressivos.⁵ Um estudo com amostra brasileira demonstrou a relação entre depressão e qualidade do relacionamento do casal.⁶

A depressão pós-parto é um problema grave para famílias e também para sistemas de saúde. Estudos revelaram que 85% das mulheres apresentam sintomas de depressão pós-parto.⁷ A depressão pós-parto pode também afetar o relacionamento mãe-filho.⁸ Em contrapartida, existem evidências de que o tratamento da depressão pós-parto pode melhorar o vínculo entre a mãe e o bebê.⁹ Por outro lado, vários estudos têm demonstrado o papel significativo do relacionamento conjugal na transmissão intergeracional da depressão nas famílias.¹⁰

Estudos sobre o efeito da depressão pós-parto no relacionamento conjugal revelaram que as mulheres questionam a sua capacidade de ser mães e esposas e relatam menos satisfação nos seus relacionamentos.^{11,12} Apesar de não haver estudos clínicos sobre a terapia de casal na depressão pós-parto, a lógica sugere a hipótese de que, se há uma relação entre satisfação conjugal e depressão pós-parto e se houver aumento no nível da satisfação conjugal, conseqüentemente aumentaria também a estabilidade da saúde mental. No entanto, nenhum estudo analisou nem o efeito de tratamento nem a relação cronológica entre a satisfação conjugal e a depressão. Outra lacuna importante nestes estudos é a falta de pesquisa em populações sul-americanas.

Características do Casamento e Depressão no Brasil

As pesquisas epidemiológicas indicam que aproximadamente 10% dos adultos que vivem na América do Sul,¹³ especialmente no Brasil,¹⁴ apresentam sintomas que qualificam o diagnóstico de depressão maior. A etiologia e os sintomas que caracterizam os estudos da depressão no Brasil são muito semelhantes aos critérios diagnósticos utilizados nos Estados Unidos. Evidências disso podem ser encontradas na validação da versão em português do *Beck Depression Inventory* (BDI).¹⁵

Apesar dos sintomas da depressão apresentarem semelhanças entre as culturas americana e brasileira, as características da relação conjugal no Brasil, um país com heterogeneidade econômica e cultural, são diferentes do casamento norte-americano, apesar deste também ser heterogêneo. Estudos demonstram que os relacionamentos são mais igualitários na cultura americana, enquanto boa parte dos casamentos brasileiros são bastante hierarquizados.¹⁶ Os papéis e as responsabilidades são mais claramente definidas na cultura brasileira, sendo que muitas mulheres continuam a considerar-se o cuidador primário da família.¹⁶ Essas diferenças de papéis podem ter um impacto no grau em que a satisfação conjugal está relacionada com a depressão. Pode-se também pensar sobre o fato das mulheres brasileiras tradicionalmente sentirem-se mais responsáveis pelo relacionamento conjugal do que os homens, o que pode acarretar em maior associação entre a satisfação conjugal e depressão para as mulheres do que para os homens.

Objetivo da Pesquisa

O objetivo deste estudo é avaliar a interação entre a satisfação conjugal e a depressão pós-parto em uma amostra brasileira acompanhada longitudinalmente. O conhecimento sobre a qualidade da relação conjugal possibilitaria ao profissional de saúde mental estimar sintomas futuros e intervir preventivamente. Este estudo focaliza duas hipóteses: 1) a satisfação conjugal está associada à depressão pós-parto e à depressão recorrente dois anos depois; 2) a satisfação conjugal no primeiro tempo de coleta de dados é mais capaz de prever a depressão no segundo tempo do que a própria depressão.

Métodos

Contextualização da Pesquisa Longitudinal

Este estudo de coorte longitudinal foi idealizado a partir da solicitação da Gerência de Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição para colaborar na investigação das famílias de risco de sua área de abrangência, no bairro Vila Jardim, em Porto Alegre-RS. O bairro Vila Jardim, com aproximadamente 18 mil habitantes, tem características econômicas e socioculturais heterogêneas, predominando famílias de classe média baixa. Tem boas condições de infraestrutura urbana como água, luz, esgoto, coleta de lixo, asfalto, exceto em partes do bairro constituídas por invasões de áreas verdes. Nestas áreas, os habitantes têm acesso à luz, esgoto e água de forma irregular. O bairro tem a cobertura de três Unidades do Serviço de Saúde Comunitária pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição.

Foram mapeadas todas as famílias residentes no bairro que tiveram filhos no período compreendido entre novembro de 1998 e dezembro de 1999. A identificação das famílias do estudo ocorreu por meio das declarações de nascidos vivos (DN), feitas sistematicamente nos hospitais pela prefeitura da cidade de Porto Alegre. Das 230 famílias mapeadas no primeiro tempo de coleta, 148 completaram o estudo na época. Análises estatísticas sugeriram semelhança demográfica entre os participantes que concluíram o estudo e os participantes que não o concluíram.

Análises estatísticas foram realizadas para estabelecer comparação entre o total de famílias mapeadas e as famílias participantes do primeiro tempo de coleta de dados. Ao verificar-se que se tratava de uma amostra representativa da população, decidiu-se constituir um estudo longitudinal. Dessa forma, foram realizados quatro tempos de coleta de dados com as mesmas famílias participantes: aos quatro meses, dois anos, quatro anos e nove anos da criança foco de estudo. Este estudo envolve os dois primeiros tempos de coleta de dados dessa pesquisa, tendo em vista a relevância destes achados para o contexto brasileiro. Dados relacionados à depressão e satisfação conjugal nesta amostra foram previamente publicados internacionalmente.⁶

Procedimentos

As famílias foram localizadas e contatadas por estudantes de graduação em Medicina ou Psicologia, com auxílio das equipes de saúde das Unidades do Grupo Hospitalar Conceição. Em cada um dos tempos de coleta, foram aplicados questionários biossociodemográficos, escalas e protocolos de itens envolvendo diferentes temas de interesse, tais como: saúde dos cuidadores e da criança, rede de apoio social, relacionamento conjugal, desenvolvimento da criança, relação parental, comportamentos de risco dos cuidadores, funcionamento e organização familiar, entre outros.

Estes protocolos eram aplicados, prioritariamente, nos domicílios das famílias por uma dupla de pesquisadores (psicólogos e/ou terapeutas de família). A aplicação geralmente era dividida em dois momentos: entrevista sobre dados gerais da família, realizada pela dupla com ambos os cuidadores (quando esta era a configuração familiar), e entrevista individual com cada um dos cuidadores, realizada separadamente por um pesquisador da dupla. Ao longo de toda a entrevista, observavam-se e anotavam-se as interações entre os membros da família. Os entrevistadores também avaliaram qualitativamente, por consenso, o funcionamento do casal, com as famílias de origem e a rede social.

Considerações Éticas

A pesquisa longitudinal foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição. Em todas as etapas de coleta, os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a entrevista iniciada apenas após a assinatura do mesmo.

Delineamento

Este estudo considerou os dados do primeiro e do segundo tempo da pesquisa longitudinal mais ampla, descrita anteriormente. Caracteriza-se um recorte longitudinal de uma pesquisa observacional e experimental. Optou-se por analisar os primeiros tempos de coleta de dados devido ao objetivo do estudo de averiguar aspectos relacionados ao período do puerpério.

Participantes

Para este recorte, foram utilizados dados apenas das mulheres que participaram das duas primeiras etapas de coleta, totalizando 125 participantes. Destas, 26 foram excluídas da análise por não terem companheiro, resultando em 99 mulheres para a análise final.

Instrumentos

Depressão. A sintomatologia depressiva foi avaliada a partir de dois instrumentos. Uma das escalas foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20),¹⁷ desenvolvido com a colaboração da Organização Mundial de Saúde para realizar avaliações de triagem em países em desenvolvimento e que tem sido utilizado em diversos estudos populacionais no Brasil e em outros países. Foi criado a partir de uma série de avaliações em 1.624 pacientes de quatro diferentes países, demonstrando significativa confiabilidade e validade.¹⁷ A pontuação no SRQ-20 varia de 0 a 20, onde “0” representa ausência de sintomatologia depressiva e 20 a presença máxima de sintomatologia. O SRQ-20 foi inicialmente elaborado em múltiplos idiomas, portanto, a tradução e os procedimentos de validação foram conduzidos simultaneamente ao desenvolvimento do instrumento. O SRQ-20 foi validado no Brasil, sendo de 0.70 a correlação entre a avaliação clínica e o instrumento.¹⁸ Portanto, o SRQ-20 é um instrumento de avaliação de sintomatologia de saúde mental confiável e apropriado para uso no Brasil.

Devido ao fato de o SRQ-20 não ter sido elaborado para avaliar somente depressão, outros testes foram utilizados neste estudo para avaliar a utilidade do SRQ-20 na detecção da depressão. Foi realizada uma comparação entre as pontuações do SRQ-20 e do Inventário Beck de Depressão (BDI). Apesar de o BDI não ter sido utilizado na análise deste estudo porque não estava disponível no primeiro tempo de coleta, os resultados do BDI no Tempo 2 foram utilizados para testar a equivalência entre o SRQ e o BDI. A correlação de 0.71 ($p < 0,001$) indica uma associação significativa entre os instrumentos. Além disso, foi conduzida uma análise de correlação entre o SRQ-20 e a avaliação feita pelos terapeutas, com base nas entrevistas e na observação dos participantes. Os resultados mostram uma correlação de 0.60 ($p < 0,001$) no Tempo 1 e 0.64 ($p < 0,001$) no Tempo 2, favorecendo a utilização do SRQ-20 na avaliação da sintomatologia depressiva. Baseado nestes resultados, o SRQ-20 foi considerado uma medida válida de sintomatologia depressiva.

Em conjunto com o SRQ-20, terapeutas treinados forneceram informações de sintomatologia depressiva, avaliando o grau em que a depressão, quando detectada, afetava a vida dos participantes. Os terapeutas coletaram dados por meio de questionários e entrevistas, utilizando as informações para orientar suas avaliações clínicas sobre o estado de saúde mental dos participantes. A escala utilizada nestas avaliações foi de 1 a 3 pontos, onde 1 indicava a ausência de distúrbio depressivo e 3 indicava a presença de distúrbio depressivo grave.

Os participantes foram entrevistados e avaliados por dois terapeutas que, posteriormente, discutiam suas avaliações pessoais até chegarem a um consenso diagnóstico. A pontuação do consenso diagnóstico foi utilizada na avaliação. As avaliações dos terapeutas no Tempo 2 foram correlacionadas aos resultados do BDI no tempo 2 para verificar a validade concorrente. A correlação encontrada foi de 0.59 ($p < 0,001$), indicando que as avaliações dos terapeutas são uma medida válida de sintomatologia depressiva.

Satisfação Conjugal. Foram utilizados, no Tempo 1, quatro itens especialmente elaborados para avaliar a percepção de satisfação conjugal dos participantes. Uma análise fatorial confirmatória foi aplicada na variável latente “satisfação conjugal” para estabelecer a credibilidade desta medida. A Modelagem de Equações Estruturais foi utilizada para o cálculo do modelo estrutural e para estimar a carga fatorial. Três dos quatro itens apresentaram relação significativa com a variável latente “satisfação conjugal”, e o fator

não significativo foi a frequência das discussões no relacionamento conjugal. Outros estudos também sugerem que a frequência de discussões não é uma característica que distingue a satisfação conjugal.¹⁹ Com base nesses resultados, o item foi removido do instrumento de avaliação.

Três itens remanescentes foram utilizados para avaliar a percepção da satisfação conjugal. A primeira pergunta foi: “Você está contente com a maneira que o seu companheiro expressa o que ele sente e pensa?” O instrumento de medida utilizado foi uma escala Likert de 3 pontos, entre 1 (*contente*) e 3 (*não contente*). A segunda pergunta foi “Como é o relacionamento com o seu companheiro?”. A escala Likert utilizada foi de 1 (*bom*) a 3 (*muito difícil*). A terceira pergunta foi “Como é a sua vida sexual?”. O instrumento de medida utilizado foi uma escala Likert de 7 pontos entre 1 (*bom, como sempre*) a 7 (*inativa*). É importante notar que as pontuações maiores para os itens que representam a percepção da satisfação conjugal indicam maior descontentamento conjugal.

Os resultados da análise fatorial apoiam a ideia de que os três itens utilizados carregam em um mesmo fator. *Eigenvalues* para o componente extraído no primeiro tempo de coleta foi de 1,71 (explicando 56,98% da variância). *Eigenvalues* para o componente no segundo tempo foi de 2,05 (explicando 68,39% da variância). Os resultados sugerem que os itens usados como indicadores de satisfação conjugal reúnem-se como indicadores de uma variável latente e podem ser utilizados como um escore cumulativo de satisfação conjugal. O modelo final apresentou uma excelente qualidade de ajuste e resultou em estimativas padronizadas de 0,741 (para satisfação global), 0,523 (satisfação sexual) e 0,532 (satisfação com a comunicação). As correlações bivariadas entre as três variáveis apresentaram correlações significativas entre si. Os resultados sugerem que as três variáveis combinadas constituem uma medida adequada da variável latente satisfação conjugal.

Variáveis de controle. Com base na literatura sobre satisfação conjugal e depressão,²⁰ as variáveis de controle incluídas nesta análise foram: idade (em anos), renda (em salários mínimos de cada época) escolaridade (em anos completos) e raça. Devido à diversidade racial existente no Brasil, a variável raça foi incluída na análise com a finalidade de avaliar diferenças inter-raciais dentro da cultura brasileira. As categorias raciais analisadas foram: raça negra, branca, mestiça e outras.

Análise de dados

Inicialmente, foram realizadas estatísticas descritivas para caracterização da amostra. Após, os dados foram analisados por meio de regressões e correlações. Estes métodos estatísticos possibilitaram a descrição das interações entre as variáveis apresentadas anteriormente. A primeira hipótese foi examinada a partir de associações regressivas entre as variáveis recorrentes. Já a segunda hipótese levantada foi analisada com o exame de dois modelos de regressão logística múltipla. O primeiro modelo examinou o impacto da depressão e da satisfação conjugal no Tempo1 sobre a depressão no Tempo 2. O segundo modelo inverteu as associações, como meio de examinar o impacto da depressão e da satisfação conjugal do primeiro tempo na satisfação conjugal do segundo tempo. Nos dois modelos, as variáveis recorrentes e de controle foram incluídas. O motivo da inversão dos modelos foi para distinguir a direção que teria maior impacto para predizer o efeito de uma variável sobre a outra.

Resultados

A faixa etária das mulheres no Tempo 1 de coleta foi de 15 a 45 anos, sendo 25,9 anos a média das idades (DP=6,7). O nível de escolaridade na amostra situava-se na faixa de 1 a 14 anos de estudo, com média de 7 anos (DP=2,9), indicando que a maioria das mulheres não concluíram o Ensino Fundamental. O número médio de filhos no Tempo 1 foi de 2,2 (DP=1,5) e, no Tempo 2, de 2,4 (DP=1,6). Apenas 15% das famílias tiveram mais um filho entre os Tempos 1 e 2. O número médio de pessoas vivendo no mesmo domicílio foi de 4,9 (DP=1,8). Quanto à etnia, 58% das mulheres declaravam-se brancas, 27% negras e 14% mestiças.

A amostra é economicamente representativa desta região do Brasil, sendo a maioria das famílias pertencentes à classe média. No primeiro tempo de coleta, 73% dos pais estavam empregados e 20% das mulheres trabalhavam fora. A média da renda familiar foi menor no Tempo 1 (4,86 salários mínimos no Tempo 1 e 4,23 salários mínimos no Tempo 2). No entanto, mesmo parecendo ter havido perda de poder aquisitivo das famílias, cabe ressaltar o aumento do salário mínimo promovido entre os períodos de coleta de dados.

O poder dos dados longitudinais se baseia na capacidade de conectar o impacto de uma variável sobre outras variáveis em tempos posteriores. Apesar de não ser possível descrever estas associações como causalidade, podemos dizer que os resultados em um tempo podem prever os níveis em outras variáveis posteriores. Portanto, pode-se dizer que os dados ajudam a entender a direção de mudança.

As correlações entre as variáveis confirmaram que a depressão e a satisfação conjugal estão positivamente correlacionadas tanto na primeira etapa quanto longitudinalmente, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Correlações significativas entre as variáveis depressão, satisfação conjugal e renda familiar.

	Depressão (T1)	Depressão (T2)	Satisfação Conjugal (T1)	Satisfação Conjugal (T2)	Renda Familiar (T1)
Depressão (T1)	1	.48***	.34***	.36***	-.25*
Depressão (T2)		1	.43***	.50***	-.16
Satisfação Conjugal (T1)			1	.43***	.03
Satisfação Conjugal (T2)				1	.02
Renda Familiar (T1)					1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Hipótese 1

A análise de regressão foi utilizada para calcular a relação entre as variáveis de interesse no mesmo tempo, controlando variáveis demográficas. Dois modelos foram testados para cada etapa. As variáveis de controle utilizadas na análise foram: cor, idade, escolaridade da mãe e renda familiar. Na etapa 1, o modelo utilizando a depressão como variável dependente resultou em um r-quadrado do modelo de 0,24 ($p > 0,001$), com a renda familiar e satisfação conjugal relacionada com a depressão. A renda familiar e a satisfação conjugal mostraram-se relacionadas à depressão neste modelo (ver Tabela 1). Invertendo-se o modelo, tomando a satisfação conjugal como variável dependente, resultou em um r-quadrado do modelo geral de 0,15 ($p > 0,001$), com nenhuma das variáveis demográficas relacionando-se significativamente. No entanto, a depressão associou-se à satisfação conjugal significativamente.

A etapa 2 demonstrou associações semelhantes em termos de interações entre as variáveis principais. Utilizando a depressão como variável dependente, produziu-se o r-quadrado do modelo geral de 0,29 ($p > 0,001$), com nenhuma das variáveis demográficas relacionando-se significativamente. Invertendo o modelo para calcular o impacto do modelo na satisfação conjugal, produziu-se o r-quadrado de 0,27 ($p > 0,001$). O resultado destas análises confirmou a primeira hipótese, associando (negativamente) as variáveis satisfação conjugal e depressão pós-parto no primeiro momento do estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Desfecho de regressões logísticas das variáveis significativas.

Variável independente (T1)	Variável dependente (T1)	Beta	SE	B Estandarizado	p
Satisfação Conjugal	Depressão	0,443	0,119	0,309	0,002
Renda Familiar	Depressão	-0,252	0,137	-0,219	0,037
Depressão	Satisfação Conjugal	0,240	0,072	0,345	0,001
Variável independente (T2)	Variável dependente (T2)	Beta	SE	B Estandarizado	p
Depressão	Satisfação Conjugal	0,319	0,057	0,504	0,000
Satisfação Conjugal	Depressão	0,775	0,140	0,491	0,000

Hipótese 2

O objetivo mais importante deste estudo foi examinar a interação entre depressão e satisfação conjugal pós-parto e dois anos depois. Esta hipótese foi examinada por análises de regressão e controlada por variáveis demográficas (e.g. idade, cor, escolaridade da mãe e renda familiar). O modelo foi calculado utilizando-se a depressão da etapa 2 como a variável dependente, predita por depressão da etapa 1 e satisfação conjugal nas duas etapas, além das variáveis demográficas. O r-quadrado do modelo total foi 0,39 ($p > 0,001$). Recalculando o modelo para isolar o poder preditivo das informações da etapa 1, foram excluídos dados da relação conjugal da etapa 2, o que resultou em um r-quadrado de 0,31 ($p < 0,001$). Nenhuma das variáveis demográficas foram relacionadas aos modelos. Os dados de depressão do primeiro tempo de coleta e a satisfação conjugal nas duas etapas foram relacionadas à depressão da segunda etapa.

O modelo para verificar o impacto das variáveis na satisfação conjugal da segunda etapa gerou r-quadrado de 0,33 ($p > 0,001$). Novamente, as outras variáveis principais não mostraram associação com as variáveis demográficas. O impacto das variáveis da primeira etapa (depressão e satisfação conjugal) na relação conjugal do segundo tempo resultou em r-quadrado de 0,24 ($p > 0,001$). A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão calculando a capacidade das variáveis da primeira etapa em prever depressão e satisfação conjugal na segunda etapa, controlando as variáveis demográficas e variáveis recorrentes.

Tabela 3. Desfecho longitudinal entre as variáveis de interesse.

Variável Independente	Variável Dependente	Beta	SE	B Estandarizado	p
Depressão (T1)	Depressão (T2)	0,365	0,099	0,365	0,000
Satisfação Conjugal (T1)	Depressão (T2)	0,432	0,134	0,301	0,002
Satisfação Conjugal (T2)	Depressão (T2)	0,497	0,148	0,314	0,001
Depressão (T1)	Satisfação Conjugal (T1)	0,197	0,065	0,310	0,003
Satisfação Conjugal (T1)	Satisfação Conjugal (T2)	0,297	0,088	0,326	0,001
Depressão (T2)	Satisfação Conjugal (T2)	0,219	0,065	0,346	0,001

Discussão

A partir dos resultados apresentados, verificou-se que, neste estudo, depressão e satisfação conjugal não apenas andam juntas, como também se relacionam bidirecionalmente. Estas influências são importantes não somente em uma visão transversal dos dados, mas ao longo do tempo. Baseados nesses achados, podemos presumir que a psicoterapia de casal ou a psicofarmacoterapia da depressão produziriam impacto na outra variável. Desta forma, é possível que os profissionais iniciem o tratamento sobre um fator, mas influenciem o outro.

Impacto na Depressão

A depressão pós-parto é um problema de saúde importante,²¹ visto que vários estudos já demonstraram o impacto desta nos relacionamentos familiares: na criança,²² na esposa²³ e na família em geral.²⁴ A depressão pós-parto também está associada com o vínculo entre pai-filho⁸ e mãe-filho.²⁵ Outros estudos revelaram uma associação entre a depressão pós-parto e a saúde física da mulher.^{26,27} Tanto pesquisadores quanto psiquiatras e terapeutas têm se empenhado em buscar meios de auxiliar no tratamento dos sintomas da depressão pós-parto para minimizar o seu impacto nas famílias e indivíduos.

Os resultados deste estudo indicam que não só a depressão afeta a satisfação conjugal, mas também que o relacionamento conjugal tem um impacto nos sintomas de depressão, transversal e longitudinalmente. Pode-se entender, assim, que a qualidade do relacionamento do casal influencia o nível de depressão no pós-parto e também o desenvolvimento da depressão no futuro.

A incidência e os sintomas da depressão são semelhantes entre brasileiros e pessoas de outras nacionalidades. Porém, os resultados desse estudo sugerem que o relacionamento entre a depressão e a satisfação conjugal na amostra brasileira apresenta maior intensidade do que os estudos realizados em amostras norte-americanas.¹⁻³ Existe, portanto, a necessidade de continuar investigando a interação destas variáveis na população brasileira.

A coleta de dados da primeira etapa foi efetuada quatro meses depois do nascimento do bebê, período considerado pós-parto. Apesar das mudanças biológicas no pós-parto desempenharem um papel significativo no desenvolvimento da depressão, a satisfação conjugal continuou a ter uma relação significativa com a depressão ao longo do tempo, explicando 24% da sua variância. Pesquisas futuras são necessárias para distinguir o grau de impacto das alterações hormonais em comparação com a relação conjugal. No entanto, os resultados desta pesquisa sugerem que a satisfação conjugal tem um impacto importante na incidência da depressão pós-parto.

Quanto aos sintomas depressivos no futuro, foi possível prever, a partir do modelo proposto, 31% da variância de depressão dois anos depois, baseando-se no poder preditivo da relação entre a depressão e satisfação conjugal aos quatro meses após o parto. A teoria prevalente a respeito de etiologia da depressão sugere que a depressão pós-parto seria a variável mais poderosa para prever depressão no futuro. No entanto, a diferença entre o poder de prever depressão dois anos depois do nascimento de um filho é pequena (24% e 31%), significando que o tratamento de qualquer uma das variáveis pós-parto teria impacto nos sintomas depressivos no futuro.

Impacto na Relação Conjugal

Por outro lado, a diminuição da depressão pós-parto influenciaria a qualidade da relação conjugal. O período pós-parto é importante para a formação do vínculo entre os pais e seus filhos. Igualmente importante é a qualidade da relação conjugal, pois tem um impacto significativo na relação entre os pais e seus filhos. Pode-se entender que quanto melhor for a qualidade do relacionamento conjugal, melhor será o vínculo pais-criança.²⁸ O tratamento eficiente da depressão pós-parto é, portanto, uma ferramenta para o fortalecimento das relações familiares.

Os resultados desta pesquisa contribuem para a prática clínica no período pós-parto e ao longo do ciclo vital. Ao verificar que o nível de depressão e a relação conjugal no pós-parto predisseram 24% da qualidade da relação conjugal dois anos depois, sugere-se que uma intervenção no período pós-parto seria preventiva de problemas relacionais futuros. Entende-se que, além de aspectos pessoais associados à depressão, como a história pregressa de sintomas depressivos, aspectos relacionais também têm impacto na saúde mental das mães após a gestação e à longo prazo. Este impacto tem implicações para a qualidade da vida familiar e também para os serviços de saúde. O caráter preventivo de uma intervenção pós-parto poderia gerar maior produtividade desses serviços ao longo do tempo.

Importância Bidirecional

As implicações longitudinais deste estudo não apenas ajudam os profissionais da saúde a entender a importância de prestar atenção na qualidade do relacionamento conjugal e na depressão pós-parto, mas também demonstra implicações de reciprocidade no tratamento e na prevenção desses problemas. A bidirecionalidade dos achados oportuniza, aos profissionais da saúde, o trabalho visando à melhoria de ambos os aspectos - relação conjugal e depressão - visto que um pode ter impacto sobre o outro ao longo do tempo. Novos estudos podem auxiliar a distinguir qual das duas abordagens, ou ainda o tratamento combinado dos dois fatores, teria um maior impacto no desfecho futuro. Vale lembrar que, no período pós-parto, a mãe está frequentemente amamentando seu filho, o que pode contraindicar o uso de medicação, deixando a psicoterapia de casal potencialmente como a abordagem de primeira escolha.

Implicações Clínicas

Os resultados deste estudo sugerem a utilização potencial da terapia de casal no tratamento da depressão quando parte da sintomatologia depressiva está relacionada com o conflito no casamento. Vários modelos de terapia de casal propõem o tratamento da depressão no contexto relacional, incluindo a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, a terapia estratégica, a terapia de casal focada na emoção e a terapia conjugal comportamental para a depressão.²⁹

A terapia de casal comportamental para a depressão considera os aspectos da interação conjugal que funcionam como fontes de proteção contra a depressão e os aspectos do relacionamento conjugal que intensificam as tendências depressivas.¹ A eficácia da terapia de casal comportamental no tratamento da depressão tem sido demonstrada por vários estudos^{1,30,31} e mostra-se especialmente eficiente quando a insatisfação conjugal é um elemento que contribui para o episódio depressivo. O tratamento da depressão

por meio da terapia de casal comportamental para a depressão parece mostrar-se mais eficiente na redução dos sintomas depressivos do que a terapia cognitiva quando existe insatisfação conjugal.³²

A terapia de casal focada na emoção (TFE) também inclui a satisfação conjugal na compreensão e resolução da depressão, utilizando o tratamento do relacionamento conjugal como estratégia de intervenção para reduzir a depressão.³³ A TFE mostrou-se tão eficiente quanto a farmacologia na redução de sintomas depressivos por um período de 6 meses após a conclusão do tratamento.³⁴ Apesar de a terapia de casal comportamental para a depressão e a TFE terem demonstrado sua eficácia no tratamento da depressão por meio de intervenções que objetivam a redução do conflito conjugal, nenhum dos modelos de terapia, incluindo a terapia cognitiva de casal, terapia estratégica de casal e terapia interpessoal de casal, foi testado com uma amostra brasileira. A carência de diversidade cultural é uma limitação comum em estudos empíricos.³⁵

Estudos adicionais são necessários para testar a eficiência da terapia de casal no tratamento da depressão entre brasileiros. Os resultados deste estudo atestam a relevância de estudos adicionais sobre o tema, uma vez que proporcionam suporte para o modelo do conflito conjugal na depressão entre a população brasileira.

Limitações do Estudo e Sugestões para Pesquisas

Devido ao tamanho e diversidade populacional do Brasil, não é possível generalizar os resultados deste estudo para a população brasileira em geral. Em consequência, estudos adicionais são necessários para se entender a relação entre satisfação conjugal e depressão. Além disso, a amostra utilizada no presente estudo foi composta por mulheres, não avaliando a relação entre satisfação conjugal e depressão em homens. Estudos adicionais são necessários para averiguar as diferenças entre os gêneros e as dificuldades ou necessidades específicas de homens com sintomas depressivos no período pós-parto.

Referências

1. Beach SRH, Sandeen EE, O'Leary KD. Depression in marriage: A model for etiology and treatment. New York: Guildford Press; 1990.
2. Beach SRH, Katz J, Kim S, Brody GH. Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *J Soc Pers Relat*. 2003;20(3):355-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0265407503020003005>
3. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):674-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>
4. Beach SRH, O'Leary KD. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictor of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behav Ther*. 1992;23(4):507-28. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80219-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80219-9)
5. Denton WH, Golden RN, Walsh SR. Depression, marital discord and couple therapy. *Curr Opin Psychiatr*. 2003;16(1):29-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200301000-00007>
6. Hollist CS, Miller RB, Falceto OG, Fernandes CL. Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Fam Process*. 2007;46(4):485-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x>
7. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6 Suppl 2:S33-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x>
8. Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Ment Health J*. 2008;29(6):624-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20199>

9. Goodman SH, Broth MR, Hall CM, Stowe ZN. Treatment of postpartum depression in mothers: Secondary benefits to the infants. *Infant Ment Health J*. 2008;29(5):492-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20188>
10. Sotto-Mayor IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*. 2005;36(2):135-48.
11. Carter W, Grigoriadis S, Ross LE. Relationship distress and depression in postpartum women: literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(3):279-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-009-0136-8>
12. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):588-99. PMID: 17118038 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
13. Parada BV, Stevenson PR, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPD). *Rev Méd Chile*. 2002;130(5):527-36.
14. Almeida-Filho N, Mari Jde J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9. PMID: 9519090 DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.171.6.524>
15. Beck AT, Rush A J, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
16. Korin EC. Brazilian Families. In: McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK, eds. *Ethnicity and family therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1996. p.200-13.
17. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>
18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
19. Gottman JM. *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: Norton and Company; 1999.
20. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH, ed. *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington: American Psychological Association; 2001. p.3-24.
21. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*. 2009;65(12):1258-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20644>
22. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(5):273-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
23. Page M, Wilhelm MS. Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemp Fam Ther*. 2007;29(4):237-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-007-9043-1>
24. O'Brien M, Asay JH, McCluskey-Fawcett K. Family functioning and maternal depression following premature birth. *J Reprod Infant Psychol*. 1999;17(2):175-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02646839908409096>
25. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26-35. PMID: 14675298 DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
26. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(4):703-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.1338>
27. Shelton NJ, Herrick KG. Comparison of scoring methods and thresholds of the General Health Questionnaire-12 with the Edinburgh Postnatal Depression Scale in English women. *Public Health*. 2009;123(12):789-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2009.09.012>
28. Stutzman SV, Miller RB, Hollist CS, Falceto OG. Effects of marital quality on children in Brazilian families. *J Comp Fam Stud*. 2009;40(3):475-92.
29. Gollan JK, Friedman MA, Miller IW. Couple therapy in the treatment of major depression. In: Gurman AS, Jacobson NS, eds. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 3a ed. New York: Guilford Press; 2002. p.653-76.

30. Beach SRH. Marital therapy for co-occurring marital discord and depression. In: Beach SRH, ed. Marital and family process in depression: A scientific foundation for clinical practice. Washington: American Psychological Association; 2001. p.205-24.
31. Prince SE, Jacobson NS. Couple and family therapy for depression. In: Beckham EE, Leber WR, eds. Handbook of depression. 2a ed. New York: Guilford; 1995. p.404-24.
32. Addis ME, Jacobson NS. Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(6):1417-24. PMID: 8991328 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1417>
33. Johnson SM. *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection.* New York: Brunner/Mazel; 1996.
34. Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *Am J Fam Ther.* 2003;31(5):345-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01926180390232266>
35. Sprenkle DH. *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy.* Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy; 2002.