

## SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PERINATAL

**Ana Paula Forte Camarneiro**

UICISA:E e ESEnfC

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; FPUL

paula.camarneiro@gmail.com

**João Manuel Rosado de Miranda Justo**

FPUL – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

*Fecha de Recepción: 9 Febrero 2019*

*Fecha de Admisión: 30 Abril 2019*

### RESUMO

**Enquadramento:** O período perinatal constitui vulnerabilidade psicológica para mulheres e homens. Mecanismos de resolução de problemas poderão ser importantes na vivência saudável da perinatalidade e na saúde do bebé. **Objetivos:** Compreender a relação entre sintomas psicopatológicos (SPP) e resolução de problemas (RP) na gravidez e pós-parto, em mulheres e homens; comparar SPP e RP entre gravidez e pós-parto em mulheres e homens; analisar as diferenças nos SPP por um lado e na RP por outro lado, consoante a saúde do bebé ao nascer. **Métodos:** Estudo longitudinal e prospetivo. Amostra de 134 mulheres e homens na gravidez, parto e pós-parto. Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico; BSI (Derogatis, 1993); IRP (Vaz-Serra, 1988). **Resultados:** Entre BSI e IRP, as correlações significativas são negativas. Entre períodos pré e pós-natal, mulheres e homens mostraram correlação positiva significativa nos SPP e na RP (exceto abandono passivo, nas mulheres, e confronto e resolução ativa dos problemas, nos homens). No período pós-natal, mulheres aumentaram significativamente obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ideação paranóide, psicoticismo, índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos (ISP), e controlo interno/externo dos problemas (CIE). Os homens aumentaram ISP e CIE. A saúde do bebé ao nascer não foi diferente conforme SPP e RP das mulheres e homens na gravidez, embora a depressão pré-natal dos homens que vieram a ter bebés com problemas estivesse mais elevada, com significância marginal. No pós-parto, mães de bebés com problemas pontuaram menos na RP pedido de ajuda. Nos pais, observou-se resultado semelhante, com significância marginal. **Conclusões:** No período perinatal, as mulheres apresentam trajetórias diferentes e mais complexas que os homens. As mulheres têm sintomas psicopatológicos pós-natais em maior número e intensidade. Mães de bebés com problemas ao nascer mostram dificuldade em pedir ajuda no período pós-natal. Nos homens existe grande concordância nas variáveis

## SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PERINATAL

psicológicas pré e pós-natais. É necessário prestar apoio psicológico às mulheres nesta fase da vida.

**Palavras-chave:** gravidez; período pós-natal; sintomas psicopatológicos; coping; saúde do recém-nascido

### ABSTRACT

**Psychopathological symptoms, strategies for problems' resolution and newborn's health during the perinatal period. Background:** The perinatal period is a factor of vulnerability for women and men. Mechanisms of problems resolution are important for a healthy living during perinatality and for the health of baby. **Goals:** To understand the relationship between psychopathological symptoms (PPS) and problems' resolution (PR) during pregnancy and postpartum, in women and men; to compare PPS and PR between pregnancy and postpartum in women and men; to analyze the differences in SPP on the one hand and on the other hand, according on the baby's health at birth. **Methods:** Longitudinal and prospective study. Sample of 134 women and men. Assessment in pregnancy, delivery and post-partum. Instruments: Socio-demographic and Clinical Questionnaire; BSI (Derogatis, 1993); IRP (Vaz-Serra, 1988). **Results:** Between PPS and PR the significant correlations are negative. Positive and significant correlations were found for PPS and PR between pre and post-natal periods in women and men. Exceptions were passive abandonment (PA-PR) in women and confronting and active resolution of problems (CARP-PR) in men. For women, during postnatal period, significant increases were found in: obsessions-compulsions, interpersonal sensitivity, hostility, paranoid ideation, psychoticism, symptoms general index, index of positive symptoms (IPS) and internal/external control of problems (IECP-PR). In the same period, men presented increases in IECP and ISP. The baby's health at birth was no different according to PPS and RP women and men in pregnancy, although the prenatal depression of men having babies with problems were higher, with marginal significance. Women having babies with health problems at birth presented averages significantly lower in solicitude for help (SFH-PR) at postpartum. The fathers showed a similar result, with marginal significance. **Conclusions:** During perinatal period, women present different and more complex pathways than men. A worsening of the psychological state is observed during the transition from pre to postnatal period because they have post-natal psychopathological higher symptoms in number and intensity. Women having babies with health problems at birth present difficulty in solicitude for help at postnatal period. In men a high consistency is observed between pre and postnatal data of psychological variables. Therefore, it is necessary to provide psychological support to women in this stage of life.

**Keywords:** pregnancy; postnatal period; psychopathological symptoms; coping; newborn's health

### INTRODUÇÃO

O período perinatal é um tempo em que ocorrem modificações internas, na mulher e no homem, nomeadamente emocionais, defensivas e relacionais, com presença, ou exacerbação, de sintomas psicopatológicos, constituindo, estes, vulnerabilidade psicológica. Este período tem vindo a ser considerado como aquele que ocorre desde o início da gravidez até aos 12 meses após o nascimento (e.g., Austin, 2010; Ford, Lee, Shakespeare & Ayers, 2017).

Ultimamente, a maior fonte de preocupação em face das consequências do estado mental das mães e dos pais, quer na gravidez quer no pós-parto é a saúde do bebé (e.g., Almeida, Sá, Cunha, & Pires, 2012, O Conner, Monk & Fitelson, 2014).

Estudos em neurodesenvolvimento que se debruçam sobre os efeitos da depressão materna e paterna no cérebro do bebé, descobriram que a depressão materna está associada a maior difusão

da massa branca em estruturas que fazem parte do sistema límbico, envolvidas na motivação, emoção, aprendizagem e memória. Contudo, esse efeito não foi encontrado aos três anos. Visível, nessa idade, foi o efeito dos sintomas depressivos paternos sobre estruturas cerebrais do bebê, parecendo refletir, no entanto, uma predisposição genética associada a fatores familiares e ambientais e não tanto um efeito intrauterino específico (El Marroun, Zou, Muetzel, Jaddoe, Verhulst, White, & Tiemeier, 2018). Ainda, van der Knaap et al. (2018) mostraram que crianças expostas a sintomas depressivos maternos, clinicamente relevantes durante a gravidez, aumentaram as respostas da amígdala a expressões emocionais negativas faciais, em comparação com grupo de controle. Também neste estudo, os sintomas depressivos maternos pós-natais, obtidos aos 3 anos após o nascimento, não explicaram essa relação. Os autores consideram que os sintomas depressivos pré-natais da mãe estão associados à hiper-responsividade da amígdala nos filhos. Estes autores ressaltam essa relação como fator de risco para psicopatologia em idades tardias.

A propósito de uma perspectiva transgeracional, Newman et al. (2016) afirmaram que a perturbação de ansiedade materna, fator de risco frequente e conhecido no comprometimento da saúde mental da descendência, é apresentada como um exemplo da interação de fatores parentais epigenéticos e precoces, elevando o risco de mau prognóstico neonatal. Segundo o autor, a evidência disponível aponta a importância das influências in útero, bem como o papel da vinculação precoce e o cuidado emocional. Mecanismos transgeracionais, como o impacto do transtorno mental materno no desenvolvimento, são modelos importantes para a análise do risco precoce.

Por exemplo, no estudo das características de personalidade, Johnston e Brown (2013) demonstraram que as mães com pontuação baixa em extroversão e em estabilidade emocional estavam mais predispostas a cesariana bem como a uma série de complicações durante o parto e nascimento, incluindo parto assistido, sofrimento fetal, incapacidade de o bebê progredir no canal de parto e rutura prematura de membranas.

Os mecanismos de resolução de problemas poderão constituir-se como protetores importantes face à vulnerabilidade. Gourounti, Anagnostopoulos e Lykeridou (2013) mostraram a congruência entre estratégias de coping mal adaptativas e elevados níveis de ansiedade pré-natal, preocupações e depressão. Pelo contrário, a utilização de estratégias de coping ativo e eficaz favorecem a adaptação à gravidez (Mateos, Cabaco, Gil, Lancho & Díez, 2014), bem como, estilos de coping mais variados durante o trabalho de parto, utilizados por mulheres mais confiantes e com autoeficácia mais elevada, se tornam vantajosos no controlo da dor e no resultado do parto (Johnston & Brown, 2013).

Em face das relações evidentes, nos estudos publicados, entre os estados psicológicos dos pais e a saúde e desenvolvimento do bebê, continua a ser da maior importância estudar as variáveis psicológicas e psicopatológicas em mulheres e homens no período perinatal de modo a contribuir para intervenções clínicas mais adequadas.

## **OBJETIVOS**

Compreender a relação entre sintomas psicopatológicos e resolução de problemas na gravidez e no pós-parto, em mulheres e homens; comparar os sintomas psicopatológicos e a resolução de problemas entre a gravidez e o pós-parto em mulheres e homens; analisar as diferenças nos sintomas psicopatológicos, por um lado, e na resolução de problemas por outro lado, consoante a saúde do bebê ao nascer.

## **MÉTODO**

Estudo quantitativo, longitudinal e prospetivo. Amostra não probabilística constituída por 134 mulheres e homens. A informação foi recolhida em três momentos, segundo trimestre de gravidez,

## SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PERINATAL

parto e oito meses após o parto. No primeiro e terceiro momentos, foram avaliados os sintomas psicopatológicos e as estratégias de resolução de problemas. No segundo momento foram recolhidas informações clínicas sobre o estado de saúde do bebê ao nascer.

Na amostra, as mulheres têm, em média, 30 anos de idade (DP = 4.24) e 13 anos de escolaridade (DP = 3.13). Os homens são mais velhos, têm 32 anos, em média, (DP = 4.94) e estudaram mais de onze anos (M = 11.67, DP = 3.88). O estatuto socioeconómico dos casais é, maioritariamente, elevado (65.7%), oscilando entre médio (16.5%) e superior (16.5%). Planearam a gravidez 82% e 15% aceitou facilmente a gravidez não planeada. No primeiro momento do estudo, idade gestacional é, em média, 21 semanas (DP = 2.40) e este vai ser o primeiro filho para 66% da amostra.

### INSTRUMENTOS

Foram utilizados questionários sociodemográficos e clínicos preparados para o estudo. BSI (Brief Symptoms Inventory, Derogatis, 1993, versão portuguesa de Canavarro, 1999), com 53 itens, avaliando nove sintomas e três índices globais: somatização (SOM), obsessões-compulsões (O-C), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOST), ansiedade fóbica (ANS FOB), ideação paranóide (IP), psicoticismo (PSIC), índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP). IRP (Inventário de Resolução de Problemas, Vaz-Serra, 1988), com 40 itens, dos quais, após análise fatorial foram aceites 34 itens com boa consistência interna ( $\alpha = .78$ ). Confirmadas as dimensões pedido de ajuda (PA), confronto e resolução ativa dos problemas (CRAP), controlo interno/externo dos problemas (CIE), estratégias de controlo das emoções (CE), auto-responsabilização e medo das consequências (ARMC), abandono passivo (AP). Neste instrumento, a valores mais elevados corresponde um coping mais eficaz.

Os dados foram analisados com o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 24. Foram cumpridos os princípios éticos e obtido consentimento informado.

### RESULTADOS

A correlação entre sintomas psicopatológicos e estratégias de resolução de problemas, avaliada com a correlação de *Pearson*, evidencia que todas as correlações significativas são negativas, em ambos os períodos pré e pós-natal. Nas mulheres, o PA e CRAP não apresentam correlação significativa com o BSI e dimensões; AP apenas se correlaciona negativa e significativamente com SI na gravidez e com O-C e P no pós-parto. Os resultados encontram-se na Tabela 1.

Na gravidez, há muito menos correlações significativas nas mulheres do que nos homens (27 vs. 47). No pós-parto, esse número é semelhante em mulheres e homens (45 vs. 47) e em dimensões semelhantes.

Tabela 1. Correlação de *Pearson* entre o BSI e dimensões e IRP e dimensões, nas mulheres e nos homens da amostra durante a gravidez e após o parto.

INFANCIA Y PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

IRP	PA	CRAP	AP	CI/EP	CE	ARMC	Global	PA	CRAP	AP	CI/EP	CE	ARMC	Global	
	Mulheres							Gravidez							
	Mulheres							Homens							
BSI	r	.031	.014	-.062	-.159	-.304*	-.036	-.136	-.097	-.251*	-.392**	-.568**	-.303*	-.170	-.541**
SOM	p	.802	.908	.619	.200	.012	.771	.274	.437	.040	.001	.000	.013	.169	.000
	r	-.207	.208	-.074	-.361*	-.364*	-.062	-.229	-.141	-.180	-.315*	-.582**	-.328*	-.245*	-.521**
O-C	p	.092	.091	.550	.003	.002	.616	.062	.254	.144	.009	.000	.007	.046	.000
	r	-.024	.216	-.269*	-.321*	-.227	-.330*	-.268*	-.107	-.166	-.326*	-.499**	-.333*	-.203	-.452**
SI	p	.848	.080	.028	.008	.065	.006	.028	.387	.178	.007	.000	.006	.099	.000
	r	-.127	.069	-.116	-.191	-.299*	-.285*	-.281*	-.098	-.230	-.253*	-.606**	-.377*	-.257*	-.525**
DEP	p	.307	.578	.349	.121	.014	.020	.021	.429	.061	.039	.000	.002	.036	.000
	r	-.089	.095	-.149	-.224	-.279*	-.124	-.214	-.104	-.174	-.206	-.626**	-.439**	-.355*	-.516**
ANS	p	.476	.443	.228	.068	.022	.316	.083	.401	.160	.094	.000	.000	.003	.000
	r	-.064	.131	-.133	-.396**	-.301*	-.178	-.268*	.072	-.018	-.186	-.484**	-.235	-.169	-.275*
HOST	p	.606	.290	.284	.001	.013	.149	.029	.564	.886	.133	.000	.056	.171	.024
	r	-.214	.107	.059	-.347*	-.200	-.149	-.239	-.061	-.201	-.188	-.497**	-.315*	-.170	-.418**
ANS-FOB	p	.082	.391	.637	.004	.105	.229	.051	.625	.102	.127	.000	.009	.170	.000
	r	-.026	.204	-.167	-.247*	-.132	-.263*	-.182	.082	-.110	-.237	-.448**	-.355*	-.171	-.340*
IP	p	.833	.098	.177	.044	.285	.031	.141	.509	.374	.053	.000	.003	.166	.005
	r	-.135	.201	-.170	-.364*	-.315*	-.258*	-.295*	.042	-.109	-.322*	-.534**	-.312*	-.236	-.412**
P	p	.276	.102	.170	.002	.009	.035	.015	.738	.380	.008	.000	.010	.054	.001
	r	-.099	.172	-.144	-.335*	-.326*	-.217	-.268*	-.054	-.193	-.313*	-.645**	-.402**	-.267*	-.532**
IGS	p	.426	.165	.246	.006	.007	.077	.028	.665	.118	.010	.000	.001	.029	.000
	r	-.138	.095	-.106	-.373*	-.356*	-.221	-.324*	-.042	-.198	-.307*	-.590**	-.344*	-.226	-.493**
TSP	p	.264	.444	.394	.002	.003	.072	.008	.737	.109	.012	.000	.004	.066	.000
	r	-.032	.222	-.223	-.085	-.084	-.081	-.054	.083	-.168	-.142	-.501**	-.316*	-.185	-.368*
ISP	p	.795	.072	.070	.494	.497	.513	.666	.524	.196	.274	.000	.013	.154	.004
	Mulheres							Pós-parto							
	Mulheres							Homens							
BSI	r	-.019	.039	-.131	-.297*	-.281*	-.236	-.293*	-.046	-.307*	-.215	-.442**	-.353*	-.382*	-.547**
SOM	p	.880	.758	.292	.015	.021	.055	.017	.717	.013	.085	.000	.004	.002	.000
	r	-.038	-.164	-.297*	-.568**	-.472**	-.367*	-.568**	-.125	-.198	-.171	-.625**	-.387**	-.233	-.513**
O-C	p	.758	.188	.015	.000	.000	.002	.000	.323	.115	.174	.000	.001	.061	.000
	r	.013	-.159	-.239	-.578**	-.350*	-.397**	-.532**	-.052	-.126	-.066	-.593**	-.355*	-.387**	-.476**
SI	p	.914	.203	.051	.000	.004	.001	.000	.679	.316	.604	.000	.004	.001	.000
	r	-.006	-.104	-.151	-.500**	-.344*	-.373*	-.495**	-.083	-.230	-.116	-.690**	-.230	-.395**	-.569**
DEP	p	.959	.407	.222	.000	.004	.002	.000	.512	.065	.359	.000	.066	.001	.000
	r	-.010	.032	-.196	-.453**	-.404**	-.278*	-.397**	-.064	-.134	-.157	-.617**	-.274*	-.247*	-.469**
ANS	p	.937	.800	.112	.000	.001	.023	.001	.613	.288	.210	.000	.027	.048	.000
	r	.065	-.012	-.151	-.455**	-.350*	-.315*	-.389**	.125	-.053	-.150	-.418**	-.199	-.258*	-.290*
HOST	p	.604	.925	.223	.000	.004	.009	.001	.321	.674	.232	.001	.112	.038	.019
	r	-.009	.046	-.106	-.373*	-.237	-.292*	-.305*	.017	-.287*	-.248*	-.365*	-.396**	-.328*	-.475**
ANS-FOB	p	.945	.714	.394	.002	.054	.016	.013	.891	.020	.047	.003	.001	.008	.000
	r	.122	-.173	-.102	-.560**	-.286*	-.143	-.407**	.121	-.018	-.131	-.408**	-.525**	-.372*	-.352*
IP	p	.327	.164	.413	.000	.019	.247	.001	.338	.886	.297	.001	.000	.002	.004
	r	-.044	-.054	-.287*	-.514**	-.430**	-.418**	-.521**	.040	-.194	-.178	-.619**	-.358*	-.435**	-.536**
P	p	.724	.669	.019	.000	.000	.000	.000	.750	.122	.155	.000	.003	.000	.000
	r	.100	-.150	-.067	-.456**	-.206	-.183	-.361*	.004	-.271*	-.205	-.547**	-.371*	-.386*	-.543**
IGS	p	.427	.236	.598	.000	.100	.145	.003	.977	.029	.102	.000	.002	.001	.000
	r	-.014	-.018	-.209	-.492**	-.429**	-.295*	-.444**	.157	.205	-.137	-.474**	-.321*	-.148	-.173
TSP	p	.912	.883	.089	.000	.000	.015	.000	.230	.117	.295	.000	.012	.260	.185
	r	.009	-.069	-.205	-.535**	-.399**	-.350*	-.491**	-.015	-.190	-.187	-.654**	-.410**	-.404**	-.562**
ISP	p	.941	.583	.096	.000	.001	.004	.000	.904	.130	.135	.000	.001	.001	.000

\* p < .05; \*\* p < .001

A correlação entre as variáveis psicológicas avaliadas nos momentos pré e pós-natal foi avaliada com o teste de correlação de *Pearson*. Nas mulheres, todos os sintomas psicopatológicos e índices avaliados pelo BSI estão positiva, moderada e significativamente correlacionados ( $p < .05$ ). O TSP apresenta correlação muito baixa e significância marginal. O IRP correlaciona-se positiva e sig-

## SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PERINATAL

nificativamente nas dimensões global ( $r = .60, p < .001$ ), PA ( $r = .40, p = .001$ ), CRAP ( $r = .30, p = .013$ ), CIE ( $r = .57, p < .001$ ) e CE ( $r = .62, p < .001$ ). A dimensão AP não está significativamente correlacionada entre os dois períodos.

Nos homens todos os SPP e índices estão correlacionados positiva e significativamente ( $p < .001$ ). As correlações são elevadas ou moderadas, oscilando entre  $r = .53$  (ANS FOB) e  $r = .81$  (DEP). O TSP mostra fraca correlação entre os dois momentos, embora significativa. O IRP e dimensões associam-se positiva e significativamente com PA, AP, CIE, CE e global. O CRAP, apresenta correlação não significativa.

As diferenças de médias das variáveis psicológicas, antes e depois do parto, nas mulheres e homens, testada através do teste *t* de Student para amostras emparelhadas, mostrou, um aumento estatisticamente significativo, no período pós-natal, dos níveis médios dos sintomas O-C, SI, DEP, HOST, IP, P, IGS e ISP, nas mulheres. Nos homens, as médias de todos os SPP e índices aumentam no período pós-natal, contudo, as diferenças são significativas apenas no ISP ( $p = .004$ ).

No IRP, entre o período pré e pós-natal, há aumento no CIE, com diferenças significativas nas mulheres ( $t(66) = -6.50, p < .001$ ) e nos homens ( $t(64) = -7.79, p < .001$ ). O total e as restantes dimensões não se alteram entre os dois tempos, conforme se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2. Teste *t* de Student para amostras emparelhadas de comparação de médias no IRP e suas dimensões nas mulheres e nos homens no período pré (1) e pós-natal (2)

IRP/ Dimens ões		Mulheres					Homens				
		M	DP	t	GL	p	M	DP	t	GL	p
PA (4 itens)	1	13.55	2.87	1.28	6	.207	13.91	3.40	-0.04	64	.970
	2	13.00	3.55		6		13.92	3.93			
CRAP (9 itens)	1	32.02	4.89	0.85	6	.400	31.94	4.92	-1.18	64	.243
	2	31.44	4.52		5		33.05	5.86			
AP (3 itens)	1	13.36	2.11	-0.80	6	.862	13.51	2.01	-0.50	64	.617
	2	13.42	1.76		6		13.65	1.59			
CIE (8 itens)	1	28.01	3.89	-6.50	6	.000	29.15	4.27	-7.79	64	.000
	2	31.33	4.89		6		32.59	4.15			
CE (3 itens)	1	12.40	2.34	0.19	6	.853	13.28	1.66	1.35	64	.181
	2	12.45	2.16		6		12.94	2.11			
IRP Global (34 itens)	1	135.15	10.93	1.14	6	.257	138.83	12.45	-0.80	64	.425
	2	133.73	11.62		5		139.63	11.328			

A diferença de médias da BSI e IRP na gravidez, conforme a saúde do bebê ao nascer (normal,  $n = 54$ ; com problemas,  $n = 13$ ), avaliada com o teste *t* de *student* para amostras independentes, evidenciou que, nas mulheres e nos homens, as diferenças não são estatisticamente significativas. Embora nas mulheres ANS, ANS FOB e SOM sejam mais elevados e IP, P e IRP sejam mais baixos e, nos homens, OC, SI, DEP, ANS, IP, sejam mais elevadas e DEP apresente diferença marginal, com  $p = .061$ , e IRP total mais baixo nos casos em que os bebês vieram a nascer com problemas.

Oito meses depois do nascimento, apenas o PA de mulheres com bebês saudáveis vs. com problemas de saúde ao nascer é significativamente diferente entre os grupos ( $t(65) = 2.366$ ,  $p = .021$ ), respectivamente  $M = 13.51$ ,  $DP = 3.17$  vs.  $M = 11.07$ ,  $DP = 4.32$ , resultado desfavorável pela necessidade de pedir mais ajuda. Nos homens, no mesmo fator, PA, há significância estatística marginal ( $t(65) = 1.680$ ,  $p = .098$ ), igualmente com média inferior nos pais que tiveram bebês com problemas ao nascer ( $M = 12.31$ ,  $DP = 4.72$ ) em comparação com os outros ( $M = 14.33$ ,  $DP = 3.65$ ). Não há outras diferenças significativas.

## DISCUSSÃO

Os resultados indicam que estratégias de coping mais eficazes estão associadas a reduções dos níveis de muitos sintomas psicopatológicos. Nas mulheres, esta associação é mais evidente no pós-parto do que na gravidez, corroborando a perspectiva de segundo trimestre como “os meses calmos” (Colman & Colman, 1994), ou a fase emocionalmente mais estável (Justo, Bacelar-Nicolau, & Dias, 1999).

Observa-se, também, nas mulheres e nos homens, entre os períodos pré e pós-natal, associações positivas e significativas nos sintomas psicopatológicos, mas não no total de sintomas positivos, no caso das mulheres, evidenciando a sua constância em termos globais. E, nas estratégias de resolução de problemas, há associações positivas e significativas, mas não no abandono passivo, nas mulheres, nem no controlo e resolução ativa dos problemas, nos homens. Não se encontraram estudos publicados que analisem correlações entre estas variáveis.

Entre os dois períodos, evidencia-se o aumento no período pós-natal dos níveis médios dos sintomas e índices, tanto nas mulheres como nos homens, mas as diferenças são estatisticamente significativas apenas nas mulheres, nos sintomas obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ideação paranoide, psicoticismo, índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos com aumento dos níveis no pós-parto. Estes resultados denotam que no período da gravidez, as mulheres reduzem a reatividade emocional aos mínimos possíveis, obrigando a grande mudança interior. No entanto, Almeida et al. (2012) encontraram 27.5% de mulheres com diagnóstico positivo de psicopatologia na gravidez. Nos homens, as diferenças existem apenas no índice de sintomas positivos, ilustrando o aumento da relação entre número de sintomas e a intensidade dos mesmos. Assim, corroboramos Kao e Long (2004) ao afirmarem que tornar-se pai constitui uma nova experiência de vida, mostrando múltiplos pensamentos e sentimentos que mudam com o tempo, tanto em profundidade como em qualidade e dependem de um número de fatores internos e externos. Gerner (2005) mostrou que a hostilidade e as dificuldades comunicacionais a lidar com o stress inerente à transição para a parentalidade tornam a parentalidade mais problemática e mostram o quanto os cônjuges não estão preparados para lidar com esta transição.

No período pós-natal, homens e mulheres utilizam um controlo interno/externo dos problemas mais eficaz, resultado que contraria o estudo de Johnson e Baker (2004) ao afirmar que o homem usa mais estratégias de coping durante a gravidez do que no pós-parto.

A saúde do bebê ao nascer não é diferente conforme os sintomas psicopatológicos ou o coping

## SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PERINATAL

de mulheres e homens durante a gravidez. No entanto, no pós-parto, as mulheres com bebês saudáveis são significativamente diferentes no pedido de ajuda, revelando menor necessidade de o fazer, traduzindo-se em maior autonomia, comparativamente com as mulheres que tiveram bebês com problemas. Grande parte dos estudos considera que o resultado do parto está estritamente relacionado com as características psicológicas ou psicopatológicas presentes na gravidez (Johnston & Brown, 2013).

Johnson e Baker (2004) mostraram que, na altura do nascimento, os níveis de todas as variáveis psicológicas aumentam em comparação com o período de gravidez e diminuem passado um ano, sendo que o melhor preditor dos resultados psicológicos, a longo prazo, é o coping que responde aos resultados da gravidez. O presente estudo parece estar de acordo com Johnston e Brown (2013), uma vez que a maior parte das mulheres teve bebês saudáveis ao nascer, pelo que terão adotado um coping mais variado durante o trabalho de parto, que se tornou muito vantajoso no controlo da dor e no resultado do parto.

### CONCLUSÕES

A trajetória da perinatalidade é diferente em mulheres e homens. No período pós-natal as mulheres apresentam mais sintomas psicopatológicos e também maior controlo interno/externo dos problemas. Durante a gravidez as mulheres vivem uma reatividade emocional diminuída, que se altera depois do parto. Quando os bebês são saudáveis ao nascer, as mulheres são mais autónomas no que respeita à necessidade de pedir ajuda aos outros.

Os homens mostram grande concordância nas variáveis psicológicas entre o período pré e pós-natal. As mudanças mais importantes são o aumento do índice de sintomas psicopatológicos positivos e o aumento de controlo interno/externo dos problemas no período pós-natal.

Durante todo o período perinatal mulheres e homens necessitam de atenção por parte dos serviços de saúde. No entanto, o reforço deve fazer-se ao nível da avaliação psicológica na gravidez, ao nível do acompanhamento psicológico das mulheres no pós-parto e, principalmente, em caso de nascimento de bebês com problemas de saúde.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. P., Sá, E., Cunha, F. F., & Pires, E. P. (2012). Common mental disorders during pregnancy and baby's development in the first year of life. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(4), 341-351. DOI: 10.1080/02646838.2012.736689.
- Austin, M. P. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women Mental Health, 13*(1), 41-44. DOI: 10.1007/s00737-009-0110-5
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 95-108). Vol. 2. Braga: APPORT.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez - a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- El Marroun, H., Zou, R., Muetzel, L. R., Jaddoe, V. W., Verhulst, F. C., White, T., & Tiemeier, H. (2018). Prenatal exposure to maternal and paternal depressive symptoms and white matter microstructure in children. *Depression & Anxiety, 35*, 321-329. DOI: 10.1002/da.22722.
- Ford, E., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of General Practice, 67*(661), 538-546. DOI: 10.3399/bjgp17X691889.
- Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during



- pregnancy. *PhD Dissertation*. California School of Professional Psychology. Fresno Campus.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of Women Mental Health, 16*, 353–361. DOI: 10.1007/s00737-013-0338-y.
- Johnson, M.P., & Baker, S.R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 25*, 87-98.
- Johnston, R.G., & Brown, A.E., (2013). Maternal trait personality and childbirth: The role of extraversion and neuroticism. *Midwifery, 29*, 1244–1250. DOI: 10.1016/j.midw.2012.08.005
- Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1*(1), Jan./Jun., 115-129.
- Kao, C-H., & Long, A. (2004). First-time Taiwanese expectant fathers' life experiences during the third trimester of pregnancy. *Journal of Nursing Research, 12*(1), 60-70.
- Mateos, L.M.F., Cabaco, A.S., Gil, S.M., Lancho, M.C.P., & Díez, S.G. (2014). Hipervigilancia emocional en la mujer gestante: factores psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, 1*(1), 229-242.
- Newman, L., Judd, F., Olsson, C. A., Castle, D., Bousman, C., Sheehan, P., ... Everall, I. (2016). Early origins of mental disorder – risk factors in the perinatal and infant period. *BMC Psychiatry, 16*, 270. DOI: 10.1186/s12888-016-0982-7.
- O Conner, T.G., Monk, C., & Fitelson, E. M. (2014). Practitioner Review: maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(2), 99-111. DOI: 10.1111/jcpp.12153.
- van der Knaap, N. J. F., Klumpers, F., El Marroun, H., Mous, S., Schubert, D., Jaddoe, V. ... Fernández, G. (2018). Maternal depressive symptoms during pregnancy are associated with amygdala hyperresponsivity in children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(1), 57-64. DOI: 10.1007/s00787-017-1015-x.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica, 9*(4), 301-316.

