

## Artigo Original/Original Article

# Desfechos do parto e depressão pós-parto em mulheres que recorreram a técnicas de reprodução medicamente assistida

## Birth outcomes and postpartum depression in women that conceived through assisted reproduction technologies

Sofia Gameiro<sup>1</sup>, Mariana Moura-Ramos<sup>2</sup>, Maria Cristina Canavarro<sup>3</sup>, Isabel Soares<sup>4</sup>

*Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho*

### ABSTRACT

**Introduction:** No previous studies have focused on the incidence of fertility problems in Portuguese couples or on their psychosocial adjustment during infertility treatments and thereafter. The goals of the present study were: to analyse birth outcomes and postpartum depression in women that conceived through assisted reproduction techniques (ART); to study the relation between pregnancy adjustment, a history of infertility, ART treatments, birth outcomes and postpartum depression; to investigate predictors of birth outcomes and postpartum depression.

**Study design:** Prospective controlled study

**Method:** A total of 42 pregnant women after ART and 42 women with a spontaneous pregnancy were evaluated by self-report questionnaires at three different moments related to their pregnancy: the 24<sup>th</sup> pregnancy week, during labour, and at the first month postpartum.

**Results:** No differences were found between the two groups concerning birth outcomes and the incidence of postpartum depression. In ART women, a positive correlation was found between the occurrence of depression during pregnancy and postpartum depression ( $r=0,342$ ,  $p<0,01$ ), and negative correlations were found between the satisfaction with conflict resolution in the marital relationship during pregnancy and postpartum depression ( $r=-0,344$ ,  $p<0,05$ ), and between anxiety in pregnancy and neonatal birth weight ( $r=-0,365$ ,  $p<0,05$ ). A larger number of complications during pregnancy was observed when the aetiology of infertility was feminine or idiopathic (Cramer's  $V=0,46$ ,  $p<0,05$ ). The only significant predictor of postpartum depression was depression occurring during pregnancy, explaining 25,8% of its total variance.

**Conclusions:** The results suggest that women conceiving through ART may be especially sensitive to issues related with depression and anxiety during and after pregnancy.

<sup>1</sup> Aluna de Doutoramento (FCT - SFRH/BD/21584/2005), da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Psicóloga Clínica na Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

<sup>2</sup> Aluna de Doutoramento (FCT - SFRH/BD/23152/2005) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Psicóloga Clínica na Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra; Professora na Universidade Lusitana do Porto.

<sup>3</sup> Professora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Responsável pela Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

<sup>4</sup> Professora do Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

## INTRODUÇÃO

A infertilidade é clinicamente definida como a incapacidade de conceber um filho ou de levar uma gravidez a termo após um ano de relacionamento sexual regular e sem utilização de contraceptivos<sup>1</sup>. Estima-se que em todo o mundo aproximadamente 1 em cada 10 casais em idade fértil sofra de infertilidade<sup>2</sup>.

Em Portugal não existem ainda dados sobre a incidência e prevalência dos problemas de infertilidade, bem como relativos ao ajustamento psicossocial das famílias portuguesas que recorrem a técnicas de reprodução medicamente assistida (RMA), quer durante a fase de tratamento quer nos casos de sucesso e insucesso, sendo apenas possível extrapolar a partir da realidade internacional. Apesar de o acesso e funcionamento das técnicas de RMA ter sido recentemente legislado (Lei nº 32/2006, Julho 2006), muitas das medidas previstas não foram ainda implementadas, como é o caso dos apoios estatais à realização de tratamentos de RMA, e muitas questões, tal como a doação de gâmetas, são controversas ou estão ainda em aberto.

O estudo destas questões mostra-se crucial para, atendendo às especificidades da realidade portuguesa, se desenvolverem mecanismos de prevenção e intervenção adequados, no plano legislativo, social e clínico, que garantam o bem-estar das famílias. O presente estudo representa um esforço nesse sentido, ao procurar analisar de que forma uma história de infertilidade e RMA pode influenciar o parto e a saúde mental destas mulheres.

Os riscos obstétricos acrescidos associados a uma gravidez após RMA são actualmente amplamente reconhecidos<sup>3-5</sup>. Num estudo paradigmático que analisou 55.906 nascimentos na Dinamarca, Basso e Baird<sup>3</sup> verificaram que as mulheres inférteis (que tentavam engravidar há mais de um ano) apresentaram risco acrescido para parto pré-termo, por cesariana e baixo peso do recém-nascido. Este risco foi encontrado mesmo entre mulheres que não realizaram tratamentos, sendo que os tratamentos para a infertilidade aumentavam o risco apenas nas mulheres primíparas.

Este facto, bem como o desgaste físico e psicológico inerente aos tratamentos de RMA, tem leva-

do muitos investigadores a sugerir que as mulheres (e famílias) que recorrem a RMA poderão apresentar dificuldades de ajustamento durante a gravidez e pós-parto<sup>6,7</sup>. No entanto, de forma geral, a norma parece ser o bom funcionamento, avaliado a diferentes níveis<sup>7-9</sup>. Alguns estudos, porém, têm sugerido que o acesso à RMA pode ser factor de risco para depressão pós-parto (DPP)<sup>10,11</sup>.

A literatura da transição para a parentalidade tem mostrado que, a nível individual, a depressão durante a gravidez é o principal preditor da DPP<sup>12</sup> e que o *stress* durante a gravidez está associado a piores resultados obstétricos<sup>13</sup>; e a nível relacional, que a insatisfação conjugal é factor de risco para a DPP<sup>14</sup> e que o apoio social está associado a melhores resultados obstétricos<sup>15</sup> e a menor DPP<sup>12</sup>. No entanto, no caso específico da parentalidade após RMA, a maioria dos estudos tem-se limitado a comparar o bem estar destas famílias com o de famílias com uma GE, não explorando os factores psicossociais que poderão influenciar esse bem-estar.

Esta análise é importante na medida em que permite elucidar sobre os factores que poderão influenciar o ajustamento destas famílias nesta fase específica do ciclo de vida, fornecendo pistas para a implementação de medidas preventivas<sup>16</sup>.

Desta forma, no presente estudo, considerámos a influência de dois tipos de factores: 1) psicossociais, avaliados durante a gravidez e considerando aqueles a que a literatura da área atribui maior relevância, nomeadamente, a nível individual, a percepção do risco da gravidez (tendo em conta que os casais RMA tendem a perceber maior risco) e a psicopatologia, e a nível relacional, a relação conjugal e o apoio social; e 2) clínicos, relativos à história prévia de infertilidade e RMA. No que respeita ao ajustamento, considerámos indicadores de saúde física (resultados obstétricos: (a) existência de complicações durante a gravidez, i.e. parto pré-termo, ameaça de abortamento, patologia materna induzida pela gravidez e anomalias do líquido amniótico, da placenta e fetais, (b) tipo de parto, (c) semanas de gestação e (d) peso do recém-nascido) e mental (DPP).

Recorrendo a um grupo de controlo de mulheres com uma gravidez espontânea (GE), no presente estu-

do pretendeu-se: 1) caracterizar os resultados obstétricos e a DPP de um grupo de mulheres que engravidou através do recurso a técnicas de RMA; 2) analisar a relação entre o ajustamento na gravidez, história de infertilidade e tratamentos de RMA, e os resultados obstétricos e depressão pós-parto; e 3) investigar os preditores dos resultados obstétricos e depressão pós-parto.

### MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A amostra incluiu um grupo de 42 mulheres que recorreram a RMA para conceber (fertilização *in vitro* e ICSI: injeção intracitoplasmática de espermatozóide) e um grupo de 42 mulheres que engravidaram espontaneamente, todas primíparas e com uma gravidez de feto único. As participantes foram consecutivamente recru-

tadas enquanto aguardavam a Consulta de Obstetrícia, o grupo de mulheres RMA no Serviço de Genética e Reprodução Humana e o grupo de mulheres GE na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, e todas assinaram um consentimento informado. Os critérios de inclusão foram a maioria, nacionalidade portuguesa e um nível de literacia suficiente para o preenchimento dos questionários.

As características da amostra encontram-se descritas no Quadro I.

Todas mulheres que realizaram RMA estavam casadas ou viviam em união de facto. A maioria pertencia ao nível socioeconómico médio (54,8%), frequentava o ensino secundário ou superior (21,4% e 57,1%). Tendiam a ser mais velhas ( $t=8,99$ ,  $p<0,001$ ) e a estar com o seu parceiro há mais tempo ( $t=7,24$ ,  $p<0,001$ ) do que as mulheres com uma GE. A maioria apresentava problemas de fertilidade há menos de 5

**Quadro I** – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N=84)

	RMA (n=42)		GE (n=42)		$\chi^2 / t$	p
	n	%	n	%		
<b>Estado civil</b>					---	---
Casada/Unida de facto	42	100	42	100		
<b>Educação*</b>					4,11 <sup>†</sup>	0,250
1º e 2º Ciclos	3	7,1	5	12,8		
3º Ciclo	4	14,3	6	15,4		
Secundário	9	21,4	14	35,9		
Superior	25	57,1	14	35,9		
<b>Nível socioeconómico*</b>					4,24 <sup>†</sup>	0,120
Baixo	10	23,8	17	43,6		
Médio	23	54,8	18	46,2		
Elevado	9	21,4	4	10,3		
<b>Idade</b>	M = 33,8; DP = 3,3		M = 26,1; DP = 4,5		8,99	0,000
<b>Duração da relação</b>	M = 7,6; DP = 2,9		M = 3,2; DP = 2,0		7,24	0,000
<b>Duração da infertilidade*</b>	M = 5,3; DP = 2,9		---		---	---
Menos de 5 anos	23	54,8				
5 anos ou mais	18	42,9				
<b>Tratamentos RMA*</b>			---		---	---
Um	10	23,8				
Mais do que um	29	69,0				
<b>Causa da infertilidade*</b>			---		---	---
Feminina	16	38,1				
Masculina	9	21,4				
Combinada	10	23,8				
Idiopática	5	11,9				

M = Média, DP = Desvio padrão, \* n<42 reflecte informação em falta; <sup>†</sup>teste de Fisher

anos (54,8%), tendo realizado mais do que um tratamento de RMA (69%). A infertilidade foi atribuída a causas femininas em 38,1% dos casos, a factor masculino em 21,4%, a factores de ambos os cônjuges em 23,8% e era inexplicada ou idiopática em 11,9%”.

Tratou-se de um estudo longitudinal prospectivo, com três momentos de avaliação: M1) as 24 semanas de gravidez, M2) o parto; e M3) o 1º mês após o parto.

No M1, os questionários foram entregues quando as mulheres aguardavam a consulta que antecedia as 24 semanas de gravidez, sendo-lhes pedido que os trouxessem preenchidos na consulta seguinte. Os dados do M2, referentes ao parto, foram recolhidos através de consulta dos processos clínicos das mulheres, e os do M3 através de envio do questionário de auto-resposta por correio, com um envelope já selado para que pudesse ser devolvido após o seu preenchimento.

O protocolo de avaliação incluiu, no M1 (24 semanas de gravidez), para além de fichas de dados socio-demográficos (idade, educação, estado civil, duração da relação e nível sócio económico, avaliado de acordo com (17)) e clínicos (infertilidade e tratamentos RMA), os seguintes instrumentos:

- Percepção subjectiva do risco da gravidez: Item singular desenvolvido pelas autoras que colocada a seguinte questão às participantes “Comparativamente à maioria das mulheres, considera que a sua gravidez está a ser:”, sendo permitidas as seguintes opções de resposta: 1 – De muito baixo risco, 2 – De baixo risco, 3 – Normal, 4 – De alto risco, e 5 – De muito alto risco. De entre o continuum de adjectivos apresentados, era pedido às participantes que seleccionassem aquele que melhor descrevia a sua experiencia.
- Sintomatologia psicopatológica: *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* – BSI (18, Versão portuguesa: 19) – versão curta do SCL-90, com 53 itens. A versão portuguesa desta escala apresenta bons níveis de consistência interna nas suas move escalas (0,62 to 0,80), coeficientes teste-reteste (0,63 to 0,81) e validade de constructo e discriminante. Neste estudo apenas as subescalas de ansiedade e depressão foram usadas.
- Relação Conjugal: *Inventário conjugal ENRICH* (20, Versão portuguesa: 21) – escala de Likert com 109 itens que avalia a relação conjugal segundo 11 dimensões distintas. A versão portuguesa da escala apresenta índices de consistência interna para as 11 subescalas que variam desde 0,64 a 0,84. Neste estudo apenas as escalas Satisfação com a relação conjugal e Satisfação com a resolução de conflitos foram usadas.
- Apoio Social: *Convoy model* (22, Versão portuguesa adaptada: 23) – avalia a rede social e o apoio emocional e instrumental percebido pelo indivíduo, bem como a satisfação global com esse apoio, em relação aos membros da rede. A versão portuguesa adaptada revelou bons coeficientes de consistência interna (0,83 para ambas as subescalas de apoio), teste-reteste (0,71 a 0,83) e boa validade de constructo. Apesar deste instrumento possibilitar a obtenção de muita informação relevante, neste estudo utilizámos apenas aquela que diz respeito ao apoio percebido da totalidade dos membros da rede e, separadamente, do companheiro.  
Para avaliação dos resultados obstétricos (M2, parto) foram consultados os processos clínicos e retiradas informações no que respeita à existência de complicações durante a gravidez, tipo de parto, peso e semanas de gestação do bebé à nascença.  
No M3 (1º mês pós-parto) o protocolo de avaliação incluiu:
- Depressão pós-parto: *Escala de Edinburg para a Depressão Pós-Parto* – EPDS (24, Versão portuguesa: 25) – escala de fácil e rápido preenchimento, composta por 10 itens, cada um dos quais se organiza em três pontos. Uma pontuação superior a 13 evidencia depressão pós-parto. Na nossa amostra a escala apresentou um  $\alpha$  de Cronbach = 0,83.

#### Análises estatísticas

Para a caracterização sociodemográfica da amostra recorremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos, recorremos à estatística inferencial, considerando um nível de significação

inferior a 0,05. Assim foram realizados: testes Chi-quadrado, testes exactos de Fisher, teste V de Cramer, correlações de Pearson e ponto-bisserial (quando uma das variáveis é dicotómica). Finalmente, com vista ao estudo dos modelos preditores da DPP, efectuámos análises de regressão múltipla. Utilizámos a versão 15.0 do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*.

## RESULTADOS

Não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de mulheres que recorreram a RMA e o grupo de mulheres com uma GE no que respeita à existência de complicações durante a gravidez, tipo de parto efectuado, semanas de gestação do recém-nascido e índice de DPP (cf. Quadro II). Verificou-se, no entanto, uma tendência para a significância estatística no que respeita ao peso do recém-nascido, tendendo os bebés das mulheres RMA a apresentar menos peso à nascença ( $F=3,57, p<0,06$ ).

No Quadro III apresentamos as associações encontradas entre as variáveis em estudo, tanto no grupo de mulheres que recorreu a RMA como no grupo de mulheres com uma GE. Estas são, de forma geral, escassas. Em nenhum dos grupos se verificaram correlações significativas com a existência de complicações durante a gravidez e o tipo de parto.

No grupo de mulheres com uma GE, as semanas de gestação do recém-nascido mostraram estar posi-

vamente correlacionadas com o total de apoio social instrumental percebido por estas mulheres em relação aos membros da sua rede de apoio ( $r=0,376, p<0,05$ ). A depressão pós parto mostrou estar positivamente correlacionada com a depressão ( $r=0,342, p<0,05$ ) e a ansiedade ( $r=0,389, p<0,05$ ) reportadas durante a gravidez, e negativamente com a satisfação com a relação conjugal ( $r=-0,334, p<0,05$ ).

No grupo de mulheres que engravidaram recorrendo a técnicas de RMA, verificou-se uma correlação negativa entre a ansiedade reportada durante a gravidez e o peso do recém-nascido ( $r=0,365, p<0,05$ ). Finalmente, neste grupo de mulheres a DPP mostrou estar positivamente correlacionada com a depressão reportada durante a gravidez ( $r=0,523, p<0,01$ ), e negativamente com a satisfação com a resolução de conflitos na relação conjugal ( $r=-0,344, p<0,05$ ).

Não foram encontradas correlações significativas entre a duração da infertilidade e a existência de complicações durante a gravidez, o tipo de parto, o peso e as semanas de gestação do bebé à nascença e a DPP. Também não foram encontradas correlações significativas entre o número de tratamentos realizados e a existência de complicações durante a gravidez, o tipo de parto, o peso e as semanas de gestação do bebé à nascença e a DPP.

Não se encontraram diferenças significativas entre grupos em função da causa da infertilidade, no que respeita ao tipo de parto, peso e semanas de gestação

	RMA (n=42)		GE (n=42)		F/ $\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Complicações gravidez						
Não	25	61,0	33	78,6	3,05	0,081
Sim	16	39,0	9	21,4		
Tipo de parto						
Vaginal	23	56,1	27	64,3	0,58	0,446
Cesariana	18	43,9	15	35,7		
Peso	M=3116,3 DP=361,7		M=3288,5 DP=493,1		3,57	0,063
Semanas gestação	M=38,4 DP=1,6		M=38,6 DP=1,2		0,79	0,377
Depressão Pós-parto	M=6,23 DP=4,36		M=6,71 DP=3,92		0,45	0,504
Não deprimida	36	90	40	95,2	0,83*	0,427
Deprimida	4	10	2	4,8		

M = Média, DP = desvio padrão, \* teste de Fisher

**Quadro III** – Experiência da gravidez e resultados obstétricos e depressão pós-parto**Grupo de mulheres com Gravidez Espontânea (n=42)**

Risco gravidez	Somat	Dep	Ans	Sat rel conjugal	Sat res conflitos	AS Total Emoc	AS Total Inst	Sat AS Total	AS Comp Emoc	AS Comp Inst	Sat AS Comp
Complicações gravidez	0,005	-0,119	-0,165	-0,079	0,094	-0,046	-0,050	-0,090	-0,245	-0,044	0,080
Tipo de parto	0,235	0,066	0,001	-0,007	0,037	0,098	0,155	0,116	0,177	-0,049	0,118
Peso	0,056	-0,245	-0,112	0,063	-0,067	-0,082	-0,019	-0,045	0,273	0,063	0,101
Semanas gestação	-0,090	-0,112	0,046	0,039	-0,232	0,280	0,376*	0,300*	0,100	0,002	-0,060
Depressão Pós-parto	0,154	0,342*	0,389*	-0,334*	-0,260	0,127	0,092	0,115	0,073	-0,102	.111

**Grupo de mulheres que recorreu a Reprodução Medicamente Assistida (n=42)**

Risco gravidez	Somat	Dep	Ans	Sat rel conjugal	Sat res conflitos	AS Total Emoc	AS Total Inst	Sat AS Total	AS Comp Emoc	AS Comp Inst	Sat AS Comp
Complicações gravidez	-0,074	0,119	0,086	0,074	0,124	-0,245	-0,207	-0,193	-0,169	0,047	-0,006
Tipo de parto	-0,080	-0,158	-0,190	0,185	0,188	-0,117	-0,014	-0,060	-0,068	-0,121	-0,006
Peso	0,122	-0,054	-0,365*	0,064	-0,085	0,051	-0,053	0,061	0,156	-0,256	0,057
Semanas gestação	0,065	0,005	-0,248	0,165	0,101	0,017	-0,060	-0,035	0,241	-0,082	0,109
Depressão Pós-parto	0,164	0,523**	0,287	-0,175	-0,344*	-0,104	-0,088	-0,160	-0,054	0,024	-0,074

Correlações de Pearson e ponto-bisserial; †p≤0,06; \* p<0,05; \*\* p<0,01; Dep: Depressão (BSD); Ans: Ansiedade (BSD); Sat rel conjugal: Satisfação com a relação conjugal; AS Total Emoc: Total de apoio social emocional percebido; AS Total Inst: Total de apoio social instrumental percebido; Sat AS Total: Satisfação com o apoio social total percebido; AS Comp Emoc: Apoio social emocional percebido do/a companheiro/a; AS Comp Inst: Apoio social instrumental percebido do/a companheiro/a; Sat AS Comp: Satisfação com o apoio social percebido do/a companheiro/a.

do recém-nascido e DPP. Encontrou-se, no entanto, uma diferença significativa em relação à existência de complicações durante a gravidez (cf. Quadro IV).

O maior número de incidências de complicações verificou-se quando a causa de infertilidade era feminina ou idiopática.

**Quadro IV – Causa de infertilidade diagnosticada e complicações durante a gravidez no grupo de mulheres que recorreu a RMA (n=39)**

	Causa Infertilidade				V de Cramer	p
	Feminina	Masculina	Combinada	Idiopática		
Complicações gravidez					0,46	0,04
Não	6	8	8	2		
Sim	9	1	2	3		

Procurando testar quais as variáveis que poderiam prever a DPP, tanto nas mulheres com uma GE como nas que recorreram a RMA, realizámos duas análises de regressão linear múltipla em relação a essa variável.

Considerámos como variáveis independentes apenas as variáveis em relação às quais encontramos significância estatística nas análises anteriores. Os resultados encontram-se descritos no Quadro V.

**Quadro V – Regressão linear múltipla entre as diferentes variáveis independentes em relação à depressão pós-parto**

Grupo de mulheres com Gravidez Espontânea (n=42)		
Variável	$\beta$	p
Depressão na gravidez	-0,020	0,935
Ansiedade na gravidez	0,352	0,149
Satisfação com a relação conjugal na gravidez	-0,271	0,079
Percentagem de variância explicada: 15,9% [F(3,38)=3,584, p =0,022]		
Grupo de mulheres que recorreu a Reprodução Medicamente Assistida (n=42)		
Variável	$\beta$	p
Depressão na gravidez	0,459	0,004
Satisfação com a resolução de conflitos na gravidez	-0,164	0,281
Percentagem de variância explicada: 25,8% [F(2,39)=7,792, p =0,001]		

Enquanto que para o grupo de mulheres com uma GE nenhuma variável evidenciou poder preditivo, no grupo de mulheres que recorreram a RMA, o único preditor significativo encontrado foi a depressão reportada durante o período da gravidez, explicando 25,8% (valor do  $r^2$  ajustado) do total da variância da DPP.

Estas análises não foram realizadas para os resultados obstétricos dado que estes mostraram sempre estar correlacionados apenas com uma variável ou, quando eram encontradas diferenças significativas entre grupos para qualquer uma destas variáveis, foi também apenas em função de uma única variável.

## DISCUSSÃO

Apesar das reduzidas dimensões da amostra, este estudo é pioneiro pela análise que realiza, ao procurar esclarecer sobre a influência de aspectos clínicos e psicossociais na evolução obstétrica da gravidez e parto de mulheres portuguesas que recorreram a RMA, bem como na sua saúde mental. Ao integrar diferentes contextos interactivos<sup>26</sup>, permite captar a complexidade inerente ao desenvolvimento humano, neste caso específico, no período de transição para a parentalidade.

A análise dos resultados suscita-nos algumas reflexões que consideramos pertinentes e passamos a apresentar.

Contrariamente ao esperado com base na literatura da área, não se encontraram diferenças entre grupos no que respeita aos resultados obstétricos. O facto de neste estudo não se terem considerado gravidezes múltiplas, frequentes no contexto de RMA, pode explicar a ausência de diferenças significativas entre os grupos.

De igual forma, não foram encontradas diferenças entre grupos no que respeita à DPP. Estando em consonância com a generalidade da literatura da área<sup>7,8,9</sup>, é de realçar ainda que ambos os grupos apresentaram valores médios inferiores a uma amostra de 118 mulheres de uma zona urbana de Portugal<sup>25</sup>.

De acordo com os resultados relativos às semanas de gestação dos recém-nascidos das mães com uma GE, o valor do apoio social na transição para a parentalidade tem vindo a ser amplamente documentado<sup>12,15</sup>. No entanto, no grupo de mulheres que recorreram a RMA esta associação não se verifica, sugerindo que este grupo poderá ser permeável ao seu efeito protector, tal como já se verificou em estudos anteriores por nós realizados, que se focaram no período da gravidez: o AS percebido em relação à totalidade dos membros da rede de apoio não mostrou estar associado ao ajustamento individual e relacional dos casais<sup>27</sup>.

Apesar da literatura da área referir uma associação positiva entre o *stress* durante a gravidez e piores resultados obstétricos<sup>13</sup>, no presente estudo esta associação só se encontrou no grupo de mulheres RMA. Estes dados apontam para uma vulnerabilidade deste grupo à ansiedade, com implicações a nível da saúde do feto e na DPP.

De realçar ainda que em relação à DPP, apenas neste grupo foram encontrados preditores significativos, nomeadamente, a depressão durante a gravidez. Assim, salienta-se a importância dos profissionais de saúde estarem vigilantes ao bem-estar destas mulheres, mesmo quando os tratamentos são bem sucedidos, especialmente durante a gravidez mas também no pós parto, e preparados para intervir quando assim necessário. Acções preventivas prendem-se com a psico-educação sobre: 1) os riscos obstétricos associados a uma gravidez após RMA; 2) o direito que estas mulheres têm de sentir e expressar preocupações

relacionadas com a saúde do feto, gravidez e maternidade, já que a investigação revela que, devido a ser um projecto de parentalidade tão desejado e investido, estas mulheres poderão não se sentir no direito de o fazer<sup>6</sup>, podendo assim não obter suporte adequado; e 3) clarificação dos aspectos médicos relacionados com o diagnóstico de infertilidade e respectivas implicações na viabilidade da gravidez.

Este último ponto parece-nos especialmente importante se atendermos ao facto de que maior número de complicações durante a gravidez aconteceu quando a causa de infertilidade diagnosticada foi feminina ou idiopática.

Finalmente, é ainda relevante sublinhar que enquanto que nas mulheres com uma GE a DPP mostrou estar negativamente associada à satisfação com a relação conjugal, nas mulheres que recorreram a RMA esta estava negativamente associada à satisfação com a resolução de conflitos. Se tivermos em conta as inúmeras decisões conjuntas que os casais têm de tomar, no contexto específico da RMA, estes resultados são compreensíveis. Realmente, uma das componentes essenciais a nível da intervenção, neste contexto, passa pela facilitação da expressão emocional e ensino de técnicas de resolução/negociação de problemas, bem como pela prevenção do processo de “erosão” do casal<sup>28</sup>.

De forma geral, este estudo aponta para a importância de se atender as necessidades das mulheres que recorrem a RMA durante a gravidez e pós-parto, já que parece fácil negligenciar o seu bem-estar psicossocial, uma vez atingida a tão desejada gravidez<sup>29</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. Recent Advances in Medically Assisted Conception: World Health Organization; 1992.
2. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD, editors. Current practices and controversies in Assisted Reproduction. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Basso O, Baird DD. Infertility and preterm delivery, birth weight, and caesarean section: A study within the Danish National Birth Cohort. Hum Reprod 2003;18(11):2478-2484.
4. Koivurova S, Hartikainen AL, Karinen L, Gissler M, Hemminki E, Martikainen H, et al. The course of pregnancy and delivery and the use of maternal healthcare services after standard IVF in Northern Finland 1990-1995. Hum Reprod 2002;17(11):2897-2903.
5. Tough S, Tofflemire K, Newburn-Cook C, Fraser-Lee N, Benzies K. Increased risks of pregnancy complications and adverse infant outcome



- associated with assisted reproduction. *Int Congr Ser* 2004;1271:376-379.
6. Fisher JRW, Hammarberg K, Baker GHW. Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertil Steril* 2008;89(5):1103-1112.
  7. Harf-Kashdaei MA, kaitz m. Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2007;87(6):1306-1313.
  8. Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Guerra D, Mantovani A, et al. The European study of assisted reproduction families: Family functioning and child development. *Hum Reprod* 1996;11(10):2324-2331.
  9. McMahon C, Ungerer J, Tennant C, Saunders D. Psychosocial adjustment and the quality of mother-child relationship at 4 months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1997;68:492-500.
  10. Fisher JRW, Hammarberg K, Baker HWG. Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. *Fertil Steril* 2005;84(2):426-430.
  11. Monti F, Agostini F, Piergiuseppina F, La Sala GB, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2008;91(3): 851-857.
  12. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postnatal depression. *Nurs Res* 1996;45:297-303.
  13. Sandman CA, Glynn L, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Porto M, Garite T. Maternal hypothalamic-pituitary-adrenal dysregulation during the third trimester influences human fetal responses. *Dev Neurosci* 2003;25:41-49.
  14. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postnatal depression: meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(37):54.
  15. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw CM. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243-1258.
  16. Cicchetti D, Curtis WJ. Editorial. Multilevel perspectives on pathways to resilient functioning. *Dev Psychopathol* 2007;14:667-671.
  17. Simões MR. Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.) [Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 1994.
  18. Derogatis LR. BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computers Systems; 1993.
  19. Canavarro MC. Inventários de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In: Simões MR, Machado C, Gonçalves G, Almeida L, editors. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora; 2007.
  20. Olson DH, Fournier DG, Druckman JM. PREPARE/ENRICH Counselor's Manual. Minneapolis: PREPARE/ENRICH, Inc.; 1983.
  21. Lourenço MM. Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2006.
  22. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: Attachment roles and social support. In: Baltes PB, Brim OG, editors. *Life span development and behavior*. New York: Academic Press; 1980. p. 253-286.
  23. Gameiro S, Soares A, Moura-Ramos M, Pedrosa AA, Canavarro MC. Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. In: Lda. P, editor. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*; 2008; Braga, Portugal: Psiquilibrios Lda.; 2008.
  24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786.
  25. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo B. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996;26:135-141.
  26. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
  27. Canavarro MC. Uma perspectiva desenvolvimentista e ecológica da adaptação na transição para a maternidade. Lição apresentada no âmbito das Provas de Agregação. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2009.
  28. Newton CR. Counseling the infertile couple. In: Burns LH, Covington SN, editors. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York, London: The Parthenon Publishing Group; 1999.
  29. Hjelmsstedt A, Widström A, Wramsby H, Matthiesen A, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: A comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:152-161.