



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

TIAGO JOSÉ DA COSTA BRITES

Depressão Pós-Parto Paterna: Família em Risco

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

MARÇO/2016

ÍNDICE

Resumo.....	2
Abstract.....	4
I Introdução.....	6
II Metodologia	8
III Depressão Pós-Parto Paterna: Caracterização.....	10
A) Problemática da Definição.....	10
B) Apresentação Clínica	11
C) Instrumentos de Rastreamento.....	13
D) Prevalência e Evolução.....	15
E) Fatores de Risco	16
IV Impacto da Depressão Pós-Parto Paterna no contexto familiar	21
V Prevenção e tratamento: medidas de combate a um fenómeno negligenciado	31
VI Conclusão	40
VII Anexos	44
VIII Agradecimentos	49
IX Referências Bibliográficas	50

Resumo

O presente trabalho visa constituir um artigo de revisão sobre a depressão pós-parto (DPP) paterna e o seu impacto na saúde e bem-estar da unidade familiar. Baseou-se numa extensa análise de artigos científicos disponíveis na base de dados PubMed.

Registando um investimento científico ainda diminuto e negligenciada como fenómeno autónomo, quer pelos profissionais de saúde quer pela sociedade em geral, a caracterização desta patologia assentou na explanação da sua sintomatologia, rastreio, evolução, fatores de risco e prevalência. Pais deprimidos tendem a exibir os mesmos sintomas que uma mãe deprimida, com principal destaque para o aumento da impulsividade, irritabilidade, agressividade e consumo de álcool e drogas. Os principais fatores de risco são a DPP materna, antecedentes prévios de psicopatologia e desequilíbrio na relação marital. A DPP paterna tende a desenvolver-se de forma mais gradual, em comparação com a materna. O período crítico para a sua emergência é entre os 3 e 6 meses após o parto e a sua prevalência é de 10,4%.

Em seguida, analisou-se o impacto da DPP paterna no contexto familiar, abarcando os seus efeitos em quatro dimensões interrelacionadas. Na mãe, ressaltam-se os riscos de falta de apoio, interferência na relação mãe-criança, aumento dos sintomas depressivos, entre outros. Na relação do casal, destaca-se a possível intensificação de conflito, afastamento emocional, riscos de separação e violência doméstica. No âmbito da interação pai-filho/a, sobressai a maior probabilidade de decréscimo de afeto, irritabilidade, disciplina inconsistente, retribuições débeis e/ou insatisfatórias. No que concerne ao desenvolvimento da criança, evidenciam-se os riscos de problemas de ordem emocional, conduta e socialização, atraso na expressão verbal e doença psiquiátrica, bem como ideação suicida e depressão a longo prazo, entre outros.

Finalmente, expuseram-se as medidas de prevenção e tratamento da DPP paterna, cuja sintomatologia permanece difícil de identificar, em grande parte devido à centralização dos cuidados de saúde no binómio mãe-bebé e à baixa consciencialização pública sobre este

fenómeno. Entre as principais estratégias sugeridas, sublinham-se: campanhas de educação sobre esta temática; maior sensibilização dos profissionais de saúde; desenvolvimento de ferramentas de rastreio; envolvimento do casal nos cuidados de saúde no período ante e pós-natal e divulgação de técnicas para a redução do conflito conjugal; a constituição de grupos de apoio entre pares; terapias farmacológicas e psicológicas. Conclui-se advogando a necessidade de uma viragem na perceção da DPP paterna como um problema de saúde pública que afeta a unidade familiar e exige uma intervenção multifacetada.

Abstract

The present work aims to provide a review on paternal postpartum depression (PPD) and its impact in the health and well-being of the family unit. It was based on an extensive analysis of scientific articles that are available on the PubMed database.

Observing a scientific investment that is still small and neglected as an autonomous phenomenon, both by healthcare professionals and society in general, the characterization of this pathology was based on the explanation of its symptomology, screening, evolution, risk factors and prevalence. Depressed fathers tend to exhibit the same symptoms of a depressed mother, with an emphasis on the increase of impulsivity, irritability, aggression and the consumption of alcohol and drugs. Main risk factors include maternal PPD, history of psychopathology and an imbalance in the marital relationship. Paternal PPD tends to develop more gradually when compared to maternal PPD. The critical period for its emergence is between 3 and 6 months after delivery, with a prevalence of 10,4%.

Following, the impact of paternal PPD in the family context was analysed, covering its impacts in four interrelated dimensions. With the mother, what stands out is the risk of lack of support, interference in the mother-child relationship and an increase in depressive symptoms, among others. In the couple's relationship, we highlight a potential increase of conflict, emotional withdrawal, risk of separation and domestic violence. In the father-son/daughter interaction, what stands out is the probability of decrease in affection, irritability, inconsistent discipline, and weak or unsatisfactory rewards. In what regards the child's development, there is an evident risk of emotional problems, as well as problems in conduct and socialization, retardation of verbal expression, psychiatric illness, and suicidal ideation and depression in the long term, among others.

Finally, the measures for prevention and treatment of paternal PPD were presented, whose symptoms remain difficult to identify, largely due to the centralization of healthcare

around the mother-child binomial and poor public awareness for this phenomenon. Among the main suggested strategies, we highlight: educational campaigns; increased awareness of healthcare professionals; development of screening tools; involvement of the couple in health caring activities during pre- and post-natal periods and dissemination of marital conflict reduction techniques; the establishment of peer support groups; pharmacological and psychological therapies. We conclude by advocating the need for a shift in the perception of paternal PPD as a public health concern that affects the family unit and requires a multifaceted intervention.

Key words: postpartum depression; fathers; men; psychological adaptation; childbirth; pregnancy complications; father-child relations; paternal behaviour; parent-child relations; marital relationship; child development; family health; prenatal education; public health

I

Introdução

O presente trabalho final do 6.º ano médico com vista à atribuição do grau de Mestre no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina constitui um artigo de revisão sobre a depressão pós-parto (DPP) paterna, entendida como desde logo se infere pelo título, como um problema da unidade familiar. Deste modo, a análise e síntese da literatura publicada sobre este fenómeno – ela própria um espelho da difícil e lenta autonomização enquanto objeto de estudo de um fenómeno que carece ainda de um diagnóstico formal – tem por objetivo a compreensão do seu impacto na saúde e bem-estar da família globalmente entendida.

A seleção deste tema e a pertinência da revisão proposta radicam na convicção de que o mesmo carece ainda de estudos de caso que avaliem diferentes tipos de comunidades (sociais e culturais) e famílias (além dos formatos mais convencionais, esmagadoramente usados como campo de análise até ao momento), cruzando variados indicadores e a mundividência dos diferentes agentes envolvidos (pais, mães, profissionais de saúde, serviços sociais, entre outros). Um artigo de revisão pode representar um contributo relevante para o surgimento e enquadramento de futuros estudos particulares. O maior investimento científico de análise poderá, por sua vez, contribuir para o reconhecimento, que se entende urgente, da DDP paterna como um problema de saúde pública. Neste campo, Portugal, embora tenha sido um dos primeiros países a investigar de modo concreto esta patologia, mostrando a sua prevalência no território nacional e a correlação com a DPP materna [1], tem ainda, à semelhança de todas as realidades geográficas analisadas, um longo caminho a percorrer. Com efeito, apesar dos esforços promovidos pelo Programa Nacional de Saúde para a inclusão e fomento da participação do pai no período ante e pós-natal, este é ainda maioritariamente encarado, quer pelos profissionais de saúde quer pela sociedade em geral, como acompanhante da mãe e não

um co-ator neste processo. Esta mundividência reflete-se na percepção de que o seu estado depressivo é uma adversidade isolada e não um problema de toda a unidade familiar, o que exige, por conseguinte, uma intervenção multifacetada que englobe também a mãe e o(s)/a(s) filho(s)/a(s).

O trabalho estrutura-se em três capítulos fundamentais. Primeiramente, caracteriza-se a DDP paterna, cuja ausência de um diagnóstico formal constitui por si só um indício do modo como a sociedade reconhece e lida com esta patologia. Pese embora a inexistência de uma definição estabelecida e consensual, procura-se explicar a DPP paterna através da análise da sua sintomatologia, rastreio, prevalência, evolução e fatores de risco. Seguidamente, aborda-se o impacto da DPP paterna no contexto familiar, abarcando os seus efeitos em quatro dimensões que, por se encontrarem interrelacionadas e se influenciarem conjuntamente, não se autonomizam: a interação pai-filho/a; o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança ao longo do tempo; a mãe e a relação entre os dois membros do casal. Em terceiro lugar, partindo da explicação sintética dos motivos pelos quais a DDP paterna permanece difícil de identificar, apresentam-se as medidas de prevenção e tratamento da mesma. Trata-se de um terreno particularmente carente de estudos, baseados na aplicação de estratégias diversificadas e na monitorização do seu impacto em cada um dos elementos do núcleo familiar e neste como um todo. Considerou-se necessário incluir, ao longo do trabalho, o fenómeno da depressão paterna ante-natal, dado que esta configura um dos principais preditores da DPP nos pais.

Termina-se o trabalho enunciando as principais conclusões, avançando com recomendações e advogando uma viragem no modo como a DDP paterna é percecionada.

II

Metodologia

O presente trabalho teve por base uma abrangente pesquisa de literatura científica na base de dados PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), a qual está integrada na MEDLINE, base de pesquisa de literatura biomédica internacional. Recorreu-se aos seguintes termos de pesquisa: “postpartum depression men”; “postnatal depression men”; “postpartum depression fathers”; “postnatal depression fathers”; “paternal postpartum depression”; “paternal postnatal depression”; “postpartum depression parents”; “postnatal depression parents”. Leu-se o abstract de várias centenas artigos de língua inglesa, procedendo-se em seguida à seleção e análise dos que se centravam especificamente na depressão paterna ou nos sintomas depressivos associados à parentalidade (mãe e pai; impacto na dinâmica do casal; interação/vínculo entre pais e criança e o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança ao longo do tempo). Excluíram-se editoriais e resenhas críticas, bem como os que se focavam apenas na depressão materna ante-natal e pós-natal, à exceção de alguns artigos de revisão estruturantes utilizados para compreender um fenómeno que surge frequentemente associado à depressão paterna. Embora este trabalho se centre na DDP paterna, alargou-se a pesquisa e análise à depressão paterna ante-natal, dado que esta atua como fator de risco e vários artigos optam por analisar a continuidade e relação entre ambas. Completou-se ainda, a recolha e análise bibliográfica com a pesquisa de artigos considerados relevantes e que, conquanto não tivessem aparecido nos resultados da PubMed, se encontravam referidos nos artigos selecionados.

Tratando-se este trabalho de um artigo de revisão, não se incluíram quaisquer balizas cronológicas na pesquisa de bibliografia, pois importava também adquirir uma perceção sobre o modo como evoluiu a investigação deste fenómeno e a sua progressiva autonomização como objeto de estudo face à depressão materna, pese embora a já citada relação entre ambos. Deste

modo, a análise abrangeu literatura desde a década de oitenta até 2016, cobrindo os mais variados contextos geográficos. Finalmente, uma vez que se pretendia incorporar neste trabalho a realidade portuguesa, recorreu-se ao conhecimento empírico dos procedimentos em contexto de centro de saúde e maternidade, bem como às orientações fornecidas pela Direção-Geral de Saúde (DGS) no que diz respeito a programas nacionais e documentos orientadores no âmbito da vigilância da gravidez, saúde infantil e juvenil, saúde mental na gravidez e primeira infância e saúde reprodutiva e familiar.

III

Depressão Pós-Parto Paterna: Caracterização

A) Problemática da Definição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 350 milhões de pessoas a nível mundial são afetadas por depressão. Transversal a todas as idades, géneros e grupos socioeconómicos, esta patologia é atualmente a principal causa de incapacidade e contribui extensamente para a morbilidade global de doenças [2].

A incidência da depressão é mais frequente no sexo feminino, reconhecendo-se o período pós-parto como um tempo de particular vulnerabilidade para o aparecimento e desenvolvimento de vários espectros de humor deprimido que variam desde reações psicóticas severas (psicose puerperal), a sintomas depressivos moderados (depressão pós-parto) até à forma mais leve e comum, *maternity blues* [3].

Com uma incidência estimada entre os 10 e 15% [3], a DPP tem sido alvo de extensos estudos que acumulam evidência do seu impacto deletério ao nível da própria mãe, da qualidade da relação conjugal, da interação mãe-filho(a) e no desenvolvimento cognitivo, emocional, psicossocial e comportamental da criança a curto e longo prazo [4]. Embora se reconheça a transição para a parentalidade como um evento de vida de particular stress psicológico para ambos os progenitores, a saúde psicológica do pai ao longo desta fase só recentemente se tornou objeto de estudo por parte da comunidade científica. De modo homólogo ao constatado na mãe, o ajustamento entre a gestação e pós-parto parece acarretar um risco aumentado no desenvolvimento de humor deprimido no homem, incluindo DPP, com consequências nefastas na esfera familiar [5] que serão explanadas no capítulo IV. Face à ausência de um reconhecimento formal desta patologia por parte do Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais [6], estes estudos recuperam a definição de depressão pós-parto materna, designando-a de depressão DPP paterna ou depressão perinatal paterna.

Mesmo no que concerne à definição, critério e classificação de DPP materna, as opiniões são, ainda hoje, pouco consensuais [7]. Alguns autores sugerem que se trata de uma desordem específica de humor relacionada [7] com a maternidade e outros advogam que não é de carácter específico, equiparando-a a outras perturbações depressivas major, mas numa janela temporal específica [8].

Segundo a 5ª e mais recente edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [6], a DPP define-se como um episódio depressivo major com aparecimento durante a gravidez ou após as primeiras quatro semanas pós-parto. É de notar que a inclusão do período ante-natal constitui uma importante atualização face à exclusividade do período pós-natal mencionada na 4ª edição [9], uma vez que 50% dos episódios depressivos ocorrem durante a gestação [6]. Ainda assim, a não atualização da janela temporal das quatro semanas foi percecionada como adversa, visto que vários estudos apontam para janelas temporais até 6 meses [7].

A definição da DPP paterna, ao recuperar um conceito não consensual sofre, portanto, da mesma ambivalência.

B) Apresentação Clínica

De acordo com a DSM-5 [6], o diagnóstico de um episódio depressivo major requer o reconhecimento de pelo menos cinco de uma lista de nove sintomas ao longo de duas semanas não passíveis de explicação por outra patologia ou uso de substâncias psicoativas: tristeza persistente, perda de interesse, alterações do sono (insónia ou hipersónia) e apetite (ou peso), agitação ou retardação motora, perda de energia ou fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, capacidade de concentração/decisão diminuída e, por fim, ideação ou tentativa suicida. Desta

lista, a presença de pelo menos o sintoma de humor deprimido ou o da perda de interesse/prazer é obrigatória.

Há, ainda, uma importante co-morbilidade entre depressão e ansiedade que se verifica também durante o período ante-natal e pós-parto em mulheres e homens [6] [10-12]. Numa revisão de literatura por *Leach et al* de 43 artigos, em 2015, com o objetivo de apurar o curso e prevalência de desordens de ansiedade em pais ao longo do período perinatal, concluiu que são comuns, quer no período pré-natal (variando entre 4,1-16%), quer depois do nascimento do bebé (2,4-18%) [13]. Também um estudo português, realizado por Figueiredo e Conde em 2011, mostrou que os níveis de alta ansiedade e depressão dos homens eram tão elevados como o das suas parceiras aos 3 meses depois do nascimento do bebé [10] [14]. A ansiedade tem sido reportada em alguns estudos como inclusivamente mais prevalente que a depressão, em ambos os sexos, durante este período de tempo [10] [13-15].

Ainda que não existam critérios específicos de DPP paterna, a sintomatologia supramencionada tem sido, em menor ou maior grau, verificada nos parceiros de mulheres grávidas ainda que se verifiquem algumas diferenças na manifestação de *distress* psicológico [8] [16]. O humor deprimido característico na mulher é muito menos aparente no homem, sendo mais frequente os comportamentos de evitamento social, ataques de raiva, embotamento afetivo, exaustão, indecisão, cinismo e autocrítica [8] [16]. Comportamentos desviantes como o aumento do consumo de álcool, o consumo de drogas, casos extraconjugais [16] ou primeiras ocorrências de violência contra a parceira também se têm verificado no período pós-parto [17].

A atipicidade destes sintomas contribui para que muitos destes problemas sejam mal interpretados. Por exemplo, a irritabilidade do pai pode ser atribuída a um bebé com choro excessivo ou a sentimentos de exclusão do vínculo mãe-filho, dado o maior tempo que a mãe, sobretudo através da amamentação, passa com o bebé [18]. De forma semelhante, o maior tempo dedicado ao trabalho pode ser entendido como uma necessidade de manter o seu papel

como “ganha-pão”, em vez de um comportamento de evitamento indicativo de depressão [16]. Além disso, o reconhecimento específico de um quadro depressivo encontra-se também dificultado, porque parte dos seus sintomas se verificam de forma normal durante os primeiros meses pós-parto (falta de energia, alterações de sono e apetite por causa do bebé) [19].

A ausência de critérios definidos que atentem à atipicidade verificada, bem como a particular relutância em procurar ajuda no âmbito da saúde mental por parte do género masculino, torna mais difícil o reconhecimento da depressão nos homens e a implementação de um *screening* mais adequado considerando estes riscos e obstáculos [20].

C) Instrumentos de Rastreio

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (do inglês *Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS* [21]), desenvolvida em 1987, é atualmente a escala mais usada a nível mundial (validada em pelo menos 25 países [22]) para a triagem de sintomas depressivos durante o puerpério na mulher. Trata-se de um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens, disponível em anexo, que avalia sentimentos recentes de anedonia, esperança, culpa, ansiedade/preocupação, medo, sobrecarga emocional, insónia (devida a humor deprimido), tristeza, choro frequente e ideação suicida [21]. As respostas são avaliadas entre 0-3, consoante a severidade dos sintomas. Uma pontuação de 12, num total de 30, é geralmente o *cut-off* usado para indicar probabilidade de depressão [21]. No entanto, esta barreira numérica não é consensual, tendo já sido validados *cut-offs* diferentes [16] [21].

Tem-se recorrido de uma forma não oficial à EPDS para avaliar homens neste período de tempo, embora a sua validade só tenha sido efetivamente comprovada num número restrito de países, designadamente e por ordem cronológica: Austrália [23], Reino Unido [24], China [25], Vietnam [26], Suécia [22] e em Itália [11]. A pontuação indicadora de probabilidade de depressão, no entanto, não está uniformizada e carece, provavelmente, de uma

contextualização de acordo com diferentes realidades geográficas. Se alguns estudos corroboram como limite mínimo 12, a tendência em voga encaminha-se para sugerir uma pontuação menor (9/10) atendendo às diferentes apresentações clínicas de depressão em homens e mulheres, nomeadamente a menor expressão das suas emoções e choro [23].

Em Portugal, no entanto, um estudo de 1996 com amostra reduzida não validou a EPDS como instrumento de rastreio para a população masculina, verificando-se fraca sensibilidade (<40%) [27].

O rastreio de desordens de ansiedade com recurso à EPDS não é consensual, reportando-se opiniões ambivalentes nesta temática [22] [23] [28].

Embora não específicos para a DPP paterna, outros questionários têm sido aplicados para o rastreio de depressão major neste contexto: o *Beck Depression Inventory* (BDI) [29] [25] [5], a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD) [5], o *Patient Healthcare Questionnaire-9* (PHQ-9) [5] [25], o *General Health Questionnaire* (GHQ) [5] e o *Mental Health Inventory* (MHI) [5]. A sensibilidade tem sido, no entanto, reportada como sendo mais baixa, quando comparada à EPDS [25].

A simplicidade e validade destes instrumentos não devem, no entanto, entender-se como uma substituição à avaliação clínica. Esta é necessária para se fazer o diagnóstico de DPP, já que as alterações de sono, apetite/peso e cansaço se podem confundir com a adaptabilidade normal ao novo membro, levando a uma inflação da pontuação ou a uma desvalorização de depressão subclínica.

Até à data, nenhuma ferramenta específica para o rastreio específico da DPP paterna foi desenvolvida. No sentido de uma visão mais centrada na família, Jones *et al* desenvolveram o *Father's Postnatal Health Instrument* (F-PHI), um questionário de avaliação da saúde pós-natal em pais. O F-PHI consiste num conjunto de 29 perguntas, divididas em 6 categorias, pretendendo aquilatar o seu papel como parceiro, a relação com o bebé e a parceira, o apoio

extrafamiliar e o prestado pela parceira, bem como o humor. Após avaliação psicométrica, verificou-se que o questionário desenhado oferece validade e confiança para avaliar a saúde do pai durante o período pós-natal [30]. Cumpre, ainda, salientar que um estudo comprovou que o preenchimento da EPDS por parte da parceira em relação ao estado do pai era confiável para detetar a depressão paterna, configurando uma medida válida para o rastreio de pais não presentes em consulta [31].

D) Prevalência e Evolução

Em 2010, Paulson e Bazemore realizaram uma meta-análise de 43 artigos abrangendo um total de 28 004 participantes, no sentido de averiguar a prevalência global da depressão paterna no período antenatal e pós-parto chegando à percentagem de 10,4% [5].

A análise da relação entre a manifestação de sintomas e a janela temporal em que os mesmos se registam – 1) 1.º trimestre - 6 meses de gestação; 2) > 6 meses até ao nascimento; 3) do parto até 3 meses seguintes; 4) >3meses – 6 meses; 5) >6 meses-12 meses pós-parto – permitiu ainda inferir um pico na incidência da DPP paterna entre o 3.º e o 6.º mês pós-parto (25,6%), comparativamente ao primeiro mês após o nascimento do bebé (7,7%) [5]. Este desenvolvimento mais lento e gradual sugere uma evolução mais insidiosa em comparação à DPP materna, a qual habitualmente cursa com um pico de incidência no primeiro mês, declinando ao longo do primeiro ano pós-parto [15] [32] [33]. No entanto, Paulson e Bazemore sublinham a interpretação cautelosa destes resultados, atendendo ao número reduzido de estudos que avaliam esta janela temporal [5].

Importa destacar, ainda, os resultados de dois dos artigos, baseados em grandes amostras (5089 e 10 975 pais respetivamente), incluídos na já referida meta-análise de Paulson e Bazemore [5]. O primeiro é um estudo norte-americano que avaliou a depressão paterna aos 9 meses após o nascimento do bebé com taxas de depressão de 10% [34]. O segundo, realizado

no Reino Unido por Ramchandani, avaliou os pais inicialmente aos 4 meses do período de gestação, tendo depois repetido estas avaliações aos 2, 8 e 21 meses após o nascimento do bebé. As taxas de depressão durante este período de tempo situaram-se entre os 3,4 e 3,9% [35].

Cumprе ressaltar que os testes de rastreio usados nestes estudos não são de carácter diagnóstico, sendo necessária a confirmação por parte de um médico. Na meta-análise supramencionada, só 3 estudos conduziram entrevistas diagnósticas para eventos depressivos major, com uma prevalência entre eles de 4,9%. Salientem-se, também, outras limitações, nomeadamente ao nível da heterogeneidade dos diversos estudos de 16 países no que toca a diferentes métodos de recolha de amostra, critérios de inclusão/exclusão, variáveis demográficas, diferentes janelas temporais, escalas e *cut-offs* usados no rastreio de sintomas depressivos nos pais. Ainda assim, mantem-se até hoje como a única meta-análise sobre esta temática, configurando a melhor tentativa de uma leitura global e estrutural do fenómeno [5].

Ao nível nacional, apenas um estudo, realizado em 1996 por Areias, Barros e Figueiredo, concluiu que a prevalência de pais deprimidos era de 4,8%, 8,3% e 23,8% respetivamente aos 6 meses de gestação, 3 meses e 12 meses pós-parto. Ainda que corrobore a já assinalada evolução insidiosa, salienta-se o tamanho reduzido da amostra (42 casais) e os níveis altos de desistência por parte dos pais no processo de acompanhamento posterior [27].

E) Fatores de Risco

A depressão é um fenómeno intergeracional complexo e multifacetado, envolvendo mecanismos de carácter genético e ambientais ainda não totalmente descodificados [36].

No que concerne aos fatores biológicos, a exploração de eventuais mecanismos biológicos que possam explicar a desregulação fisiopatológica do humor nos pais durante o período pós-parto tem sido alvo de muito poucos estudos. Pelo contrário, o estudo de fatores de risco orgânicos na DPP materna mereceu já extensas investigações que se centram

atualmente numa desregulação neuro-endócrina concorrente com este período de tempo, nomeadamente ao nível das hormonas de estrogénio, oxitocina e/ou prolactina. Neste sentido, conjectura-se como linha de investigação uma eventual alteração hormonal ocorrida durante a gestação e/ou período pós-parto para o eventual aparecimento e desenvolvimento de DPP paterna, nomeadamente dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, prolactina e vasopressina [18].

No que concerne à testosterona, embora existam estudos que sugerem que a sua diminuição durante a gestação e no período pós-parto seja um fator que contribui para a harmonia da unidade familiar (diminuição da agressividade, maior apego emocional e proatividade em resposta às necessidades do bebé), outros sugerem que os baixos níveis de testosterona possam estar associados a um quadro clínico depressivo. Por sua vez, dada a aparente associação, igualmente verificada na mãe, entre o aumento dos níveis de estrogénio e comportamentos paternos positivos (envolvimento e proatividade), bem como a evidência em modelos animais de uma densificação dos recetores de estrogénio associada à paternidade, coloca-se a hipótese de uma relação entre uma desregulação do estrogénio e embotamento afetivo por parte do pai. Por seu turno, o cortisol, responsável pela regulação fisiológica em resposta a eventos stressantes, encontra-se aumentado no período pós-parto inicial, tendo-se verificado uma associação entre esse aumento e tanto o desenvolvimento de uma crescente sensibilidade para com o bebé, bem como uma relação inversa com sintomatologia depressiva na mãe. Assim, extrapola-se uma eventual relação entre o aparecimento de sintomas depressivos e níveis baixos de cortisol. O mesmo se regista para a prolactina e a vasopressina, cujos níveis baixos, verificados em modelos animais, podem comprometer o desenvolvimento de comportamentos associados a uma parentalidade saudável e tornar o homem vulnerável a um humor deprimido [18].

No que diz respeito aos fatores psicossociais, embora estes assentem num conceito intrínseco de individualidade e de especificidade, devem ser interpretados face ao contexto da sociedade em que se inserem. Na China, por exemplo, a importância cultural atribuída ao nascimento de um filho do sexo masculino, associada à política de uma criança por casal instituída pelo governo, relaciona-se com o aumento da sintomatologia depressiva nos pais quando se verifica o nascimento de uma menina [37].

Ainda assim, foram identificados três grandes fatores de risco que se têm mostrado transversais e consistentes em diferentes partes do mundo: depressão ante-natal ou pós-parto prévia na parceira, história pessoal de depressão no pai e, por fim, o estado da relação com a parceira [5] [3] [20] [33] [15] [38-40] .

De todos os fatores de risco supramencionados, aquele que é considerado o mais forte preditor de depressão paterna no período pós-parto é a depressão ante-natal/pós-natal na parceira. Em estudos qualitativos, parceiros de mulheres deprimidas descrevem sentimentos de medo, confusão, preocupação, frustração, raiva, desespero, incerteza em relação ao futuro, disrupção da família e das atividades sociais e de lazer, bem como problemas financeiros [33] [41] [42]. Com efeito, uma revisão de literatura por Janice Goodman compreendendo a janela temporal de 1980 a 2002, mostrou que 24-50% dos homens cujas parceiras tinham depressão pós-parto se mostravam também deprimidos [33]. Esta correlação foi também verificada em todos os artigos incluídos na meta-análise por Paulson e Bazemore [5] e num estudo português que corroborou a maior probabilidade de depressão entre os 3 e 12 meses pós-parto nos homens cujas parceiras estivessem deprimidas durante a gravidez ou nos 3 primeiros meses pós-parto [1]. Matthey *et al* também evidenciaram um risco 2,5 vezes superior de depressão às 6 semanas pós-parto nos pais com parceiras deprimidas [15].

Por sua vez, o pai deprimido ou ausente também pode aumentar o risco de depressão pós-parto na mãe, atendendo à falta de apoio e suporte [8]. Num estudo por Paulson *et al* de

2016, a depressão pré-natal no pai foi preditora de maior severidade de sintomas depressivos na mãe ao longo das primeiras seis semanas pós-parto, mas não se encontrou, no entanto, o inverso [43]. Ainda que a natureza desta interdependência não se encontre totalmente esclarecida quanto à sua relação causal, reconhece-se que o estado psicológico de um indivíduo influencia outros (em particular no seio familiar) e que, neste contexto, a sintomatologia depressiva diminui o apoio e potencia o aumento de conflitos além de acarretar alterações na rotina diária [33].

As famílias “monoparental” (um progenitor apenas), “acordeão” (um dos cônjuges ausenta-se de forma frequente ou prolongada) e “flutuante” (mudança recorrente de habitação) acarretam fatores de risco, dada a maior probabilidade de falta de apoio familiar e extrafamiliar, instabilidade no lar e manutenção de vínculos seguros [44]. Também as famílias “alargada” (coabitação de “ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) ou filho(s)”) [44], “prole extensa” (“família com crianças e jovens de idades muito diferentes”) [44], “recombinada” (quando “existe uma nova união conjugal, com existência ou não de descendentes de relações anteriores”) [44], “com dependente” (quando um dos membros se encontra dependente dos cuidados de outros devido a doença) [44] e “múltipla” (quando “o elemento identificado integra duas ou mais famílias”) [44], reúnem fatores adicionais de stress pela diluição de esforços e atenção por vários membros. A família “descontrolada” – quando “existe um membro com problemas crónicos de comportamento, podendo este ser relacionado com circunstâncias fortuitas da vida, doença ou comportamento aditivos” [44] – pode propiciar a DPP paterna ou vir a emergir desta.

Outros fatores de risco como o não planeamento de uma gravidez ou situações em que um dos progenitores está desempregado ou não possui um emprego fixo, foram também identificados em alguns estudos como dificuldades acrescidas no período de ajustamento à paternidade e motivadores de mais *distress* psicológico [45]. Por sua vez, a idade, estatuto

socioeconómico e existência de mais um filho no agregado familiar durante o período pós-natal, embora apontados como fatores de risco em alguns estudos, não abrangem consenso a nível da literatura [46].

Há ainda uma correlação entre o temperamento da criança e o desenvolvimento de sintomas depressivos no pai [47-51]. A sintomatologia depressiva é mais prevalente quando existem problemas de sono e choro frequente, como verificou o primeiro estudo sobre o assunto [48]. Problemas na amamentação foram, também, reportados como causadores de depressão no pai [49].

Embora alguns estudos que focam a relação entre o estado psicológico dos progenitores perante uma situação em que há comprometimento da saúde do bebé (bebés pré-termo [52] [53] ou integrados em unidades de cuidados intensivos [54]), mostrem que esta favorece tendencialmente o risco de depressão paterna, outros estudos não corroboram esta associação [55] [56].

Bebés com problemas congénitos e a perda de bebé durante o período perinatal são também apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão [57] [47].

IV

Impacto da Depressão Pós-Parto Paterna no contexto familiar

A transição para a maternidade e paternidade, processo que ocorre desde o período gestacional até ao momento após o nascimento do bebé, constitui, como sobejamente se reconhece, um período particularmente desafiante na vida do ser humano, obrigando a mudanças estruturais e ajustamentos intrapsíquicos e interpessoais por parte de ambos os membros do casal. Mais do que um mero fenómeno biológico [58-60], este período envolve importantes processos psicológicos, comportamentais e emocionais. Estes visam a preparação e assunção da responsabilidade de cuidar de uma nova vida, bem como a formação de laços afetivos com o recém-nascido [3].

Por sua vez, o primeiro ano de vida do bebé é uma fase crítica no desenvolvimento físico, social e emocional do mesmo, marcado por rápido crescimento cerebral e uma densificação sináptica no córtex cerebeloso e cerebral [61]. A interação e vínculo que se estabelecem com os progenitores assumem enorme importância na regulação de processos biológicos e comportamentais [18].

Embora se reconheçam diferentes efeitos no pai e na mãe na forma como vivenciam esta transição, permanece particularmente negligenciado como objeto de estudo o modo como os pais experienciam este período, as alterações no comportamento que se registam com o advento da paternidade e a influência deste fenómeno no meio familiar [62] [63] [3].

O impacto da depressão pós-parto materna no desenvolvimento da criança tem sido extensivamente abordado pela comunidade científica, encontrando-se bem estabelecidos, em diferentes realidades geográficas e socioeconómicas, os efeitos deletérios a longo prazo no desenvolvimento emocional, psicossocial, comportamental, cognitivo e físico da criança [64].

Documentados se encontram, igualmente, os efeitos da depressão ante-natal materna na saúde do/a filho/a [65].

De modo inverso, apesar de se encontrar bem estabelecida a importância da figura do pai no desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança [50] e de ter detetado, nas sociedades ocidentais, uma viragem no entendimento do seu papel no seio familiar (da garantia do rendimento familiar ao envolvimento ativo e responsabilização progressiva na formação da criança) [49] [66], poucos estudos se debruçaram na investigação de uma eventual associação entre a ocorrência de sintomas depressivos durante o período pós natal no pai e os aspetos prejudiciais na saúde da criança e na relação pai-filho/a [33].

No entanto, a relativamente escassa literatura existente tende a evidenciar a DPP paterna como um fenómeno complexo, cuja compreensão requer um olhar poliédrico, acionando diferentes áreas do saber. O estado da arte sobre esta patologia neste momento, pese embora ainda longe de alcançar consensos e certezas, permite enunciar teses interpretativas e explicativas sobre o impacto ao nível do desenvolvimento da criança e da sua interação com o pai, quer diretamente relacionada com o estado depressivo deste, quer indiretamente pelos efeitos gerados no seio familiar e em concreto na mãe.

Atendendo às profundas transformações na identidade pessoal, na reorganização dos papéis familiares e sociais bem como nas relações interpessoais do casal e suas rotinas diárias, o nascimento do primeiro filho, mesmo que seja percecionado como um acontecimento positivo e excitante pelo casal, configura um evento de vida crítico. De facto, ele potencia o aparecimento de importantes fatores de stress acrescido, os quais podem vulnerabilizar a saúde mental dos progenitores, condicionando o aparecimento de ansiedade e sintomas depressivos quando os recursos individuais e sociais falham em dar uma resposta adequada aos focos externos e internos geradores de desequilíbrio [3].

Existem potenciais mecanismos de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos durante o período pós-natal no pai, nomeadamente a mudança na dinâmica da relação familiar e do estilo de vida, a frustração das expectativas em torno da nova figura do pai envolvido e participativo, os sentimentos de exclusão do vínculo mãe-filho, a falta de referentes (modelos) e de redes de apoio, o aumento dos encargos financeiros, o stress psicológico presente durante o período ante-natal [67] ou psicopatologia prévia, a exibição de um temperamento difícil por parte das crianças, entre outros com profundas repercussões no seio familiar [3] [49] [39] [68].

Entre os fatores que favorecem o aparecimento da DPP paterna, destaca-se a DPP materna, a qual tem sido, de forma ampla e consistentemente documentada, considerada um forte preditor para a emergência da depressão paterna, quer no período ante-natal, quer no período pós-natal [18] [33]. Dada a natureza transacional e permeável da depressão, os sintomas depressivos de um dos membros do casal acabam por influenciar o estado psicológico do outro, tanto de forma direta como indireta. No primeiro âmbito, pela interferência na esfera dos afetos e interajuda: densificação dos desentendimentos e de um clima hostil que pode atingir a violência; afastamento emocional, o qual se regista em particular no pai quando este se encontra deprimido. Na segunda dimensão, pelas alterações na rotina diária do funcionamento do casal e família [4] [33] [41] [39].

Pese embora o impacto negativo que se regista no seio familiar quando um dos membros do casal se encontra deprimido, quando o parceiro não apresenta o mesmo quadro clínico pode não só providenciar um apoio vital para a prevenção de uma recaída depressiva no/a parceiro/a como compensar ou minorar as consequências negativas no desenvolvimento da criança [69-71] [51].

Por outro lado, quando se regista uma ausência de apoio por parte do parceiro não deprimido ou este se encontra igualmente deprimido, os impactos negativos no

desenvolvimento da criança são exacerbados. A presença de um quadro clínico de depressão em ambos os progenitores é associada a alterações na qualidade da interação progenitor-filho, o que se espelha na redução de atividades que contribuem para o desenvolvimento da literacia da criança, como ler, cantar, jogar, de que resulta pior ajustamento social e emocional desta [16] [18] [72]. No estudo elaborado por Paulson *et al* [72], analisaram-se, separadamente, o impacto na criança quando um e ambos os membros do casal se encontram deprimidos. Conclui-se que, quando se combinam as depressões pós-parto materna e paterna, se agravam os efeitos negativos. Com efeito, neste último cenário, verificou-se que os bebés eram menos frequentemente postos a dormir ou amamentados em decúbito dorsal e eram deixados a dormir com o biberon com leite (com consequências negativas no desenvolvimento da dentição) pelas mães; os pais brincavam e cantavam menos para os filhos. Quando ambos os pais estão deprimidos, tem maior tendência a ver a sua criança como abaixo da média [73] e considerar que ela regista mais problemas de saúde [16].

No entanto, ainda que fortemente associada à DPP materna, a DPP paterna assume-se como um preditor de risco independente para o desenvolvimento saudável da criança, justificando assim, um olhar analítico autónomo, conquanto contextualizado no âmbito da interação entre pai e mãe no núcleo familiar [74] [35] [75] [39] [16]. Para a compreensão deste fenómeno, urge convocar a transformação ocorrida no modo como a sociedade e o indivíduo do sexo masculino percecionam o desempenho da paternidade.

Com efeito, existe atualmente uma imagem socialmente construída do “novo pai envolvido” nas sociedades ocidentais modernas, esperando-se uma participação ativa e equitativa nas tarefas domésticas e nos cuidados ao recém-nascido. Por sua vez, também o papel da mãe se tem reconfigurado, à medida que estas assumem um peso cada vez mais significativo no mercado profissional. Pese embora estas alterações, permanecem latentes mundividências anteriores. O pai do século XXI tenta reconciliar o ainda fortemente enraizado

papel tradicional de provedor e protetor da família com as novas exigências de paternidade, precipitando um conflito interno na dualidade desses papéis e responsabilidades. Ainda que o novo pai deseje e espere assumir um papel de cuidador ativo, o seu desempenho frequentemente fica aquém da imagem construída, provocando sentimentos disruptivos de decepção, frustração e angústia. Para a emergência destes sentimentos de inadequação e incompetência, concorrem os seguintes fatores: fraca preparação e orientação sobre o modo de prestação de cuidados; renegociação desequilibrada dos papéis familiares durante o período peri e pós-natal para acomodar a adição do novo elemento; a ausência de um modelo de paternidade; a centralização mulher-filho no âmbito dos cuidados de saúde após o nascimento [49] [66] [76]. Quando o tempo de convivência entre a mãe e o/a filho/a é significativamente superior ao auferido pelo pai tende a verificar-se um decréscimo de retribuições (por exemplo, sorrisos e vocalizações) por parte da/o filha/o em relação ao pai, acentuando assim o sentimento de exclusão deste. Num quadro depressivo, a qualidade da interação pai-filho/a e, logo, da retribuição deste/a diminui, dado o decréscimo da estimulação verbal e comportamental durante o contacto com a criança [76-78].

Sentimentos de inadequação e incompetência por parte do pai podem ser exacerbados se o bebé tiver um temperamento mais difícil, um fator de stress psicossocial que parece afetar mais os pais do que as mães [3] [49]. Cumpre convocar, neste âmbito, a influência que também a depressão paterna ante-natal pode ter no comportamento do recém-nascido. Verificou-se que pais com sintomas de depressão às 20 semanas de gestação possuem duas vezes mais probabilidade de terem um bebé que chore excessivamente aos 2 meses de idade do que pais não deprimidos [16] Quando se conjuga um quadro depressivo na fase pré e pós natal, regista-se maior probabilidade de serem diagnosticados nas crianças problemas de ordem emocional, conduta, hiperatividade e socialização tanto aos 3,5 anos de idade como aos 7 [35] [79].

De acordo com vários estudos, a satisfação com a relação, sentimento de proximidade e interesse sexual tendem a diminuir ao longo do tempo, observando-se um declínio também no período de transição para a parentalidade e após o nascimento do filho, em particular nos três primeiros anos [18] [49] [65] [80]. Um nível de educação superior tende a ser um fator que contribui para minorar a ocorrência da DPP paterna ou a sua gravidade e impacto, possivelmente por menor tensão financeira, uma distribuição mais equitativa de tarefas e uma parentalidade numa fase mais tardia de vida [80].

Uma meta-síntese de estudos descritivos, publicados entre 1990 e 2001, com foco na transição para a paternidade, revelou que as expectativas do que seria a vida após as primeiras semanas de nascimento eram invariavelmente irrealistas e inconsistentes com a realidade. Salvo raras exceções, o sentimento de profunda ligação emocional e conexão não se verificou de imediato como esperado, ocorrendo ao longo dos dois primeiros meses de vida da criança. A amamentação foi também identificada como importante fonte de frustração nos pais, dado que estes sentem que ocupam um papel secundário quando entregam a criança a chorar ou com fome à mãe [66]. Corroborando esta realidade, outro estudo evidenciou que, enquanto na mãe é a desregulação de sono o fator primordial no desencadeamento de um estado depressivo, no pai os problemas na alimentação do bebé assumem com maior frequência este papel propulsor [49]. No entanto, esta é uma tese que ainda não reúne consenso, como comprova o estudo [3]. O sentimento de inadequação e exclusão no vínculo mãe-filho é particularmente preocupante, pois os pais desempenham um papel importante na promoção e apoio do aleitamento materno, fator de crucial importância no desenvolvimento saudável do bebé [49].

Pais deprimidos tendem a exibir mais frequentemente emoções negativas (apatia, medo, ódio, vergonha, culpa, arrependimento, ressentimento, raiva, hostilidade) e sentimentos de desamparo que podem influenciar a qualidade da sua interação com os seus filhos. Regista-se, além disso, um decréscimo na expressão de ternura, afeto e sensibilidade para com os

mesmos [81]. Ao invés, crescem as atitudes de irritabilidade ou até mesmo hostilidade e fúria [82]. O aumento da pressão psicológica exercido sobre a criança é também frequentemente detetado [82], assim como uma diminuição na participação em atividades de leitura [4] [34]. Este impacto na atividade da leitura não deve ser minorado. Com efeito, está comprovado que pais que reduzem o tempo dedicado à leitura de histórias ao(s) filho(s)/a(s) devido à sua sintomatologia depressiva condicionam o futuro desenvolvimento das capacidades de expressão verbal da criança, o que por sua vez acarreta um impacto negativo no percurso escolar futuro da mesma [34].

Cruzando os resultados de 17 artigos, verificou-se uma relação entre sintomas depressivos nos pais e problemas quer de internalização na criança, como por exemplo ansiedade e depressão, quer de externalização, como agressividade e hiperatividade [83]. Num estudo realizado por Ramchandani em 2005, comprovou-se que as crianças de pais que experienciaram depressão pós-parto tendem a exibir mais problemas de comportamento, como por exemplo uma conduta incorreta e hiperatividade, sendo que esta associação foi particularmente mais elevada em crianças do sexo masculino/rapazes [75]. O mesmo autor, num artigo posterior, mostrou evidências de forte associação entre a DPP paterna às oito semanas pós-parto e o diagnóstico de doença psiquiátrica em crianças aos 7 anos [35].

Em resposta ao afastamento ou comportamento inconsistente por parte do pai, a criança pode apresentar um aumento crónico do nível basal de cortisol, dificultando a autorregulação e crescimento cerebral normal, nomeadamente da maturação do córtex orbito-frontal que desempenha um papel importante na regulação cognitiva e emocional [18].

Outro estudo, numa tentativa de avaliar os efeitos a longo prazo da depressão paterna prolongada, concluiu que esta última pode potenciar tentativas de suicídio e ideação em rapazes, depressão em raparigas e um fraco funcionamento psicossocial em ambos os sexos [84] [18]. Saliente-se, ainda, que filhos de pais deprimidos revelam possuir um risco superior

de desordens psiquiátricas (chegando a atingir um risco de 2 a 5 vezes superior) e que, na fase de jovens adultos, registam menores capacidades sociais [4].

A sintomatologia depressiva no pai acima caracterizada tem impacto na dinâmica da sua relação com a parceira. Desde logo, o nascimento de uma criança é considerado um marco de vida stressante, trazendo variáveis que podem ser fontes de conflito inter-casal que se agravam nos primeiros meses pós-parto. O tempo e atenção que o recém-nascido exige refletem-se em menor disponibilidade do casal se focar na sua própria relação, o que também pode potenciar esta discórdia no ambiente familiar [49]. Um estudo britânico baseado numa amostra de cerca de 14500 famílias evidenciou um aumento do conflito conjugal superior a 50% entre o período antenatal e pós-natal [65].

A exposição da criança a situações de conflito e discórdia familiar tem sido relacionada com distúrbios no desenvolvimento emocional, cognitivo e social [85], bem como a problemas de depressão, agressividade, conduta antissocial, abuso de substâncias e altercações com a lei na adolescência (Fergusson e Horwood 1998). Há, ainda, evidência que o conflito conjugal funcione como preditor de futuros problemas ainda no período antenatal [65].

No entanto, é de notar que a ocorrência de conflitos é uma realidade transversal e inevitável no seio familiar [65], não significando per si uma implicação negativa no desenvolvimento da criança. Deste modo, importa contextualizar os diversos aspetos multidimensionais (frequência, intensidade, conteúdo e resolução) e padrões do conflito conjugal [86]. Com efeito, situações episódicas onde se procuram soluções harmoniosas para os problemas e se negociam alternativas construtivas por forma a resolver o conflito traduzem aspetos positivos no desenvolvimento psicológico infantil e no amadurecimento emocional e cognitivo, uma vez que mostram que, mesmo na discórdia, as dificuldades são passíveis de serem ultrapassadas e trabalhadas em conjunto [85] [65]. Por outro lado, a manifestação de emoções negativas num clima de hostilidade, crítica que recorre a estratégias agressivas

(verbais, emocionais e físicas) para a solução do problema gera ansiedade, medo e insegurança na criança, comprometem a sua segurança e regulação emocional [65].

A qualidade da relação do casal influencia ainda a disponibilidade dos progenitores no envolvimento e cuidado físico e afetivo dos seus filhos [86]. Com efeito, padrões hostis de conflito do casal levam indiretamente a uma deterioração da relação mãe/pai-filho(a), principalmente na relação pai-filho(a). Ao longo do tempo, estes pais tornam-se emocionalmente indisponíveis (rejeição, hostilidade, desinteresse), ambivalentes no método de controlo do comportamento (do desleixo à aplicação, muitas vezes inconsistente, de uma disciplina excessiva) e recorrem mais frequentemente a técnicas de controlo psicológico (indução de culpa, reforço negativo) [85]. Davis *et al*, centrando a sua análise no comportamento de pais com sintomas depressivos com crianças com 1 ano de idade, revelaram que estes estão mais propensos a bater mais frequentemente nos seus filhos, comparativamente aos que não apresentam este quadro clínico [87].

A sinergia do conflito inter-casal assume especial relevância, no sentido em que potencia sintomas depressivos na esfera familiar e é também intensificada quando algum membro do casal apresenta depressão, nomeadamente depressão pós-parto paterna [49] [65]. Um estudo conduzido por Ramchandani *et al* em 2011 com o objetivo de estudar os efeitos de sintomatologia depressiva no pai e o seu impacto na relação com a parceira aos 3 meses pós-parto, mostrou clara associação com a desarmonia na relação em pais deprimidos, evidenciando níveis mais altos de dissatisfação, baixos níveis de afeto e pouca confiança no futuro da relação. Concluiu-se ainda que a interação destes pais com a respetiva parceira era marcada por padrões hostis de conflito com níveis altos de crítica não só dos pais para a parceira como também bilateralmente, fator com impacto negativo na relação ao longo do tempo [75]. Na mesma linha de investigação, vários estudos utilizando a escala de ajustamento diádico (em inglês *Dyadic Adjustment Scale*), um questionário de autopreenchimento que avalia, por meio

de quarto subescalas, os níveis de consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto do casal, mostraram a associação entre sintomas depressivos no pai durante o período pós-parto e níveis mais baixos de consenso e satisfação [46] [76] [80] .

Atendendo aos efeitos deletérios na dinâmica da relação conjugal, a depressão pós-natal materna e paterna está, sem surpresa, associada a aumento do risco de separação matrimonial, um evento com níveis significativamente acrescidos de stress e com repercussões no bem-estar psicológico de toda a família [80].

Em situações extremas, a vulnerabilidade do estado mental durante o período pós-parto e a falta de apoio podem traduzir-se em situações de interação que envolvam violência física, verbal ou sexual contra a parceira. A sintomatologia depressiva nos homens pode-se manifestar por explosões de agressividade, impulsividade, abuso de álcool e substâncias ilícitas que podem aumentar este tipo de episódios [4] [18] [39]. Num dos primeiros estudos do género, uma alarmante estatística de 1 em cada 4 mulheres referiu pelo menos um episódio de ameaça, agressão física ou sexual num intervalo até às 8 semanas pós-parto por parte dos seus parceiros, sendo que em 69% dos casos se tratava da primeira ocorrência [18]. Atendendo aos acessos de raiva e impulsividade, a persistência da depressão paterna cursa ainda com maior risco de punições corporais à criança sendo, por isso, um fator de risco para situações de violência doméstica, abuso de crianças e, em raros casos, infanticídio [18].

Prevenção e tratamento: medidas de combate a um fenómeno negligenciado

Portugal é um dos países com melhores índices no âmbito da saúde materno-infantil: cobertura pré-natal, razão de morte materna, morbilidade, mortalidade neo-natal, taxa de mortalidade infantil, proporção de partos hospitalares, entre outros indicadores. Este cenário positivo deve-se à existência de um programa nacional de vigilância da gravidez eficaz, desde a pré conceção até ao puerpério, enquadrado numa rede de cuidados de saúde primários que se articula com serviços hospitalares de obstetria e pediatria, no sentido de promover e otimizar, em particular, a saúde sexual, reprodutiva e mental das famílias em transição para a parentalidade. Paralelamente, cumpre ressaltar o contributo decisivo fornecido pela implementação de medidas de saúde pública, nomeadamente vacinação, incremento de cuidados alimentares, educação para a saúde e o enquadramento legal de proteção à parentalidade [88].

Atendendo ao contacto mais intensivo com os profissionais de saúde, o período de gravidez e dos primeiros anos de vida da criança são considerados como momentos privilegiados para a prevenção, intervenção e promoção de cuidados de saúde. Transversal a todos os momentos de consulta, a educação para a saúde constitui uma oportunidade de correção e modificação de comportamentos e fatores de risco em áreas de saúde pública, sexual e reprodutiva como: alimentação, hábitos tabágicos e/ou etílicos, consumo de substâncias psicoativas, saúde oral, atividade física, sexualidade segura e responsável, planeamento familiar, educação pré-natal, sexualidade durante a gravidez, reconhecimento de sinais e sintomas de alarme na gravidez, etc. O investimento nestas áreas tem comprovado impacto na diminuição dos custos do Serviço Nacional de Saúde, dada a capacidade de prevenção instalada

no terreno, bem como pelo auxílio que configura ao combate a situações de exclusão e/ou discriminação [88-90].

A promoção de saúde mental, naquele que é reconhecido como o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor na mulher, assume particular relevância verificando-se uma prevalência de 12-16% para depressão pós-parto [89]. O plano nacional de vigilância preconiza a avaliação de fatores de risco para a depressão ao longo das consultas de seguimento. Estes são rastreados no segundo trimestre da gravidez, já que no primeiro trimestre é frequente a sobreposição de sintomas depressivos com a gravidez normal, como por exemplo: fadiga, insónia, alterações de apetite e perda de energia. Pesquisam-se sinais e sintomas, avaliam-se os antecedentes pessoais e familiares, o contexto socioeconómico, os indicadores de uma eventual violência familiar [91], a capacidade de antecipar e de integrar um novo membro na família e a motivação/adaptação pessoal e familiar ao estado de gravidez [88] [89] [44]. Na consulta de puerpério, reavalia-se o suporte social e eventuais fatores de risco socioeconómicos, realiza-se a avaliação formal do estado emocional da puérpera (avaliação clínica e utilização da EPDS), bem como as características da dinâmica familiar, em particular da interação mãe-filho [88] [89] [44].

Embora se verifique uma tendência para a inclusão da presença e participação do pai, bem como o reconhecimento das adaptações particulares e responsabilidades inerentes ao seu novo papel não existe, no entanto, qualquer indicação formal no programa de vigilância da gravidez para a avaliação do estado psicológico do mesmo. Verifica-se, ainda, uma centralização da promoção de saúde mental na mãe. Aliado a este facto, raramente se verifica a presença dos pais nas consultas de pré conceção, vigilância da gravidez e puerpério, contribuindo para a ausência de uma verdadeira política de intervenção precoce centrada na dinâmica familiar [88].

Uma crescente emergência de estudos científicos identifica o período de transição para a paternidade como uma fase de risco para o desenvolvimento de depressão, bem como o seu significativo impacto na dinâmica interpessoal da relação e a sua influência direta e indireta no desenvolvimento da criança, dado que o débil estado de saúde mental do pai, além dos efeitos imediatos na interação e saúde do/a filho/a, potencia sintomas depressivos na parceira, o que, por sua vez, pode conduzir à disrupção do vínculo mãe-filho/a). Por tudo isto, urge considerar a depressão paterna como um problema de saúde pública, reconhecido por profissionais de saúde e pela população em geral, por forma a permitir o reconhecimento antecipado de sinais, sintomas e fatores de risco. Trata-se, com efeito, de uma realidade que não pode ser ignorada, como comprova desde logo, o primeiro estudo a divulgar resultados da deteção de stress psicológico pós-natal nos pais. Nele se concluiu que duas semanas após o parto 16% das mães e 6% dos pais apresentavam elevados sintomas depressivos e que após as seis semanas a percentagem dos pais se mantinha inalterada, enquanto a das mães descia para os 9% [92] Além disso, encontra-se plenamente comprovada a associação entre a DPP paterna e o aumento significativo de custos para o sistema de saúde, particularmente justificado pelo crescimento de contacto com médicos de medicina geral e familiar e psicólogos [93].

Vários motivos contribuem para o difícil reconhecimento da depressão paterna pelos serviços de saúde, a família nuclear e alargada, bem como pela sociedade em geral. A depressão em si mesma, independentemente da pessoa que afeta, é uma patologia ainda hoje longe de ser socialmente encarada de forma pacífica como uma doença, pelo que frequentemente não apenas é desvalorizada, como se culpabilizam os seus portadores pela manutenção de tal estado. Este cenário já desfavorável agrava-se quando a depressão se regista em indivíduos que acabaram de ser mães ou pais, dada a forte perceção (social e sentida pelos mesmos) de que o nascimento de um/a filho/a deveria configurar um momento de grande felicidade. Sentimentos de vergonha e culpa, a par do receio da intervenção dos serviços de proteção de menores

emergem, o que conduz a escamotear o quadro depressivo [94]. Quando este se verifica no pai em particular, um acréscimo de estigmatização entrava, ainda mais, a sua deteção. Com efeito, os homens têm menos tendência para recorrer a ajuda em casos de problemas mentais, verbalizam menos e, tanto eles como a sociedade em geral, percecionam as suas necessidades como menos relevantes em comparação com as das suas parceiras. Paralelamente, um conjunto de fatores associados à centralização do acompanhamento ante e pós-natal no binómio mãe-filho representam um dos principais obstáculos [42].

Um relevante estudo sueco abordou as experiências de enfermeiros/as em serviços pediátricos (gratuitos desde o nascimento até aos 6 anos de idade), no que diz respeito à observação de pais deprimidos no período pós-natal e aos obstáculos que se colocam ao rastreio dos mesmos [95]. As conclusões obtidas são passíveis de induzir em outros serviços nacionais de saúde, onde estudos específicos semelhantes ainda não foram conduzidos, como acontece no caso português. Considera-se que a DPP paterna é difícil de detetar por parte dos/das enfermeiros/as devido aos seguintes fatores: falta de experiência para reconhecer os sintomas de pais deprimidos; dificuldade de estabelecer contacto com o pai (o contacto é menos regular com o pai; os pais verbalizam menos e têm dificuldade em o fazer com alguém que não conhecem; muito poucos pais tomaram a iniciativa de abordar a enfermeira para marcar uma consulta ou falar sobre o seu estado); a ambiguidade da informação transmitida pela mãe sobre o estado de saúde do pai, embora esta permaneça como uma fonte de informação vital; falta de procedimentos rotinados para avaliar a saúde e bem-estar dos pais; projeção nos utentes por parte dos/das enfermeiros/as, membros que partilham os valores da cultura dominante, de uma perceção enviesada do papel e expectável reação de cada género à parentalidade. Confirmou-se que os cuidados de saúde são genericamente e sobretudo dirigidos para a mãe e o/a filho/a e não para toda a família. Logo, embora se encontrem instaladas e disseminadas rotinas para a deteção da DPP materna, o mesmo não se verifica para os pais. Embora já se tenha demonstrado

a viabilidade de aplicar nos pais a EPDS, importa ter em mente que, como qualquer ferramenta de rastreio, ela possui os seus limites, pelo que urge desenvolver outras medidas de avaliação clínica, desde logo maior capacidade por parte dos/das enfermeiros/as de interagir com os pais, colocando-lhes diretamente questões sobre a sua experiência e interpretando tanto a sua linguagem verbal como não-verbal [95].

Dado o carácter complexo e poliédrico da depressão paterna urge, com vista ao seu combate, reunir diferentes perspetivas sobre este fenómeno, sobre as quais se deverá alicerçar uma intervenção multifacetada. Nesse sentido, em complemento com as experiências de profissionais de saúde acima referidas, importa ter em conta a mundividência dos próprios pais. Este foi o objetivo do estudo conduzido por Nicole Letourneau e seus colegas, para o qual os pais se pronunciaram sobre o que seria uma intervenção ideal tanto para as suas parceiras como para eles próprios. Os pais concordaram por unanimidade que a maior barreira à identificação da DPP do seu parceiro é o fraco conhecimento público sobre a mesma. Reconheceram sentir que o seu estado de saúde é minorado em relação ao das mães pelos profissionais de saúde. Também eles próprios, embora não conceptualizem para si mesmos uma intervenção ideal muito diferente da que consideram ajustada para a mãe, percebem as suas necessidades como menos relevantes em comparação com as das suas parceiras. Consideraram que o aumento da consciencialização da comunidade sobre a DPP os encorajaria a procurar apoio e que uma só intervenção não solucionaria o problema, tornando-se vital implementar programas que conjuguem meios diversificados de atuação, cobrindo um vasto espectro de tópicos, estilos e meios. A par de uma melhoria na ajuda profissional (maior consciencialização dos profissionais de ajuda envolvidos, inclusão de informação sobre a depressão paterna em programas focados nas etapas pré e pós natal e disponibilização de linhas telefónicas de apoio), a partilha de experiências com pares (mães com mães; pais com pais) foi apontada pelos pais

como estratégia benéfica para lidar com este quadro clínico, atenuar os seus efeitos negativos e ultrapassá-lo [96].

De forma unânime, a literatura científica frisa a importância do desenvolvimento de maior consciencialização pública desta patologia. Um estudo realizado por Dennis e Chung-Lee mostrou que a educação sobre a história natural da depressão pós-parto na mulher constituiu o principal facilitador na procura de ajuda por parte dessas mulheres [97], o que pode ser igualmente verdade para os homens. Neste sentido, sugere-se a promoção de campanhas e programas de educação sobre esta temática, a disposição de cartazes, panfletos, imprensa publicada (jornais, revistas, artigos) em consultórios e salas de espera de centros de cuidados de saúde primários, maternidades, hospitais pediátricos, locais de programas educativos antenatais de preparação para o parto/ cuidados com o bebé, escolas, bibliotecas públicas e estabelecimentos recreativos. Nestes recursos, acrescentar-se-ia também informação sobre recursos *online* de interesse (www.postpartummen.com / www.fatherhoodinstitute.org) e a inclusão da escala EPDS e sua interpretação (que é igualmente válida, em algumas populações, para o rastreio de sintomas depressivos no homem), assim como subsequente referenciação [16] [98].

No sentido de reduzir o stress psicossocial associado à transição para a paternidade, o período antenatal oferece várias oportunidades para cuidados de saúde preventivos. Desde logo, o apoio social e emocional por parte da parceira, profissionais de saúde, restante família e amigos são componentes fundamentais no combate aos sentimentos de exclusão, inadequação. A inclusão de ambos os membros do casal em programas de educação, o que além de fomentar o apoio emocional entre o casal, permite munir os pais de informação e estratégias que lhes confirmam melhor capacidade de adaptação às alterações que se avizinham, nomeadamente no reconhecimento das necessidades da criança e na prestação de cuidados ao bebé. A participação em grupos de apoio, onde novos pais tenham a oportunidade de esclarecer

as suas dúvidas e preocupações e de aprender a lidar com a ansiedade em conversa com pais mais experientes, foi também sugerida numa revisão de literatura sobre políticas de educação antenatal [99]. A promoção de aulas, cursos e *workshops* para a preparação dos pais para a parentalidade assume particular importância na prevenção da depressão paterna [16]. Incentivos por parte do Estado social, como a implementação de políticas de licença paga de paternidade, estão também associados a atitudes mais positivas em relação à parentalidade [18].

As intervenções de tratamento particularmente direcionadas para a depressão pós-parto materna raramente incluem o pai, o casal ou a tríade mãe-pai-filho(a). Com efeito, comprovou-se que as intervenções que se focam apenas na tentativa de reduzir ou prevenir os sintomas depressivos da mãe e a otimizar a interação mãe-filho(a) tiveram sucesso limitado [4] [100]. A reforçar esta ideia, cite-se a existência de estudos que atestam a sinergia benéfica que decorre da inclusão dos parceiros de mães com DPP nas intervenções que lhes são aplicadas [4] [18].

Os pais têm um impacto substancial no desenvolvimento da criança, bem como no funcionamento e bem-estar da família. No entanto, são raras as intervenções que os incluem [4] [98]. Consequentemente, estes sentem que são excluídos, ignorados e menosprezados ao longo do acompanhamento e tratamento da mãe. Daqui decorre a perceção que os pais detêm um papel secundário o que, por seu turno, tornará mais difícil o reconhecimento e valorização dos eventuais sintomas depressivos do pai, por parte do mesmo e dos profissionais de saúde [98]. Esta situação revela-se particularmente grave, porque um dos principais fatores de risco para a DPP paterna é, como já acima se frisou, a DPP materna.

O combate à DDP paterna exige a mobilização de um conjunto diversificado de estratégias, atuando em várias frentes. Os profissionais de saúde, particularmente os que contactam com as famílias neste período crítico, necessitam de estar informados e alerta para sintomas depressivos, redobrando a atenção perante famílias particularmente frágeis, seja pela sua tipologia [44], seja por se situarem em contextos socioeconómicos desfavoráveis [98]

[101]. A EPDS pode ser utilizada como ferramenta para mapear sintomas depressivos nos pais [101], embora em vários países, como Portugal, não tenha ainda validade comprovada [27]. Contudo, importa frisar que o sucesso de qualquer intervenção passa pela compreensão da especificidade da dinâmica familiar de cada caso, pelo que se torna vital uma sensibilização dos profissionais de saúde para o reconhecimento das diferentes tipologias de família e respetivos planos de cuidados adequados [44].

Salientem-se, também, as mais-valias de uma partilha de experiências em grupos de pais deprimidos [101], bem como uma intervenção ao nível do casal, promovendo estratégias de comunicação entre cônjuges que potenciem o apoio mútuo e reduzam o conflito marital [65] [4], dado que este é um preditor independente de consequências negativas no desenvolvimento do bebé e na estrutura familiar [65]. Encontra-se igualmente documentado que o acompanhamento específico dos pais durante 6 semanas após o nascimento da criança (materiais sobre educação e apoio social; informação sobre as várias etapas do desenvolvimento do bebé, estratégias de redução de stress e sintomas de depressão pós-natal), diminui a sua ansiedade, preparando-os para a receção e integração do novo membro da família [102] [101]. Trata-se, assim, de uma ajuda fundamental para a estabilidade da família tipo “grávida”, na qual, por se aguardar o nascimento de um novo elemento, prevalecem sentimentos de medo e/ou esperança, “com desvio do centro de atenções e segurança” [44]. A especificidade desta tipologia requer uma vigilância médica periódica, a fim de assegurar o bem-estar físico e psicológico não apenas da mãe e do feto, mas também do pai e outros descendentes caso existam, cujas expectativas têm também de ser tidas em conta [44]. Esta monitorização é particularmente importante para prevenir, entre outros, o desenvolvimento da DPP tanto na mãe como no pai.

Encontram-se comprovados os benefícios de terapias farmacológicas e psicológicas para tratar a depressão no homem, no entanto está por apurar a evidência destes tratamentos no

contexto específico da DDP paterna e carecem de mais estudos os impactos das mesmas na criança [103]. Para maior probabilidade de sucesso no tratamento, as intervenções devem dar resposta às suspeitas causa(s) da depressão do pai (sentimentos de inadequação, stress, perda de controlo, frustração, falta de autoconfiança, etc.). Por exemplo, se os sintomas depressivos se associam a débil desempenho de cuidados ao bebé, o tratamento deve focar a promoção deste tipo de competências. Se, por seu turno, se regista um humor baixo, o qual afeta a autoestima e a interação com o/a filho/a, a aplicação de antidepressivos conjugada ou não com uma terapia cognitivo-comportamental poderá ser apropriada [103].

Urge operar uma viragem no entendimento da DDP paterna, encarando-a como um problema da unidade familiar que requer uma intervenção multifacetada, capaz de articular diferentes canais e envolver a família no seu todo. Deste modo, o apoio fornecido ao pai, quer na fase ante quer pós-natal, deve ser encarado não como um investimento particular, mas como uma aposta decisiva para a saúde e bem-estar de toda a família, criando melhores condições sociais e ambientais para a mulher e a criança. A importância do papel do pai deve ser reconhecida desde a pré-conceção e o seu envolvimento igualitário fomentado ao longo de todo o processo de transição para a parentalidade [104]

VI

Conclusão

Numa tentativa de sistematização do trabalho realizado sobre a DDP paterna e o seu impacto na unidade familiar, sublinham-se as principais conclusões.

Primeiramente, a DDP paterna não apresenta uma definição consensual, nem é reconhecida formalmente pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, pelo que se tem recorrido à DPP materna para definir esta patologia. Pais deprimidos tendem a exibir os mesmos sintomas que uma mãe deprimida, com principal destaque para o aumento da impulsividade, irritabilidade, agressividade e consumo de álcool e drogas. Os principais fatores de risco são a DPP materna, antecedentes prévios de psicopatologia e desequilíbrio na relação marital. A DPP paterna tende a desenvolver-se de forma mais gradual em comparação com a materna, sendo o período crítico para a sua emergência situado entre os 3 e 6 meses após o parto e a sua prevalência de 10,4%. No processo de *screening* deste fenómeno, encontra-se demonstrada, conquanto para um número restrito de países que não inclui Portugal, a validade da aplicação da EPDS, sugerindo-se um limiar mínimo mais baixo daquele que é considerado para as mães, atendendo à diferente apresentação clínica de depressão em homens.

Em segundo lugar, destaca-se o significativo e multiforme impacto da DPP paterna na unidade familiar, tanto ao nível de cada um dos seus membros, como na relação com a parceira e no núcleo familiar entendido como um todo. Estas dimensões articulam-se, interagindo e podendo produzir efeitos cumulativos. No âmbito do impacto na mãe do quadro depressivo do pai, sublinham-se os riscos de falta de apoio, a interferência na relação mãe-criança, o aumento dos sintomas depressivos, entre outros.

Na relação do casal, ressalta-se o possível crescimento de um ambiente de conflito e hostilidade o que, por sua vez, potencia distúrbios no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança ao longo do tempo, podendo refletir-se na adolescência, numa maior

probabilidade de depressão, agressividade, conduta antissocial, abuso de substâncias e alterações com a lei. Dada a redução drástica de tempo que o casal possui para se focar na sua relação, verifica-se a tendência para um afastamento emocional e menor disponibilidade de envolvimento emocional, o que promove os riscos de separação matrimonial e violência doméstica, tanto em relação à parceira como ao/à filho/a.

No que concerne à interação entre pai e filho/a, sobressaem os seguintes aspetos: a tendência para o decréscimo da expressão de ternura, afeto e sensibilidade; maior propensão para a irritabilidade; o aumento da pressão psicológica exercida sobre a criança; a aplicação de técnicas de disciplina inconsistentes e o desenvolvimento de sentimentos de inadequação e frustração perante retribuições débeis e/ou insatisfatórias. Com efeito, a diminuição, por parte do pai, de atividades de estimulação verbal e comportamental, como cantar, ler e brincar, altera o modo como o bebé reage às interações existentes [77].

No âmbito do desenvolvimento emocional, psicossocial, comportamental, cognitivo e físico da criança, as consequências estendem-se e variam ao longo do tempo. Evidenciam-se os riscos de problemas de ordem emocional, comportamental (com destaque para uma conduta incorreta e hiperatividade, associação particularmente mais elevada em crianças do sexo masculino) e socialização. Existem evidências da relação entre o estado depressivo do pai e o aumento crónico do nível basal de cortisol, dificultando a autorregulação e o crescimento cerebral normal, nomeadamente da maturação do córtex orbito-frontal, cujo papel na regulação cognitiva e emocional é fundamental. Além disso, estão demonstradas associações com o atraso na expressão verbal, o diagnóstico de doença psiquiátrica, bem como com tentativas de suicídio e ideação em rapazes, depressão em raparigas e um fraco funcionamento psicossocial em ambos os sexos a longo prazo. Quando se verifica uma inexistência de apoio por parte do parceiro não deprimido ou este se encontra também deprimido, exacerbam-se os impactos negativos no desenvolvimento da criança.

Em terceiro e último lugar, cumpre destacar as medidas de prevenção e tratamento da DPP paterna. Trata-se de uma sintomatologia difícil de identificar, em grande parte devido à centralização dos cuidados de saúde no binómio mãe-bebé, à especificidade do quadro depressivo no sexo masculino (menos verbalização e proatividade na procura de ajuda) e à fraca consciencialização pública sobre este fenómeno. Propõe-se, subscrevendo a literatura da especialidade, uma intervenção multifacetada e veiculada por diferentes canais. Entre as estratégias avançadas neste trabalho, sublinham-se: as campanhas de educação sobre esta temática; a maior sensibilização dos profissionais de saúde; a promoção de uma preparação ativa dos pais para a parentalidade; o desenvolvimento de ferramentas de rastreio conjugadas com outras medidas de avaliação clínica (mesmo considerando a aplicação da EPDS, importa ter em mente que, como qualquer ferramenta de rastreio, ela possui os seus limites); o envolvimento do casal nos cuidados de saúde no período ante e pós-natal; a divulgação de técnicas para a redução do conflito conjugal; a constituição de grupos de apoio entre pares; as terapias farmacológicas e psicológicas.

Uma vez que qualquer intervenção no seio familiar pressupõe a correta compreensão da sua dinâmica, sugere-se, como recomendação final deste trabalho, o desenvolvimento de estudos que analisem a incidência da DPP paterna em diferentes tipos de família, de modo a mapear eventuais fatores de risco adicionais e a tornar mais operativo o plano clínico estabelecido em cada caso.

Conclui-se defendendo a necessidade de uma viragem na perceção da DPP paterna a dois níveis. Em primeiro lugar, considerando-a um problema de saúde pública, reconhecido por profissionais de saúde e pela população geral, de forma a possibilitar o reconhecimento precoce de sinais, sintomas e fatores de risco. Em segundo lugar, reconhecer que esta patologia, longe de constituir uma adversidade isolada, afeta toda a unidade familiar e exige uma intervenção multifacetada. Urge fornecer mecanismos ao pai do século XXI que o auxiliem na

assunção do novo papel que lhe é imputado e que este projeta para si, desde logo promovendo um envolvimento igualitário ao longo de todo o processo de transição para a parentalidade. A aposta no bem-estar e saúde do pai é, portanto, uma aposta no equilíbrio de toda a familiar. Deste modo, a DDP paterna é sinal de uma família em risco.

VII

Anexos

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Nome:

Data:

Idade do bebé:

Pontuação:

Aplicador da escala:

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

Orientações para cotação:

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Disponível em: Direção Geral de Saúde. www.dgs.pt. [Online].; 2005 [cited 2016 Mar:

<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>.

Adaptado de: *Edinburgh Postnatal Depression (EPDS)*. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. *British Journal Of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa original: Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. *Psychol Med*, 26 (1):135-41; 1996 Jan

VIII

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a presença de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, me acompanharam ao longo desta etapa na minha formação acadêmica.

Em primeiro lugar, dirijo um agradecimento ao meu orientador, o Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço, pelo seu apoio, paciência, disponibilidade e total colaboração na sugestão de bibliografia adicional, bem como no esclarecimento de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho.

Em segundo lugar, aos meus amigos, cujo companheirismo, preocupação e incentivo incansável renovaram diariamente a força e determinação para contornar as adversidades.

Por último, um eterno agradecimento à minha família por acreditarem sempre em mim e pelo carinho, ajuda e apoio constantes. A eles, dedico este trabalho.

IX

Referências Bibliográficas

1. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*. 1996 July; 169(1).
2. World Health Organization. <http://www.who.int/en/>. [Online].; 2012 [cited 2016 Janeiro]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf.
3. Perren S, von Wyl A, Bürgin D, Simoni H, von Klitzing K. Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2005 September; 26(3).
4. Letourneau N, Dennis C, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos P, et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012 July; 33(7).
5. Paulson JF BS. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 May; 303(19).
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Association AP, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Di Florio A, Meltzer-Brody S. Is Postpartum Depression a Distinct Disorder? *Curr Psychiatry Rep*.. 2015 Oct; 17(10).
8. Epifanio M, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*. 2015 June; 7(2).
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Association AP, editor. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
10. Figueiredo B, A. C. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2011 June; 14(3).
11. Loscalzo Y, Giannini M, Contena B, Gori A, Benvenuti P. The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 June; 37(3).
12. Conde B, Figueiredo B, Bifulco A. Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attach Hum Dev*.. 2011 May; 13(3).
13. Leach L, Poyser C, Cooklin A, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 January; 190.

14. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*. 2011 July; 132(1-2).
15. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*. 2000 Nov; 60(2).
16. Melrose S. Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse*. 2010 Dec; 34(2).
17. Hedin L. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000 Mar; 89(1).
18. Kim P, Swain J. Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 Feb; 4(2).
19. Lusskin S, Pundiak T, Habib S. Perinatal depression: hiding in plain sight. *Can J Psychiatry*. 2007 Aug; 52(8).
20. Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Apr; 65(4).
21. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun; 15.
22. Massoudi P, Hwang C, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord*. 2013 Jul; 149(1-3).
23. Matthey S, Barnett B, Kavanagh D, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord*. 2001 May; 64(2-3).
24. Edmondson O, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani P. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord*. 2010 Sep; 125(1-3).
25. Lai B, Tang A, Lee D, Yip A, Chung T. Detecting postnatal depression in Chinese men: a comparison of three instruments. *Psychiatry Res*. 2010 Dec; 180(2-3).
26. Tran T, Tran T, Fisher J. Validation of three psychometric instruments for screening for perinatal common mental disorders in men in the north of Vietnam. *J Affect Disord*. 2012 Jan; 136(1-2).
27. Areias M, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *Br J Psychiatry*. 1996 Jul; 169(1).
28. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008; 25(11).
29. Vieira Da Silva Magalhães P, Tavares Pinheiro R, Lessa Horta B, Amaral Tavares Pinheiro K, Azevedo Da Silva R. Validity of the Beck Depression Inventory in the postpartum period. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2008; 12(1).

30. Jones G, Morrell C, Cooke J, Speier D, Anumba D, Stewart-Brown S. The development of two postnatal health instruments: one for mothers (M-PHI) and one for fathers (F-PHI) to measure health during the first year of parenting. *Qual Life Res*. 2011 Sep; 20(1011–1022).
31. Fisher S, Kopelman R, O'Hara M. Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Aug; 15(4).
32. Ballard C, Davis R, Cullen P, Mohan R, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1994 Jun; 164(6).
33. Goodman J. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004 Jan; 45(1).
34. Paulson J, Keefe H, Leiferman J. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Mar; 50(3).
35. Ramchandani P, Stein A, O'Connor T, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Apr; 47(4).
36. Natsuaki M, Shaw D, Neiderhiser J, Ganiban J, Harold G, Reiss D, et al. Raised by depressed parents: is it an environmental risk? *Clin Child Fam Psychol*. 2014 Dec; 17(4).
37. Gao L, Chan S, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health*. 2009 Feb; 32(1).
38. Wee K, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011 May; 130(3).
39. Luoma I, Puura K, Mäntymaa M, Latva R, Salmelin R, Tamminen T. Fathers' postnatal depressive and anxiety symptoms: an exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors. *Nord J Psychiatry*. 2013 Dec; 67(6).
40. Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, Heron J, Ramchandani P. Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: Mediators and Moderators. *Pediatrics*. 2015 Feb; 135(2).
41. Beestin L, Hugh-Jones S, Gough B. The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Health*. 2014 Mar; 29(6).
42. Letourneau N, Duffett-Leger L, Dennis C, Stewart M, Tryphonopoulos P. Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Feb; 18(1).
43. Paulson J, Bazemore S, Goodman J, Leiferman J. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Jan.

44. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos tipos de família: plano de cuidados*. 1st ed. Coimbra IdUd, editor. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
45. Nishimura A, Ohashi K. Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences*. 2010 Jun; 12(2).
46. Ngai F, Ngu S. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res*. 2015 Feb; 78(2).
47. Demontigny F, Girard M, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord*. 2013 Aug; 150(1).
48. Smart J, Hiscock H. Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *J Paediatr Child Health*. 2007 Apr; 43(4).
49. Cockshaw W, Muscat T, Obst P, Thorpe K. Paternal postnatal depressive symptoms, infant sleeping and feeding behaviors, and rigid parental regulation: a correlational study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014 Dec; 35(4).
50. Davé S, Nazareth I, Sherr L, Senior R. The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. *Br J Dev Psychol*. 2005 Nov; 23(4).
51. Parfitt Y, Pike A, Ayers S. The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: a prospective study. *Infant Behav Dev*. 2013 Dec; 36(4).
52. Candelori C, Trumello C, Babore A, Keren M, Romanelli R. The experience of premature birth for fathers: the application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (CLIP) to an Italian sample. *Front Psychol*. 2015 Sep; 29.
53. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015 Jul; 180.
54. Gönülal D, Yalaz M, Altun-Köroğlu O, Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr*. 2014 Mar-Apr; 56(2).
55. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005 Mar; 90(2).
56. Stramrood C, Doornbos B, Wessel I, van Geenen M, Aarnoudse J, van den Berg P, et al. Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicated by preterm preeclampsia or PPRM. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Apr; 287(4).
57. Bevilacqua F, Palatta S, Mirante N, Cuttini M, Seganti G, Dotta A, et al. Birth of a child with congenital heart disease: emotional reactions of mothers and fathers according to time of diagnosis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013 Aug; 26(12).
58. Feldman R, Gordon I, Schneiderman I, Weisman O, Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*. 2010 Sep; 35(8).

59. Kim P, Rigo P, Mayes L, Feldman R, Leckman J, Swain J. Neural plasticity in fathers of human infants. *Soc Neurosci.* 2014 Jun; 9(5).
60. Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav.* 2012 Mar; 61(3).
61. Gale C, O'Callaghan F, Godfrey K, Law C, Martyn C. Critical periods of brain growth and cognitive function in children. *Brain.* 2004 Feb; 127(Pt 2).
62. Seimyr L, Sjögren B, Welles-Nyström B, Nissen E. Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2009 Oct; 12(5).
63. Demo DH, Cox MJ. Families With Young Children: A Review of Research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family.* 2000 Nov; 62(4).
64. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010 Feb; 33(1).
65. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes--is marital conflict the missing link? *Child Care Health Dev.* 2012 Jul; 38(4).
66. Goodman J. Becoming an involved father of an infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Mar-Apr; 34(2).
67. Kvalevaag A, Ramchandani P, Hove O, Assmus J, Eberhard-Gran M, Biringer E. Paternal Mental Health and Socioemotional and Behavioral Development in Their Children. *Pediatrics.* 2013 Feb; 131(2).
68. Da Costa D, Zelkowitz P, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, Cruz R, et al. Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *Am J Mens Health.* 2015 Sep.
69. Goodman S, Lusby C, Thompson K, Newport D, Stowe Z. Maternal depression in association with fathers' involvement with their infants: spillover or compensation/buffering? *Infant Ment Health J.* 2014 Sep-Oct; 35(5).
70. Hossain Z, Field T, Gonzalez J, J. M, Del Valle C, J. P. Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal.* 1994 Dec; 15(4).
71. Letourneau N, Duffett-Leger L, Salmani M. The role of paternal support in the behavioural development of children exposed to postpartum depression. *Can J Nurs Res.* 2009 Sep; 41(3).
72. Paulson J, Dauber S, Leiferman J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics.* 2006 Aug; 118(2).
73. Sethna V, Murray L, Ramchandani P. Depressed fathers' speech to their 3-month-old infants: a study of cognitive and mentalizing features in paternal speech. *Psychol Med.* 2012 Nov; 42(11).
74. Weitzman M, Rosenthal D, Liu Y. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics.* 2011 Dec; 128(6).

75. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor T, team As. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*. 2005 Jun-Jul; 365(9478).
76. Kerstis B, Aarts C, Tillman C, Persson H, Engström G, Edlund B, et al. Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Feb; 19(1).
77. Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani P. Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parent Sci Pract*. 2015 Jan; 15(1).
78. Nath S, Russell G, Ford T, Kuyken W, Psychogiou L. Postnatal paternal depressive symptoms associated with fathers' subsequent parenting: findings from the Millennium Cohort Study. *Br J Psychiatry*. 2015 Dec; 207(6).
79. Ramchandani P, O'Connor T, Evans J, Heron J, Murray L, Stein A. The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Oct; 49(10).
80. Kerstis B, Berglund A, Engström G, Edlund B, Sylvén S, Aarts C. Depressive symptoms postpartum among parents are associated with marital separation: a Swedish cohort study. *Scand J Public Health*. 2014 Nov; 42(7).
81. Velders F, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe V, Hofman A, Verhulst F, et al. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jul; 20(7).
82. Cummings E, Keller P, Davies P. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 May; 46(5).
83. Kane P, Garber J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2004 Jul; 24(3).
84. Rohde P, Lewinsohn P, Klein D, Seeley J. Association of Parental Depression with Psychiatric Course from Adolescence to Young Adulthood among Formerly Depressed Individuals. *J Abnorm Psychol*. 2005 Aug; 114(3).
85. Cummings E, Davies P. Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Jan; 43(1).
86. Grych J, Fincham F. Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. *Psychol Bull*. 1990 Sep; 108(2).
87. Davis R, Davis M, Freed G, Clark S. Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*. 2011 Apr; 127(4).
88. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/>. [Online].; 2015 [cited 2016 Mar. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

89. Direção Geral de Saúde. www.dgs.pt. [Online].; 2005 [cited 2016 Mar. Available from: www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx.
90. Direção Geral de Saúde. www.dgs.pt. [Online].; 2008 [cited 2016 Mar. Available from: www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada.aspx.
91. Direção Geral de Saúde. www.dgs.pt. [Online].; 2011 [cited 2016 Mar. Available from: www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx.
92. Anding J, Röhrle B, Grieshop M, Schücking B, Christiansen H. Early Detection of Postpartum Depressive Symptoms in Mothers and Fathers and Its Relation to Midwives' Evaluation and Service Provision: A Community-Based Study. *Front Pediatr*. 2015 jul; 8(3).
93. Edoka I, Petrou S, Ramchandani P. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord*.. 2011; 131(1-2).
94. Williams M. Fathers reaching out. *Midwives*. 2013; 16(3).
95. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler A. We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Nov; 9(15).
96. Letourneau N, Tryphonopoulos P, Stewart M, Benzies K, Dennis C, Joschko J. Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J Perinat Neonatal Nurs*.. 2012 Jan-Mar; 26(1).
97. Dennis C, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006 Dec; 33(4).
98. Musser A, Ahmed A, Foli K, Coddington J. Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *J Pediatr Health Care*. 2013 Nov-Dec; 27(6).
99. McMillan A, Barlow J, Redshaw M. *Birth and Beyond: A Review of the Evidence about Antenatal Education*. 2009.
100. Gunlicks M, Weissman M. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Apr; 47(4).
101. Edward K, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *Am J Mens Health*. 2015 Jan; 9(1).
102. Tohotoa J, Maycock B, Hauck Y, Dhaliwal S, Howat P, Burns S, et al. Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Jul 31;12:75. 2012 Jul; 31.
103. Nazareth I. Should men be screened and treated for postnatal depression? *Expert Rev Neurother*. 2011 Jan; 11(1).

104. Garfield C. Supporting fatherhood before and after it happens. *Pediatrics*. 2015 Feb; 135(2).
105. Direção Geral de Saúde. www.dgs.pt. [Online].; 2006 [cited 2016 Mar. Available from: www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estou-gravida-que-bom-que-preocupacao.aspx.