



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO MIGUEL FONSECA COELHO

***Depressão perinatal
no progenitor do sexo masculino
– Relação com o estigma***

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:
DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA
DRA. CAROLINA SAMPAIO MEDA CABAÇOS

MARÇO / 2021



Partes deste trabalho foram submetidas para apresentação na forma de poster no 21.º Congresso da Associação Mundial de Psiquiatria - "New world, New Challenges for Psychiatry & Mental Health" a decorrer de 18 a 21 de outubro de 2021, online e em Cartagena, na Colombia.

Referências:

Pedro Coelho, Ana Sofia Torres, Carolina Cabaços, Daniela Pereira, Monalisa Barros, António Macedo, Ana Telma Pereira, (2021). Postpartum Depression Screening Scale – Adaptation and validation of a Portuguese version for new-fathers. Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021.

Pedro Coelho, Ana Telma Pereira, Carolina Cabaços, Daniela Pereira, Ana Sofia Torres, António Macedo (2021). Portuguese validation of the Male Depression Risk Scale. Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
RESUMO	6
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	11
PROCEDIMENTO	11
INSTRUMENTOS E MEDIDAS	11
PARTICIPANTES	14
ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	15
RESULTADOS	16
ESTUDO 1. ESTUDOS PSICOMÉTRICOS.....	16
1.1. Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (16) no sexo masculino	16
1.2. Male Depression Risk Scale (MDRS-22) (9)	20
1.3. Validade concorrente	24
ESTUDO 2. CORRELATOS DA PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA PERINATAL NO SEXO MASCULINO.....	25
2.1. Relação entre estigma e PPP-PSM	25
2.2. Regressão linear	25
2.3. Relação das variáveis socio-demográficas e clínicas (HPPLV) com o estigma e a depressão perinatal no PSM	26
DISCUSSÃO	29
CONCLUSÃO	35
AGRADECIMENTOS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	37
ANEXOS:	41
ANEXO I.....	42
ANEXO II.....	43
ANEXO III.....	52
ANEXO IV	54

ABREVIATURAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

CE – Comissão de ética

CFI – Comparative Fit Index

CR – Correr Riscos

DesrFracasso – Desrealização e Fracasso

DifConcentração – Dificuldades de Concentração

DifDormir – Dificuldades em Dormir

DP – Depressão Perinatal

DPP - Depressão Perinatal Paterna

DSM-5 – *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EI – Estigma Individual

ERDP – Escala de Rastreio da Depressão Perinatal

ES – Estigma Social

GFI – Goodness of Fit Index

gl – Graus de liberdade

HPPLV – História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida

IdSuiEstigma – Ideação Suicida e Estigma

IM – Índices de Modificação

M – Média

Máx – Máximo

MDRS - *Male Depression Risk Scale*

Mín – Mínimo

PDD - *Perceived Devaluation and Discrimination scale*

PPP – Perturbação Psicológica no Pós-parto

PSM – Progenitor do Sexo Masculino

RA – Raiva e Agressividade

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SE – Supressão Emocional

SM – Sexo Masculino

SS – Sintomas Somáticos

TLI – Tucker-Lewis Index

UA – Uso de Álcool

UD – Uso de Drogas

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

X² - Qui-quadrado

α – Coeficiente alfa de Cronbach

RESUMO

Introdução: A depressão perinatal (DP) no progenitor do sexo masculino (PSM), é nefasta para a saúde mental do pai, da mãe e do bebé. O estigma constitui uma agravante da depressão, sobretudo no homem, que sofre da expressão de equivalentes depressivos, e ainda mais no período perinatal.

Objetivo: Analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreio da Depressão Perinatal no PSM e da versão portuguesa preliminar da *Male Depression Risk Scale* (MDRS-22) e identificar potenciais correlatos da depressão perinatal no PSM, com enfoque no papel do estigma.

Método: Uma amostra de 203 homens, pais de bebés com menos de 13 meses, foi recrutada através das redes sociais. No inquérito de auto-resposta, constava o consentimento informado, questões relativas a variáveis sociodemográficas e história de patologia psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV), a Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (ERDP), a *Male Depression Risk Scale* (MDRS-22) e a *Perceived Devaluation and Discrimination scale* (PDD).

Quanto à relação das variáveis socio-demográficas e clínica (HPPLV) com o estigma e a depressão perinatal no PSM foram obtidos coeficientes de correlação e testados modelos de regressão linear.

Resultados: A ERDP apresentou boa validade de constructo e coeficiente alfa de Cronbach de .952, com todos os itens da escala contribuírem para a consistência interna total e dimensional. Os valores de alfa de Cronbach apresentados pelas dimensões foram também classificados de “muitos bons”.

A MDRS-22, apresentou validade de constructo aceitável e alfa de Cronbach de .924, sendo que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional. Os valores de alfa de Cronbach apresentados pelas dimensões foram também classificados de “muitos bons”.

A idade inferior constitui um preditor significativo da sintomatologia depressiva medida pela ERDP.

As componentes do estigma atuaram como preditores das escalas MDRS e ERDP e de parte das dimensões, à semelhança da HPPLV.

Conclusão: A ERDP e a MDRS-22 poderão ter boa utilidade no rastreio da DPP no PSM, pela sua considerável validade de construto, concorrente e fidelidade. A idade inferior e a HPPLV foram considerados preditores de sintomatologia depressiva em múltiplas dimensões. O estigma, social ou de auto-estigma, constitui um preditor de sintomatologia depressiva, reforçando a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção do estigma neste grupo populacional.

Palavras-chave: depressão, estigma, perinatal, sexo masculino.

ABSTRACT

Introduction: Paternal Perinatal Depression (PPD) is a nefarious entity for men's, mother's, and children's mental health. Stigma is responsible for aggravating depression, especially in men, on whom it can express through specific male-type symptoms, specially during the perinatal period.

Objective: Analyzing the psychometric properties of the Perinatal Depression Screening Scale (PDSS) on the male progenitor and of the preliminary Portuguese version of the Male Depression Risk Scale (MDRS-22) and identifying PPD's potential correlates, focusing on stigma.

Methods: A sample of 203 men who were fathers of children under 13 months of age, was recruited through social media. We held a survey, with an informed consent, with question regarding sociodemographic variables, history of psychiatric pathology, the PDSS, MDRS-22 and the *Perceived Devaluation and Discrimination scale* (PDD).

Pertaining the sociodemographic and clinical history variables' interaction with stigma and PPD, correlation coefficients were obtained, and a linear regression analysis was tested.

Results: The PDSS presented good construct validity and a Cronbach's alfa coefficient of .952, in which all the scale's items contributed to its total and dimensional internal consistency. Its dimensions Cronbach's alfa coefficient was also "very good".

The MDRS-22 presented acceptable construct validity and a Cronbach's alfa coefficient of .924, in which all the scale's items contributed to its total and dimensional internal consistency. Its dimensions Cronbach's alfa coefficient was also "very good".

Young age is a significant predictor of depressive symptoms, as measured by the PDSS.

Stigma's dimensions, acted as predictors of the MDRS-22's and ERDP's scores and of some of their subscales, as did the clinical variables.

Conclusion: The PDSS and the MDRS-22 may have potential use on PPD's screening, due to their considerable construct and concurrent validity and reliability. Younger age and clinical variables were considered predictors of depressive symptoms in many dimensions.

Stigma, whether social or self-stigma, is also a predictor of depressive symptoms, thus, reinforcing the need for stigma prevention strategies in this populational group.

Keywords: depression, stigma, perinatal, male sex

INTRODUÇÃO

A paternidade tem o potencial de constituir uma fase única e especial do projeto de vida dos indivíduos do sexo masculino, mas sujeita igualmente aos riscos e particularidades do período perinatal, nomeadamente o surgimento ou recidiva de perturbação psicológica (1,2). Com uma prevalência estimada entre 8.4% e 10.4% (3,4), a depressão perinatal/DP no progenitor do sexo masculino/PSM, embora menos comum do que na mulher, assume um potencial nefasto para o comportamento emocional, funcionamento social e risco de distúrbios psiquiátricos na criança (2,5), para além do custo social e humano inerente à saúde mental do indivíduo. De acordo com a literatura, são já conhecidos alguns fatores de risco para a DP no PSM: para além de DP na mãe da criança, também fatores sociodemográficos como baixo rendimento, preocupação com a situação financeira, baixo grau de formação, idade jovem e falta de apoio social; e fatores psicológicos como má relação com a parceira e história de depressão. (6)

A depressão major assume características particulares neste setor da população, como a possível incapacidade ou demora no reconhecimento dos sintomas emocionais inerentes a esta patologia e o facto de mesmo quando reconhecidos, sofrerem de uma demorada ou ausente procura de cuidados de saúde, elevando o risco de exacerbações. (7) Adicionalmente, os papéis de género concorrem para agravar a sensibilidade da capacidade de deteção da depressão major, sendo estes sujeitos movidos pela concordância social de que os homens devem abster-se de pedir ajuda, sendo autónomos, autossuficientes, estoicos e emocionalmente suprimidos. Este tipo de visão com base nos papéis de género tradicionais correlaciona-se com negação ou ocultação de doença, com dificuldades na instituição de tratamento e com um tipo de apresentação sintomática focada na somatização e modificação de comportamentos. (7,8) De entre os estados emocionais negativos, a raiva é a única emoção cuja expressão é aceite com base nos papéis de género, sendo a procura de comportamentos de risco e abuso de álcool e substâncias considerados equivalentes depressivos. (9)

Devemos ter em consideração que embora a prevalência de depressão na mulher seja superior, com estudos a sugerir um rácio de 2 para 1, o risco de suicídio no homem é quatro vezes superior, o que força a reflexão sobre novos métodos, instrumentos de avaliação, caracterização e diagnóstico da depressão no homem. (9)

Acoplada à prevalência de doença mental, surge também o estigma nas suas múltiplas componentes, havendo já evidência de que dificulta o diagnóstico e leva à evicção prematura ou total de tratamento.(10) No caso particular da depressão, este revelou ser uma fonte adicional de sofrimento, constrangimento, vergonha e discriminação, com a capacidade de condicionar os comportamentos individuais. (11)

O estigma refere-se a uma característica de um indivíduo à qual se impõe descrédito e que, como tal, no contexto da saúde mental, parte de uma associação a patologias ou condições sobre as quais um indivíduo tem a capacidade de exercer controlo ou então partem de comportamentos socialmente inaceitáveis. Podemos considerar quatro tipos de estigma: o estrutural, de perceção, o pessoal (ou público) e o auto-estigma, estando estes dois últimos em análise no presente estudo. (12,13) O público corresponde às atitudes e crenças estigmatizantes de uma pessoa relativamente a outras, enquanto o auto-estigma-é a visão estigmatizante que os indivíduos têm sobre eles próprios. À semelhança dos papéis de género tradicionais, também o estigma surge como um fator que prejudica e vincula negativamente o comportamento de procura de ajuda, levando às suas respetivas consequências, por medo de sofrer discriminação e assumir um rótulo de “doente mental”. (13)

Investigar a preponderância destas componentes do estigma na depressão pode ser o primeiro passo para melhorar a deteção e prevenção do estigma neste grupo populacional. (14)

Apesar de universalmente deletério, o estigma é uma agravante mais relevante no sexo masculino, mais associado a atitudes negativas relativamente à depressão e ao tratamento desta, a procura de ajuda dentro dos seus sistemas de suporte pessoais (e não junto de profissionais) devido à interpretação de que procurar cuidados de saúde é um sinal de fraqueza (14). Adicionando a este facto a consideração de que o estigma também agrava a depressão perinatal (15), surge e é incentivada a investigação de como este interfere na soma destes dois fatores e assim explorar a relação do estigma com a depressão perinatal no PSM.

Este estudo surge assim com os objetivos de: analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (ERDP) (16) no PSM; analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa preliminar da *Male Depression Risk Scale* (MDRS-22) (9) e identificar potenciais correlatos da depressão perinatal no PSM, com enfoque no papel do estigma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho insere-se no projeto de investigação intitulado “Perturbação psicológica perinatal no progenitor do Sexo Masculino – Relação com o Estigma” aprovado pela Comissão de Ética da FMUC no dia 25 de novembro de 2020 (CE-138/2020 – *vide* Anexo I).

Procedimento

Todos os participantes deste estudo aceitaram participar de forma voluntária após lhes terem sido explicados todos os procedimentos e objetivos. Os dados deste estudo resultam do preenchimento de questionários de autorresposta por parte dos participantes. O inquérito foi disponibilizado *online*, com recurso ao Google Forms, através de múltiplos canais, como redes sociais, fóruns de paternidade e através de e-mail de pessoas ligadas a *sites* e instituições relacionadas com o tema. Na primeira secção do formulário constava o consentimento informado, onde também se encontrava disposta a informação relativa à segurança e à confidencialidade dos dados, que se manteve ao longo de todo o processo, seguindo todas as normas éticas e legais.

Instrumentos e medidas

1. Variáveis sociodemográficas

Neste grupo incluímos: nacionalidade, escolaridade, idade, situação atual perante o trabalho, estado civil, número de filhos e idade do/a bebé.

No que diz respeito ao estado civil as hipóteses eram cinco: *solteiro/nunca casei; casado/em união de facto; divorciado/separado; viúvo; outro - qual*. Como o intuito destas respostas era saber se o homem se encontrava ou não sozinho, optou-se por aglutinar as opções de acordo com esse critério, convertendo-a numa variável dicotómica (“sozinho” / “não sozinho”).

Quanto à escolaridade existiam sete opções possíveis: *1.º ciclo; 2.º ciclo; 3.º ciclo; secundário;*

licenciatura; mestrado; doutoramento.

Na questão sobre a situação laboral atual as hipóteses de escolha eram: *A trabalhar; De baixa/atestado; Desempregado; Outro-*

2. História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV)

Para a avaliar, utilizaram-se questões baseadas no DSM-5 e já validadas em estudos anteriores. Nesta porção, se a pergunta inicial “Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?” fosse afirmativa seguia-se uma parte aberta onde o participante podia descrever a sua situação. Seguiam-se então três perguntas de resposta binária (“sim” ou “não”): - “Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sente?”; - “Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?”; - “Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?”. Foi considerado que o participante tinha história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida quando assinalava resposta afirmativa quanto à procura de ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou incapacidade.

3. Variáveis psicossociais

3.1. Acontecimento de stresse no último ano

Avaliação através de uma única pergunta tratada de forma dicotómica (“sim” /” não”) -“No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo que lhe causou muito stresse?”.

3.2. Relação com a companheira

“Como descreve a relação com a sua companheira/esposa/namorada?” As respostas eram cotadas de acordo com a seguinte escala: 1- *boa*; 2- *razoável*,3- *má*; 4 -*não tenho companheira/esposa/namorada*.

4. Variáveis relacionadas com a perturbação psicológica perinatal

Para avaliar estas variáveis foram utilizados os seguintes questionários validados ou a validar no âmbito do presente estudo para o período perinatal:

4.1. Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (ERDP) (16)

Os itens presentes nesta escala avaliam sobretudo o componente cognitivo-emocional, relativamente ao somático, expresso pelos pais no último mês, já após o nascimento do seu filho/a. As respostas foram obtidas através de uma escala tipo *Likert*, que varia desde “Discordo muito” (1 ponto) a “Concordo muito” (5 pontos). Um valor mais elevado na escala indica uma maior gravidade da sintomatologia. A ERDP tem sido validada e utilizada com diversas amostras do sexo feminino, sendo a versão reduzida composta por 19 itens a que apresenta melhor validade e fidelidade. (16,17)

4.2. Versão portuguesa preliminar da Male Depression Risk Scale (MDRS-22) (9)

Obtida a autorização para utilizar esta escala junto dos autores da versão original, a mesma foi traduzida para português, com fraseamento e expressões que se adaptassem tanto ao europeu como ao do Brasil, pelo grupo de Saúde Mental Perinatal do IPM, que inclui psicólogas (uma delas brasileira) e psiquiatras com experiência de psicometria e de clínica de doenças afetivas. A MDRS-22 é composta por 22 itens, com uma escala de *Likert* que varia de Nunca (0 pontos) a Sempre (6 pontos) para avaliar a externalização de sintomas de depressão no homem, através dos seguintes domínios/subescalas: supressão emocional, uso de drogas, uso de álcool, raiva e agressividade, sintomas somáticos e correr riscos.

5. Variáveis relacionadas com estigma sobre doença mental

5.1. *Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)* (18)

Foi utilizada a versão Portuguesa (para Portugal e para o Brasil) desta escala (19) de 22 itens, sendo o item 11 subdividido em 11 e 11a, a responder numa escala *Likert* que varia de Discordo muito (1 ponto) a Concordo muito (5 pontos). Tal como a versão original, a

portuguesa avalia duas subescalas: estigma pessoal - o que o participante percebe da sua situação pessoal; e estigma público/social - atitudes e crenças do participante extrapoladas para a sociedade relativamente à sua situação.

Participantes

Participaram 203 homens, com idade média de 34.30 (± 4.48) anos. Maioritariamente, eram de nacionalidade portuguesa (75.9%), mas da amostra também fizeram parte 49 brasileiros (24.1%). A maioria estavam casados ou em união de facto (78.8%), tinham pelo menos o ensino secundário (32.0%) ou mais escolaridade (56.2%), encontravam-se empregados (90.6%) e eram pais de um primeiro (62.6%) ou segundo filho (29.1%). A idade média do último filho aquando da resposta submetida pelo progenitor era de 7.07 (± 3.40) meses.

Destes, 55 (27.1%) referiram história de perturbação psiquiátrica no passado, isto é, já haviam recorrido a ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos, com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou incapacidade para trabalhar, ir à escola ou cuidar de outras responsabilidades. O problema psicológico ou psiquiátrico mais preponderante foi ansiedade (16.9%) seguida de depressão (9.0%).

No momento de resposta ao inquérito, dez participantes (4.9%) referiram estar a tomar medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos, verificando-se que a classe farmacológica mais referida (80%) foi antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS).

Sessenta e três (31.0%) dos participantes referiram ter sofrido um acontecimento de vida negativo causador de muito stresse nos 12 meses prévios ao preenchimento do inquérito.

A grande maioria dos participantes ($n=158$; 77.8%) assinalaram ter uma boa relação com a companheira/esposa/namorada, sendo que 21 dos participantes (10.3%) referiram ter relação razoável e para 24 (11.8%) a relação foi classificada como má.

Em todas estas variáveis sociodemográficas e clínicas não se verificaram diferenças significativas nas suas proporções (testes Qui-Quadrado) e médias (Teste t de Student) entre participantes Portugueses e Brasileiros.

Análise estatística

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS Statistics, versão 26 para Windows.¹³ Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas (nomeadamente para a caracterização sociodemográfica), medidas de tendência central e de dispersão. Para a comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas, entre participantes de Portugal e do Brasil, utilizámos os testes Qui-Quadrado e de Student.

Para realizar a Análise Fatorial Confirmatória, foi usado o software AMOS 27. A violação da distribuição normal foi verificada com os coeficientes de assimetria e curtose, havendo o ajustamento dos modelos sido feito a partir dos índices de modificação superiores a 11, com $p < 0.001$. Para avaliar o ajustamento do modelo fatorial foram usados os seguintes índices: Qui-quadrado (X^2), Qui-quadrado por graus de liberdade (X^2/gf), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Akaike Information Criterion (AIC) e Bayesian Information Criterion (BIC).

A consistência interna foi analisada através dos coeficientes alfa de *Cronbach*. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinaram-se os coeficientes alfa de Cronbach excluindo os respetivos itens, para depois os comparar com o alfa global da dimensão. Para averiguar o poder discriminativo ou validade interna de cada item, os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

Na avaliação da validade convergente, recorreu-se aos coeficientes de correlação de Pearson para as correlações com as variáveis utilizadas como critério. O coeficiente de correlação de Pearson foi também utilizado para a correlação entre pontuações total e dimensionais e totais das escalas em análise. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Pearson, seguimos o critério de Cohen¹⁷: até .20, baixa, aproximadamente .30, moderada, e superior ou igual a .50, elevada.

Foram ainda realizadas análises de regressão linear. Nestas foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade (Tolerância, VIF e Durbin-Watson) e outliers.

RESULTADOS

Estudo 1. Estudos psicométricos

1.1. Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal (16) no sexo masculino

1.1.1. Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória

De forma a testar a estrutura fatorial da ERDP para o PSM foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo obtido com amostras de mulheres no pós-parto (16,17), constituído por quatro fatores.

Este apresentou índices de ajustamento aceitáveis, e todos os itens apresentaram cargas fatoriais superiores a .40 no seu fator (vide Anexo III: Fig. 1; tabela 1).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado dois pares de erros com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco (2013). Estes correspondiam a itens das mesmas dimensões: par 9 (“acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer”) e 12 (“tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa”); par 10 (“senti altos e baixos nas minhas emoções”) e 13 (“quis fazer mal a mim próprio”).

Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 1). Por último, também o modelo de segunda ordem, no qual as quatro dimensões foram agregadas num total de gravidade da sintomatologia psiquiátrica, mostrou índices de ajustamento muito favoráveis (Tabela 1).

Tabela 1. Índices de ajustamento dos modelos testados.

		X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Quatro fatores	Modelo de 1^a ordem	2.5112	.0864	.9324	.9208	.8349
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	bom	bom	sofrível
Quatro fatores (com 2 pares de erros de itens correlacionados)	Modelo de 1^a ordem	2.4514	.0848	.9359	.9239	.8404
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	bom	bom	sofrível
	Modelo de 2^a ordem	2.4953	.0860	.9331	.9216	.8368
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	bom	bom	sofrível

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total da ERDP (Tabela 2) revela que estas são elevadas e significativas ($p < .01$), variando de .663 (entre o total e F3) a .955 (entre o total e F1). As correlações entre os fatores foram significativas, de moderadas a elevadas, variando de .333 (entre F3 e F4) a .839, (entre F1 e F2).

Tabela 2: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais da ERDP.

	ERDP_TOTAL	DesrFracasso	DifConcentração	IdSuiEstigma	DifDormir
ERDP_TOTAL	1				
F1 - DesrFracasso	.955**	1			
F2 - DifConcentração	.927**	.839**	1		
F3 - IdSuiEstigma	.663**	.631**	.515**	1	
F4 - DifDormir	.748**	.599**	.626**	.333**	1

Legenda: DesrFracasso: desrealização e fracasso; DifConcentração: dificuldades de concentração; IdSuiEstigma: ideação suicida e estigma; DifDormir: dificuldade em dormir; ** $p < .01$

1.1.2. Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 3 apresenta o alfa de *Cronbach* para cada item se esse for excluído e a correlação item-total e item-dimensão corrigidas.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (19 itens) foi de .952

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de .40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse.

Nesta tabela podemos também observar os alfas de *Cronbach* das dimensões. Estes revelaram-se muito bons com valores compreendidos entre .820 (Dificuldade em dormir) e .946 (Desrealização e fracasso).

Tabela 3. Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido e item-dimensão corrigida (N=203).

	Correlação item – total corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item	Correlação item – dimensão corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item da dimensão	Média ± Desvio Padrão
F1. Desrealização e fracasso, $\alpha = .946$					
2. já não sabia quem eu era.	.775	.941	.744	.949	1.55 ± .996
3. senti-me um fracasso como pai.	.668	.948	.690	.950	1.65 ± .990
4. senti-me verdadeiramente angustiado (oprimido).	.828	.938	.845	.947	1.92 ± 1.260
5. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	.732	.944	.689	.950	1.55 ± 1.020
6. senti que estava a perder o juízo.	.840	.937	.839	.947	1.81 ± 1.210
7. senti que estava a tornar-me um estranho para mim próprio.	.916	.932	.873	.947	1.61 ± 1.054
11. pensei que estava a enlouquecer.	.891	.934	.857	.948	1.58 ± .999
12. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	.810	.939	.786	.949	1.61 ± 1.063
F2. Dificuldades de concentração, $\alpha = .885$					
10. senti altos e baixos nas minhas emoções.	.735	.858	.778	.949	2.56 ± 1.414
15. senti-me nervoso pela mínima coisa relacionada com o bebé.	.623	.882	.649	.951	2.30 ± 1.232
16. tenho andado muito irritável.	.798	.843	.759	.949	2.20 ± 1.301
17. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	.740	.858	.757	.949	1.84 ± 1.168
20. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	.735	.859	.718	.950	2.32 ± 1.449
F3. Ideação suicida e estigma, $\alpha = .918$					
8. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	.884	.840	.569	.952	1.24 ± .762
13. quis fazer mal a mim próprio.	.825	.889	.598	.952	1.24 ± .708
21. só queria deixar este mundo.	.798	.910	.590	.952	1.23 ± .695
F4. Dificuldade em dormir, $\alpha = .820$					
1. tive dificuldades em dormir mesmo quando o bebé dormia.	.587	.838	.522	.953	2.54 ± 1.387
9. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	.705	.720	.589	.952	2.37 ± 1.374
14. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	.734	.691	.654	.951	2.19 ± 1.337

No anexo IV apresentam-se os valores de referência (valores mínimo, máximo, média e desvio padrão) da ERDP e das suas dimensões nos PSM.

1.2. *Male Depression Risk Scale (MDRS-22)* (9)

1.2.1. Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória

De forma a testar a estrutura fatorial da MDRS-22 para PSM, em português, foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo obtido com uma amostra de 386 homens e validade por AFC com uma amostra de 499 homens e 291 mulheres (9), constituído por seis fatores.

Este apresentou índices de ajustamento aceitáveis, e todos os itens apresentaram cargas fatoriais superiores a .40 no seu fator (vide Anexo III: Fig. 2; tabela 4).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado quatro pares de erros com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco (2013). Estes correspondiam a itens das mesmas dimensões: par 16 (“Eu corri riscos desnecessários”) e 18 (“Eu recorri a drogas para lidar com meus problemas”); par 17 (“Eu tentei ignorar que me sentia em baixo”) e 18; par 17 e 19 (“Eu ataquei verbalmente outros, sem que me tivessem provocado”); par 18 e 19.

Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 4). Por último, também o modelo de segunda ordem, no qual as quatro dimensões foram agregadas num total de gravidade da sintomatologia psiquiátrica, mostrou índices de ajustamento muito favoráveis (Tabela 4).

Tabela 4. Índices de ajustamento dos modelos testados.

		X ² /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Quatro factores	Modelo de 1^a ordem	3.4844	.1109	.8739	.8491	.7798
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	inaceitável	sofrível	mau	mau
Quatro factores (com 6 pares de erros de itens correlacionados)	Modelo de 1^a ordem	3.1892	.1041	.8923	.8677	.7975
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	sofrível	sofrível	mau
	Modelo de 2^a ordem	3.944	.1207	.8482	.8220	.7994
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		sofrível	inaceitável	sofrível	sofrível	mau

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total da MDRS-22 (Tabela 5) revela que estas são elevadas e significativas ($p < .01$), variando de .478 (entre o total e F2) a .873 (entre o total e F4). As correlações entre os fatores foram significativas, de moderadas a elevadas, variando de .139 (entre F2 e F5) a .656, (entre F1 e F4).

Tabela 5: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais da MDRS-22

	MDRS TOTAL	SE	UD	UA	RA	SS	CR
MDRS_TOTAL	1						
F1 - SE	.837**	1					
F2 - UD	.478**	.189**	1				
F3 - UA	.638**	.397**	.484**	1			
F4 - RA	.873**	.656**	.405**	.443**	1		
F5 - SS	.797**	.639**	.139*	.297**	.629**	1	
F6 - CR	.716**	.446**	.606**	.472**	.653**	.427**	1

Legenda: SE: supressão emocional; UD: uso de drogas; UA: uso de álcool; RA: raiva e agressividade; SS: sintomas somáticos; CR: correr riscos; **p<.01; *p<.05

1.2.2. Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 6 apresenta o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído e a correlação item-total e item-dimensão corrigidas.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (22 itens) foi de .924

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de .40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse.

Nesta tabela podemos também observar os alfas de *Cronbach* das dimensões. Estes revelaram-se muito bons com valores compreendidos entre .778 (Supressão emocional e Comportamentos de risco) e .934 (Raiva e agressividade).

Tabela 6. Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido e item-dimensão corrigida (N=203).

	Correlação item – total corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item	Correlação item – total dimensional corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item da dimensão	Média ± Desvio Padrão
F1. Supressão emocional, $\alpha = .778$					
1. Eu suprimi os meus sentimentos negativos.	.481	.783	.357	.929	1.80 ± 1.899
2. Eu escondi as minhas dificuldades.	.740	.639	.630	.921	1.55 ± 1.692
8. Eu tive de resolver os problemas sozinho.	.512	.760	.622	.921	1.45 ± 1.747
17. Eu tentei ignorar que me sentia em baixo.	.627	.706	.780	.917	.94 ± 1.527
F2. Uso de drogas, $\alpha = .923$					
13. Eu procurei drogas.	.820	.928	.395	.924	.13 ± .692
18. Eu recorri a drogas para lidar com meus problemas.	.908	.859	.444	.924	.07 ± .517
22. Consumir drogas deu-me alívio temporário□.	.845	.888	.422	.924	.09 ± .599
F3. Uso de álcool, $\alpha = .892$					
3. Eu bebi mais álcool do que o habitual.	.667	.902	.408	.924	.52 ± 1.069
10. Eu precisei de álcool para me ajudar a descontraír.	.835	.832	.541	.922	.40 ± 1.050
11. Eu precisei de ter fácil acesso a álcool.	.831	.839	.567	.922	.27 ± .879
15. Eu deixei de me sentir tão mal enquanto bebia.	.751	.868	.565	.922	.25 ± .845
F4. Raiva e agressividade, $\alpha = .934$					
12. Eu reagi exageradamente a situações com comportamento agressivo.	.823	.921	.759	.917	.71 ± 1.297
19. Eu ataquei verbalmente outros, sem que me tivessem provocado.	.851	.918	.744	.919	.43 ± 1.033
20. Eu fui verbalmente agressivo para outros.	.881	.901	.787	.917	.69 ± 1.277
21. Foi difícil gerir a minha raiva.	.851	.913	.793	.916	.73 ± 1.368
F5. Sintomas somáticos, $\alpha = .891$					
5. Eu tive mais azia do que o habitual.	.760	.859	.602	.921	.89 ± 1.485
6. Eu tive dores de cabeça habituais.	.685	.891	.531	.923	1.25 ± 1.583
7. Eu tive dores de estômago.	.846	.831	.650	.920	.81 ± 1.319
9. Eu tive dores e desconfortos inexplicáveis.	.765	.857	.805	.916	.80 ± 1.446
F6. Comportamentos de risco, $\alpha = .778$					
4. Eu conduzi de forma perigosa ou agressiva.	.490	.751	.473	.923	.31 ± .837
14. Eu deixei de querer saber das consequências das minhas ações.	.723	.597	.611	.922	.20 ± .683
16. Eu corri riscos desnecessários.	.659	.649	.633	.921	.22 ± .761

No anexo IV apresentam-se os valores de referência (valores mínimo, máximo, média e desvio padrão) da MDRS-22 e das suas dimensões nos PSM.

1.3. Validade concorrente

Na tabela 7 apresentam-se os coeficientes de correlação entre as pontuações totais e dimensionais nas duas escalas, ERDP e MDRS-22.

A ERDP total correlacionou-se positivamente, com magnitude moderada a muito elevada com a MDRS-22 e as suas dimensões, com valores entre .303 (ERDP-total – UD) e .823 (ERDP-total – MDRS-total).

Nas suas dimensões a ERDP também se correlacionou positivamente de forma moderada a muito elevada com MDRS-22 e as suas dimensões, com a exceção de DifDormir e UD (.131).

Tabela 7: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a ERDP, a MDRS-22 e a PDD.

	MDRS_TOTAL	SE	UD	UA	RA	SS	CR	PDD_ES	PDD_EI	PDD_TOTAL
ERDP_TOTAL	.823**	.731**	.303**	.437**	.761**	.690**	.517**	.149*	.208**	.210**
DesrFracasso	.801**	.715**	.317**	.394**	.737**	.682**	.506**	NS	.163*	.174*
DifConcentração	.791**	.724**	.239**	.383**	.753**	.665**	.487**	NS	.228**	.214**
IdSuiEstigma	.511**	.397**	.382**	.334**	.503**	.314**	.425**	NS	NS	NS
DifDormir	.562**	.492**	NS	.384**	.474**	.508**	.302**	.159*	.231**	.229**
PDD_ES	.239**	.203**	NS	.212**	.210**	NS	.239**	1	-	-
PDD_EI	.234**	.260**	NS	.211**	.172*	NS	.154*	-	1	-
PDD_TOTAL	.281**	.273**	NS	.251**	.228**	.152*	.236**	-	-	1

Legenda: SE: supressão emocional; UD: uso de drogas; UA: uso de álcool; RA: raiva e agressividade; SS: sintomas somáticos; CR: correr riscos; DesrFracasso: desrealização e fracasso; DifConcentração: dificuldades de concentração; IdSuiEstigma: ideação suicida e estigma; DifDormir: dificuldade em dormir; ES: estigma social; EI: estigma individual **p<.01; *p<.05; NS: Não significativo

Estudo 2. Correlatos da perturbação psicológica perinatal no sexo masculino

2.1. Relação entre estigma e PPP-PSM

Na tabela 7 apresentam-se as correlações entre a ERDP e as suas dimensões e a PDD e as suas dimensões.

A ERDP correlacionou-se positivamente, com magnitude ligeira, com a PDD e ambas as suas dimensões (ES- Estigma social e EI- Estigma individual).

Nas suas dimensões, a ERDP também se correlacionou com magnitude ligeira a moderada com a PDD e as suas dimensões, com a exceção das dimensões Ideação Suicida e Estigma, que não se correlacionaram nem com a PDD, nem com nenhuma das suas dimensões; as dimensões Desrealização e Fracasso e Dificuldades de Concentração também não se correlacionaram com a dimensão PDD-ES.

Também na tabela 7 apresentam-se as correlações entre a MDRS e as suas dimensões e a PDD e as suas dimensões.

A MDRS correlacionou-se positivamente, de forma moderada com a PDD e ambas as suas dimensões (ES- estigma social e EI- estigma individual).

Nas suas dimensões a MDRS também se correlacionou com magnitude ligeira a moderada com a PDD e as suas dimensões, com a exceção da dimensão Uso de Drogas, que não revelou nenhuma correlação significativa; e da dimensão Sintomas Somáticos, que se correlacionou com o total da PDD, mas não com as suas dimensões.

2.2. Regressão linear

Análises de regressão linear, considerando as dimensões de estigma como VIs (apenas as correlacionadas com as variáveis de depressão) e as de depressão com VDs (Tabela 8) mostraram que o Estigma Pessoal foi preditor da ERDP, das dimensões Dificuldades de Concentração e Dificuldades em Dormir, da MDRS-22 e das dimensões Supressão Emocional, Uso de Álcool, Raiva e Agressividade e Correr Riscos; o Estigma Social foi preditor da MDRS-22 e das dimensões Uso de Álcool, Raiva e Agressividade e Correr Riscos.

Tabela 8: Estatísticas dos modelos de regressão linear das variáveis de estigma (ES e EP) nas pontuações totais e dimensionais na ERDP e na MDRS22.

	Vis: Estigma social (ES) e Estigma pessoal (EP)			
	R ²	Z	p	β, p
ERDP_TOTAL	3.8%	5.041	.007	β _{ES} =NS β _{EP} =.177, p=.021
DifConcentração	4.5%	5.714	.004	β _{ES} =NS β _{EP} =.207, p=.007
DifDormir	4.9%	6.153	.003	β _{ES} =NS β _{EP} =.199, p=.009
MDRS_TOTAL	7.0%	8.579	<.001	β _{ES} =.172, p=.023 β _{EP} =.162, p=.031
SE	6.9%	8.538	<.001	β _{ES} =NS β _{EP} =.213, p=.005
UA	5.4%	6.743	.001	β _{ES} =.151, p=.046 β _{EP} =.148, p=.049
RA	4.3%	5.561	.004	β _{ES} =.167, p=.028 β _{EP} =.103, p=NS
CR	6.1%	6.476	.002	β _{ES} =.212, p=.005 β _{EP} =NS

Legenda: SE: supressão emocional; UD: uso de drogas; UA: uso de álcool; RA: raiva e agressividade; SS: sintomas somáticos; CR: correr riscos; DesrFracasso: desrealização e fracasso; DifConcentração: dificuldades de concentração; IdSuiEstigma: ideação suicida e estigma; DifDormir: dificuldade em dormir; ES: estigma social; EI: estigma individual **p<.01; *p<.05; NS: Não significativo

2.3. Relação das variáveis socio-demográficas e clínicas (HPPLV) com o estigma e a depressão perinatal no PSM

A Idade do bebé e a Situação perante o trabalho (desempregado vs. empregado) não apresentaram coeficientes de correlação significativos com qualquer das variáveis de depressão e estigma.

A idade apenas se correlacionou significativamente e com magnitude ligeira com a pontuação total na ERDP (negativamente, $r=-.146^*$) e com o Estigma social (positivamente, $r=.164$); o mesmo se verificou para o Estado civil, com a pontuação total na MDRS $r=-.139^*$ e com a dimensão SE ($r=-.145^*$).

A escolaridade correlacionou-se significativa e positivamente, como magnitude ligeira (com Estigma social), $r=.168^*$) a moderada (com o Estigma individual e Total, $r=.251^{**}$; $r=.260^{**}$,

respetivamente). Estas duas também se correlacionaram significativa e positivamente com o número de Filhos.

A HPPLV correlacionou-se moderadamente e positivamente com todas as variáveis, exceto com as Dificuldades em dormir (da ERDP), com o Uso de álcool (da MDRS) e com o Estigma social.

A idade (inferior) foi um preditor significativo da sintomatologia depressiva medida pela ERDP ($R^2=1.6\%$, $Z=4.206$, $p=.042$; $B=-.143$), mas não do Estigma social.

O estado civil não se revelou preditor das variáveis de depressão com as quais se correlacionou.

O Número de filhos não foi preditor de Raiva e agressividade.

A HPPLV foi preditor significativo das variáveis com as quais se correlacionou. As estatísticas das equações de regressão linear simples apresentam-se na Tabela 9.

Tabela 9: Estatísticas dos modelos de regressão linear HPPLV nas pontuações totais e dimensionais na ERDP, MDRS22 e PDD.

	VI: HPPLV			
	R ²	Z	p	β
ERDP_TOTAL	7.3%	16.896	<.001	.278
DesrFracasso	7.3%	16.885	<.001	.279
DifConcentração	5.4%	12.627	<.001	.243
IdSuiEstigma	11.1%	26.169	<.001	.339
MDRS_TOTAL	10.9%	25682	<.001	.337
SE	7.2%	16.571	<.001	.276
UD	3.1%	7.542	.007	.190
RA	11.6%	27.441	<.001	.347
SS	4.0%	9.383	.002	.211
CR	6.4%	14.830	<.001	.262
PDD_TOTAL	0.2%	5.331	.022	.161
PDD_EI	3.0%	7.281	.008	.187

Legenda: SE: supressão emocional; UD: uso de drogas; UA: uso de álcool; RA: raiva e agressividade; SS: sintomas somáticos; CR: correr riscos; DesrFracasso: desrealização e fracasso; DifConcentração: dificuldades de concentração; IdSuiEstigma: ideação suicida e estigma; DifDormir: dificuldade em dormir; ES: estigma social; EI: estigma individual; HPPLV: História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida; **p<.01; *p<.05; NS: Não significativo

DISCUSSÃO

Este trabalho de investigação, inserido no projeto intitulado “Perturbação psicológica perinatal no progenitor do Sexo Masculino – Relação com o Estigma” tinha três objetivos: 1) analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal (16) no PSM; 2) analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa preliminar da *Male Depression Risk Scale* (MRSS-22) (9); e 3) identificar potenciais correlatos da depressão perinatal no PSM, com enfoque no papel do estigma relacionado com a doença mental. Sendo de primordial importância explorar e compreender melhor os fatores de risco e características da perturbação psicológica no PSM, este estudo assume grande relevância, por colmatar importantes lacunas e acrescentar evidências válidas e rigorosas ao conhecimento atual. Por um lado, a análise da ERDP permite uma maior compreensão da aplicabilidade desta escala no PSM e potencialmente estabelecer comparações entre os resultados apresentados em amostras de homens *versus* mulheres; por outro, a análise da MDRS-22 nesta amostra fornece-nos uma visão particular sobre o uso de uma escala especificamente desenhada para a depressão em sujeitos do sexo masculino, na língua portuguesa, numa população específica e ainda pouco explorada em termos de investigação, como é o PSM, nomeadamente no período perinatal. É, pois, graças à validade e aplicabilidade destas escalas que foi também possível identificar correlatos e potenciais fatores de risco da DP no PSM. Adicionalmente, o estudo da relação com o estigma sobre doença mental pode ser um valioso auxiliar no desenvolvimento de estratégias que visem a redução de crenças e atitudes estigmatizantes, com vista ao incentivo da procura de ajuda e, conseqüentemente, à melhoria do bem-estar e saúde mental nesta população.

Começámos por analisar as propriedades psicométricas dos dois instrumentos a validar no âmbito do presente trabalho para a população em estudo. Para tal, procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória, com base em modelos obtidos em estudos prévios (REF).

A ERDP, uma escala multidimensional constituída por quatro fatores, revelou boa validade de constructo. Foram identificados os IM, tendo correlacionado dois pares de erros, procedimento que melhorou os índices de ajustamento, tal como o modelo de segunda ordem que mostrou índices de ajustamento muito favoráveis. Relativamente à fidelidade, a avaliação da consistência interna demonstrou um coeficiente alfa de Cronbach de .952 (muito bom), sendo que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional.

Adicionalmente, os valores de alfa de Cronbach apresentados pelas dimensões foram também classificados de “muitos bons”.

A MDRS-22, um instrumento que avalia seis dimensões, apresentou validade de constructo aceitável. Foram identificados os IM, tendo correlacionado quatro pares de erros, procedimento que demonstrou índices de ajustamento aceitáveis. O modelo de segunda ordem mostrou índices de ajustamento muito favoráveis. Relativamente à fidelidade, a avaliação da consistência interna demonstrou um coeficiente alfa de Cronbach de .924 (muito bom), sendo que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional. Adicionalmente, os valores de alfa de Cronbach apresentados pelas dimensões foram também classificados de “muitos bons”.

Em termos da validade concorrente, a ERDP total correlacionou-se positivamente, com magnitude moderada a muito elevada com a MDRS-22 e as suas dimensões, com valores entre .303 (ERDP-total – UD) e .823 (ERDP-total – MDRS-total). Relativamente às suas dimensões a ERDP também se correlacionou positivamente de forma moderada a muito elevada com MDRS-22 e as suas dimensões, com a exceção de DifDormir - UD (.131).

Quando comparados com os da versão original, para o sexo feminino (16,17), os índices de ajustamento da ERDP apresentam-se igualmente como muito favoráveis. Está igualmente presente boa fidelidade, sendo o coeficiente alfa de Cronbach da totalidade da escala ($\alpha=0.92$) inferior ao nosso. Ao analisar a consistência interna das suas dimensões, em ambos os estudos houve contribuição de todos os itens sendo, no entanto, os valores do coeficiente alfa de Cronbach mínimo e máximo foram mais reduzidos na versão original (.53 e .78).

Mais relevante é que a pontuação média do total da escala na amostra de mulheres do pós-parto ($M=28.16\pm dp$) aproxima-se do dobro da média que verificámos para o sexo masculino. (20) Isto mostra que, globalmente, a sintomatologia depressiva perinatal, de natureza cognitivo-afectiva, parece ser superior no sexo feminino.

Quando comparado com a versão original (9), que defende a MDRS-22 como um bom modelo para a avaliação de depressão nos homens, os índices de ajustamento apresentam-se igualmente como satisfatórios, apenas destacando que o CFI e o TLI, que neste estudo revelam um ajustamento sofrível, quando comparados com a classificação de ajustamento bom da versão original; também o RMSEA, que apesar de ser igualmente aceitável, na versão original aproxima-se mais de ser classificado de muito bom (RMSEA=.068).

Adicionalmente, um estudo realizado com recurso à MDRS-22 aplicado em 1000 homens canadianos (para avaliação da sensibilidade e especificidade da identificação de homens com tentativas de suicídio recente) (21), demonstra resultados compatíveis com os deste estudo, relativamente a esta escala, nomeadamente a boa fidelidade, sendo o coeficiente alfa de Cronbach da totalidade da escala ($\alpha=0.95$) superior ao nosso. Ao analisar a consistência interna das suas dimensões, em ambos os estudos houve contribuição de todos os itens sendo, no entanto, os valores do coeficiente alfa de Cronbach mínimo e máximo mais reduzidos na nossa análise.

Mantendo a comparação com o mesmo estudo, o valor médio total que obtivemos com a nossa amostra de PSM corresponde a sensivelmente 45% do valor médio do estudo com a amostra canadiana ($M=31.80$), existindo uma redução do valor da média de todas as dimensões. Perante as relações significativas que encontramos com o estigma, podemos hipotetizar que, mesmo tendo sido o estudo anónimo, os nossos participantes possam ter diminuído o seu sofrimento, até mesmo no auto relato dos seus sintomas.

Poderá ser relevante num estudo futuro testar a acuidade para o rastreio de depressão perinatal no PSM, recorrendo à metodologia das curvas ROC. Isto exigirá como *gold standard* a realização de uma entrevista psiquiátrica estruturada ou semi-estruturada por um clínico experiente. No entanto, tendo obtido uma estrutura dimensional exatamente igual às obtidas para o sexo feminino, e pontuações médias também aproximadas, pensamos que enquanto não avançamos com esse estudo operativo, os pontos de corte previamente identificados para as mulheres, possam ser utilizados como indicadores de gravidade clinicamente relevante.

Neste ponto da reflexão acerca dos nossos resultados, importa questionar que, se a MDRS-22 demonstrou boa validade (9,21,22) e avalia outras dimensões de equivalentes depressivos, pondo potencialmente em causa a validade dos critérios de diagnóstico no sexo masculino, a utilização destes para fins clínicos e/ou de investigação continuará a ser um problema de difícil resolução.

No caso da MDRS-22, apesar de as estruturas dimensionais serem iguais à da versão original, o facto de haver uma divergência no valor das médias poderá justificar um ajuste respetivo nos pontos de corte.

Fatores como a elevada validade de construto de ambas as escalas e as elevadas correlações entre ambas, indicam que estas podem ser usadas como métodos de avaliação da depressão (perinatal) no homem. A sua capacidade para tal é fortalecida pelas características e focos de ambos os instrumentos, sendo que por um lado a ERDP tem maior poder de investigação sobretudo quanto aos sintomas cognitivo-afetivos e por outro, a MDRS explora outras dimensões da desregulação emocional no sujeito do sexo masculino. Poderá ser interessante aplicar esta avaliação numa amostra de homens fora do período perinatal de forma a comparar a sua validade e, principalmente as pontuações médias, confirmando assim se estas são mais elevadas no período perinatal, como referido na literatura.

No caso da ERDP, uma vez que se relaciona especificamente com a depressão perinatal, poderá ser interessante e proveitoso comparar os seus resultados em ambos os progenitores, tendo em conta as pontuações totais, dimensionais e até item a item.

Estes estudos visam colmatar importantes lacunas na avaliação da depressão, incluindo a depressão perinatal no sexo masculino, acabando também por fazer progredir o conhecimento acerca da mesma.

O nosso estudo 2 constitui nesse sentido um contributo para esta área, tendo sido explorados potenciais correlatos, particularmente o estigma relacionado com a doença mental. Neste caso, confirmou-se que o estigma contribui para a gravidade da sintomatologia depressiva no PSM.

A idade do bebé e a situação perante o trabalho não se correlacionaram significativamente com quaisquer das variáveis de depressão e estigma. Ao traçarmos uma associação entre o desemprego e baixo rendimento, este último surge referido como possível fator de risco quer na depressão perinatal, que na depressão fora deste período. (4,6) Para além disso, o desemprego também já surgiu referido como correlato de sintomas de depressão perinatal. (5) Relativamente à idade do bebé, embora não estabeleça nenhuma correlação significativa, um estudo efetuado em homens irlandeses demonstrou uma diminuição da incidência de DPP no PSM nos segundos seis meses do pós-parto, comparativamente com os seis primeiros meses, o que poderá ser explicada pela adaptação do homem à paternidade. (23)

A idade inferior constitui um preditor significativo da sintomatologia depressiva medida pela ERDP, sendo este achado compatível com o encontrado na literatura. (5) Isto poderá ser potencialmente explicado pelo contexto da idade jovem na paternidade, com menor

estabilidade financeira, maior possibilidade de gravidez não planeada e menor capacidade de situar o seu papel como progenitor.

O estado civil não revelou ser preditor das variáveis de depressão com as quais se correlacionou, no entanto há registos na literatura de o risco de sintomatologia depressiva estar aumentado no homem solteiro, separado ou divorciado. (4,6,23) É de destaque o facto de se ter correlacionado negativamente com a MDRS e com a dimensão SE, algo potencialmente explicado pelo facto de os indivíduos casados, em união de facto ou com uma relação terem maior acesso a apoio emocional e a expressar as suas emoções, ficando mais protegidos da DPP. (23–26)

O número de filhos não foi preditor de raiva e agressividade, sendo esta uma dimensão mais particular do homem no que toca à sintomatologia depressiva. (9) No entanto, o número mais baixo de filhos, compatível com uma diminuição das necessidades e de responsabilidades associadas aos cuidados destes, surgiu na literatura como um possível fator protetor, quando comparando com indivíduos com maior número de filhos. (6)

A HPPLV foi um preditor significativo das variáveis com que se relacionou, algo também reforçado por diversos autores, onde se expõe a ideia de que o período perinatal constitui uma época de maior fragilidade e com aumento de probabilidade de recidiva para homens com história de perturbação psiquiátrica. (5)

No nosso estudo, as componentes do estigma atuaram como preditores das escalas MDRS e ERDP e de parte das dimensões, dependendo do tipo de estigma – Estigma Pessoal ou Estigma Social.

Abordando o estigma pessoal (auto-estigma), este atua como preditor da MDRS-22 total e de algumas das suas dimensões (SE, UA, RA e CR). Este resultado encontra-se em consonância com a literatura, uma vez que o estigma poderá integrar um ciclo vicioso com a depressão, onde se verifica uma internalização das atitudes negativas, mais subjacentes no homem (10), podendo-se associar assim a pontuações mais elevadas de uma escala de depressão dirigida ao homem.

O estigma social, por sua vez, relaciona-se apenas com a MDRS e as dimensões UA, RA e CR, sendo que há registos de que indivíduos deprimidos, para além de valorizarem o estigma

público, também levam a cabo crenças e comportamentos de preconceito e estigma auto-dirigidos. (10)

O auto-estigma também atua como preditor da pontuação da ERDP e das dimensões “Dificuldades de Concentração” e “Dificuldades em Dormir”, sendo que no contexto específico da DP em mulheres, este é um dos mecanismos que diminui a procura de cuidados de saúde (27), e conseqüentemente a possibilidade de se traduzir também aqui em níveis mais elevados de ERDP.

De uma forma global, o estigma constitui uma condicionante à procura de tratamento, que potencialmente poderia ser eficaz contra a sintomatologia depressiva, com aumento do uso de estratégia de *coping* de isolamento e da gravidade da depressão. (10,28)

Adicionalmente, deve ser tido em conta que os diferentes tipos de estigma sofrem de relações e interações complexas, havendo quem aponte no sentido de que o estigma público origina em parte um agravamento ou o surgimento do auto-estigma. (10,12,28)

Como potenciais limitações do estudo, sugerimos o facto dos PSM terem sido recrutados através das redes sociais, já que a difusão do estudo pode ter sido enviesada, atingindo principalmente os homens que usam estas tecnologias digitais. Foram empreendidos grandes esforços para recrutar participantes em creches e centros de saúde, mas as restrições e preocupações impostas pela situação pandémica dificultaram estes propósitos. Para além disso, é de referir que a participação voluntária dos PSM pode conduzir a um viés de seleção pelo que os homens que aceitaram participar poderiam apresentar níveis não representativos de depressão (perinatal) na população em geral.

CONCLUSÃO

Este trabalho parte da premissa de aprofundar o conhecimento e enriquecer o panorama da DPP no PSM, tendo gerado dados com contributo para cimentar raízes para a motivar mais investigação nesta população. A ERDP e a MDRS-22 e a sua aplicação neste contexto poderão incentivar a aplicação de rastreio da DPP no PSM, pela sua considerável validade de construto, concorrente e fidelidade. Quando comparado com estudos que usam estas escalas, os resultados são compatíveis com manutenção de bons parâmetros psicométricos, mas com possível necessidade de ajuste dos pontos de corte. Além dos potenciais benefícios ligados à detecção e intervenção precoce, a a sistematização do rastreio de perturbação psicológica, também no sexo masculino, pode, desde logo, diminuir o estigma.

A idade inferior e a HPPLV reforçam os achados de estudos anteriores, ao serem considerados preditores de sintomatologia depressiva em múltiplas dimensões.

O estigma consoante a sua componente de estigma social ou de auto-estigma, constitui um relevante preditor de sintomatologia depressiva, reforçando a necessidade de procurar e aplicar métodos de prevenção e consciencialização do estigma junto de jovens do sexo masculino e da sociedade em geral.

Este estudo urge à necessidade de alargar a investigação da DPP no PSM, das suas relações com a DP materna, com o estigma, da aplicabilidade da ERDP e MDRS-22 com o seu rastreio e do seu papel no contexto da saúde mental no homem, especificamente no PSM.

AGRADECIMENTOS

À minha família e em particular aos meus pais, Domingos e Fátima, agradeço pela persistência, amor incondicional e por serem os dois grandes motores da minha jornada.

À minha namorada, Susana, agradeço pelo carinho e moral dispensados, nas horas de maior adversidade e incerteza, sempre com a visão de também podermos celebrar as vitórias de todas as dimensões.

Aos amigos que conheci em Coimbra, desde os cantos de Celas, até à calçada da Alta, por caminharem a meu lado no meu percurso e serem o ombro, o empurrão, o riso e os protagonistas de uma parte inesquecível da minha vida.

À Tuna de Medicina da Universidade de Coimbra, pelo escape e pela explosiva infusão de alegria com que enriqueceu a minha passagem pela academia coimbrã.

À Doutora Ana Telma Pereira e Dr^a Carolina Cabaços pelo apoio incansável e disponibilidade, sem as quais o desenvolvimento deste trabalho final seria certamente ainda mais desafiante.

Por fim, a Coimbra, pelo abraço de uma saudade que nunca parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. 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*. 1 de Setembro de 2017;11(5):1376–84.
2. Tambelli R, Trentini C, Trovato A, Volpi B. Role of psychosocial risk factors in predicting maternal and paternal depressive symptomatology during pregnancy. *Infant Ment Health J*. 1 de Julho de 2019;40(4):541–56.
3. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. Vol. 206, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2016. p. 189–203.
4. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. Vol. 303, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. JAMA; 2010. p. 1961–9.
5. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*. 2019;139(4):195–8.
6. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health*. 2018;12(4):720–9.
7. Fields AJ, Cochran S V. Men and Depression: Current Perspectives for Health Care Professionals. *Am J Lifestyle Med*. 2011;5(1):92–100.
8. Cochran S V., Rabinowitz FE. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pract*. 2003;34(2):132–40.
9. Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM. Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord*. 2013;151(3):950–8.

10. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(9):663–70.
11. da Conceição V, Rothes I, Severo M, Griffiths K, Hegerl U, Gusmão R. Depression stigma scale in the Portuguese population: Psychometric properties and construct validation. *medRxiv.* 2020;
12. beyondblue Depression Anxiety. Stigma and discrimination associated with depression and anxiety. 2015;(Phase 2):35.
13. Thorsteinsson EB, Loi NM, Farr K. Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: Non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ.* 2018;2018(11):1–15.
14. Oliffe JL, Ogradniczuk JS, Gordon SJ, Creighton G, Kelly MT, Black N, et al. Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. *Community Ment Health J.* 2016;52(3):302–10.
15. Pereira AT, Soares MJ, Bos S, Marques M, Maia B, Valente J, et al. Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *Int J Clin Neurosci Ment Heal.* 2014;(1):10.
16. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health.* 20 de Fevereiro de 2013;16(1):67–77.
17. Marques C, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Macedo A, et al. Confirmatory Factor Analysis of the Postpartum Depression Screening Scale-21 in a Sample of Portuguese Women. *Eur Psychiatry.* 1 de Abril de 2017;41(S1):s241–s241.
18. Link BG. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *Am Sociol Rev.* Fevereiro de 1987;52(1):96.

19. Carolina Cabaços, Pedro Coelho, Ana Telma Pereira, Ana Sofia Torres, Daniela Pereira, António Macedo (2021). *Portuguese version of the Link's Perceived Devaluation and Discrimination Scale: Psychometric study in a sample of university students*. Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021.
20. Ana Telma Pereira, Vasco Nogueira, Mariana Marques, António Macedo (2019). *Psiquiatria perinatal*. In, *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Firmino H, Santiago LM, Andrade J, Nogueira V (Coordenadores), pp 289-306. Lidel, Lisboa.
21. Rice SM, Ogrodniczuk JS, Kealy D, Seidler ZE, Dhillon HM, Oliffe JL. Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt. *J Ment Heal*. 2019;28(2):132–40.
22. Rice SM, Kealy D, Seidler ZE, Oli JL, Levant RF, Ogrodniczuk JS. Male-Type and Prototypal Depression Trajectories for Men Experiencing Mental Health Problems. :1–15.
23. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*. 2018;56:121–7.
24. Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, Alanazi HA, AlZahrani ZE, Younis SAR, et al. Paternal Postnatal Depression Among Fathers of Newborn in Saudi Arabia. *Am J Mens Health*. 1 de Janeiro de 2019;13(1).
25. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Marttunen M, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord*. 1 de Janeiro de 2020;260:629–37.
26. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res*. 1 de Fevereiro de 2015;78(2):156–61.
27. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):13–23.

28. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1399–405.

ANEXOS:

I - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

II - CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTOCOLO

III - FIGURAS

IV - OUTRAS TABELAS

Anexo I



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **135-CE-2020**

Data **25/11/2020**

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-138/2020).

Investigador(a) Principal: Ana Telma Fernandes Pereira

Co-Investigador(es): António João Ferreira de Macedo e Santos, Carolina Sampaio Meda Cabaços, Ana Isabel Maia Araújo, Daniela Silva Marques Pereira e Mariana Vaz Pires Marques

Título do Projeto: *"Perturbação psicológica perinatal no progenitor do sexo masculino - relação com o estigma".*

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável. No entanto, sugere-se que seja adicionada, no texto de Consentimento Informado, uma estimativa de tempo de resposta aos questionários".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt



PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA PERINATAL NO PROGENITOR DO SEXO MASCULINO (até aos 12 meses do bebé)

É convidado a participar voluntariamente neste estudo por ter sido pai há menos de 13 meses. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a perturbação psicológica dos pais (progenitores do sexo masculino) no período perinatal.

O Investigador ou outro membro da equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não.

Este estudo irá decorrer no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas de instrumentos que avaliam os níveis de perturbação psicológica no período perinatal numa amostra de progenitores do sexo masculino de bebés até aos 12 meses, bem como investigar a sua prevalência, gravidade, interferência e correlatos e relação com o estigma.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e a garantir prova pública dessa proteção. Serão incluídos aproximadamente 300 participantes.

Se aceitar participar iremos solicitar o preenchimento de um questionário de autorresposta cujas perguntas são sobre o modo como se tem sentido.

A sua participação não acarreta qualquer risco.

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao participar neste estudo, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Agradecemos desde já a participação neste estudo.

CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigadoras:

Ana Telma Pereira: apereira@fmed.uc.pt, 964404676

Daniela Pereira: dmpereira4@gmail.com, 917394475

Carolina Cabaços: csm.cabacos@gmail.com; 914665651

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Declaro que recebi informação acerca das circunstâncias da minha participação neste projecto de investigação. Li atentamente e compreendi a informação do Consentimento Informado. Concordo com as condições e desejo participar neste estudo voluntariamente. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e anónima. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação e que não é possível qualquer identificação pessoal.

Reservo o direito de desistir da minha participação a qualquer momento.

Dou o meu consentimento informado e desejo prosseguir para o estudo.

I.

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____

2. Em que país nasceu?

3. Qual é o seu estado civil atual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1. Solteiro

3. Viúvo

2. Casado/ Em união de facto

4. Divorciado/Separado

5. Outro, qual? _____

4. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1. 1º Ciclo (até ao quarto ano)

2. 2º Ciclo (até ao sexto ano)

3. 3º Ciclo (até ao nono ano)

4. Ensino secundário

5. Licenciatura

6. Mestrado

7. Doutoramento

8. Outro, qual? _____

5. Qual é a sua profissão?

5.1. Situação atual perante o trabalho:

1. A trabalhar

3. Desempregado

2. De baixa/atestado

4. Outra, qual? _____

6. Quantos filhos tem? _____ Filhos

7. Quando é que nasceu o/a seu/sua bebé? ____/____/20____

II.

De seguida fazemos algumas perguntas sobre a sua **SAÚDE NO PASSADO** (até ao nascimento deste filho).

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Alguma vez teve um problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

1. Não 2. Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afetiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

1.1. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.2. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.3. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.4. Atualmente toma medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim 1.4.1. Se sim, qual/quais? _____

III.

A. Seguem-se algumas perguntas acerca do **ÚLTIMOS DOZE MESES**.

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

<p>1. No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo <u>que lhe causou muito stresse?</u> (Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido; Doença grave; Desemprego...)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Não	<input type="checkbox"/> 2. Sim
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

<p>2. Como descreve a sua relação com a sua companheira/ esposa/namorada?</p>	<input type="checkbox"/> 1 - Boa	<input type="checkbox"/> 2 - Razoável	<input type="checkbox"/> 3 - Má
	<input type="checkbox"/> 4 - Não tenho companheira/ esposa/ namorada.		

IV.

ERDP

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que os pais podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Escolha a resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido no **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

NO ÚLTIMO MÊS, EU...

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. tive dificuldades em dormir mesmo quando o bebé dormia.	1	2	3	4	5
2. já não sabia quem eu era.	1	2	3	4	5
3. senti-me um fracasso como pai.	1	2	3	4	5
4. senti-me verdadeiramente angustiado (oprimido).	1	2	3	4	5
5. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
6. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
7. senti que estava a tornar-me um estranho para mim próprio.	1	2	3	4	5
8. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
9. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
10. senti altos e baixos nas minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. pensei que estava a enlouquecer.	1	2	3	4	5
12. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
13. quis fazer mal a mim próprio.	1	2	3	4	5
14. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
15. senti-me nervoso pela mínima coisa relacionada com o bebé.	1	2	3	4	5
16. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
17. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
18. senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo bebé.	1	2	3	4	5
19. senti que o bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
20. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
21. só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

MDRS-22

Por favor responda às questões seguintes, seleccionando a opção que melhor descreve a forma como se sentiu e/ou comportou **NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

Utilize a seguinte escala de resposta:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre

- 1 Eu suprimi os meus sentimentos negativos.
- 2 Eu escondi as minhas dificuldades.
- 3 Eu bebi mais álcool do que o habitual.
- 4 Eu conduzi de forma perigosa ou agressiva.
- 5 Eu tive mais azia do que o habitual.
- 6 Eu tive dores de cabeça habituais.
- 7 Eu tive dores de estômago.
- 8 Eu tive de resolver os problemas sozinho.
- 9 Eu tive dores e desconfortos inexplicáveis.
- 10 Eu precisei de álcool para me ajudar a descontraír.
- 11 Eu precisei de ter fácil acesso a álcool.
- 12 Eu reagi exageradamente a situações com comportamento agressivo.
- 13 Eu procurei drogas.
- 14 Eu deixei de querer saber das consequências das minhas ações.
- 15 Eu deixei de me sentir tão mal enquanto bebia.
- 16 Eu corri riscos desnecessários.
- 17 Eu tentei ignorar que me sentia em baixo.
- 18 Eu recorri a drogas para lidar com meus problemas.
- 19 Eu ataquei verbalmente outros, sem que me tivessem provocado.
- 20 Eu fui verbalmente agressivo para outros.
- 21 Foi difícil gerir a minha raiva.
- 22 Consumir drogas deu-me alívio temporário

PDD

Por favor responda às questões seguintes, seleccionando a opção que melhor se aplica a si. Não há respostas certas nem erradas. Pedimos que seja o mais honesto possível nas suas respostas.

Utilize a seguinte escala de resposta:

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito

- 1 A maioria das pessoas aceitaria uma pessoa que no passado teve uma doença mental grave como seu amigo íntimo.
- 2 A maioria das pessoas acredita que uma pessoa que já esteve num hospital psiquiátrico é tão inteligente como a pessoa comum.
- 3 A maioria das pessoas acredita que uma pessoa que já esteve hospitalizada devido a uma doença mental grave é tão digna de confiança quanto o cidadão comum.
- 4 A maioria das pessoas aceitaria uma pessoa que teve uma recuperação completa de uma doença mental grave como professor numa escola primária.
- 5 A maioria das pessoas acredita que ser admitido num hospital psiquiátrico é um sinal de falhanço pessoal.
- 6 A maioria das pessoas não irá contratar alguém que já esteve internado devido a uma doença mental grave para tomar conta dos seus filhos, mesmo que esta já esteja recuperada e estável há algum tempo.
- 7 A maioria das pessoas tem menos consideração por uma pessoa que já esteve num hospital psiquiátrico.
- 8 A maioria dos empregadores irá contratar alguém que já tenha estado internado devido a uma doença mental grave, se essa pessoa for qualificada para o trabalho.
- 9 A maioria dos empregadores irá descartar a candidatura de uma pessoa que já esteve internada devido a uma doença mental, em favor de outro de candidato.
- 10 A maioria das pessoas da minha comunidade trataria uma pessoa que já esteve internada por doença mental tal como trataria outra pessoa qualquer.
- 11 A maioria das mulheres jovens ficaria relutante em ter um encontro com um homem que já tivesse estado internado devido a uma doença mental grave.
- 11A A maioria das pessoas pensa que uma pessoa que já esteve internada devido a doença mental grave é perigosa e imprevisível.

12 Assim que se sabe que uma pessoa esteve internada num hospital psiquiátrico, a maioria das pessoas levará as opiniões dele(a) menos a sério.

13 Se eu tivesse um familiar próximo, que tivesse recebido tratamento para uma doença mental grave, eu aconselhá-lo-ia a não revelar isso a ninguém.

14 Se eu estivesse a receber tratamento para uma doença mental grave, eu estaria preocupado quanto a certas pessoas descobrirem acerca do meu tratamento.

15 Se eu alguma vez tivesse sido tratado por uma doença mental grave, a melhor coisa a fazer seria manter isso em segredo.

16 Não há motivos para esconder o facto de que uma pessoa já teve uma doença mental numa certa altura da sua vida.

17 Tendo em conta as atitudes negativas da sociedade quanto às pessoas com doença mental grave, eu aconselharia pessoas com doença mental grave a manter isso em segredo.

18 Para poder arranjar um trabalho, uma pessoa com doença mental terá de esconder o seu historial de internamentos psiquiátricos.

19 Eu encorajaria outros membros da minha família a manter a minha doença mental em segredo.

20 Eu acredito que uma pessoa que, no passado, já recuperou de uma doença mental não deveria contar isso a outras pessoas.

21 Se eu tivesse recebido tratamento psiquiátrico no passado, faria um esforço especial para esconder esse facto ao conhecer pessoas pela primeira vez.

Anexo III

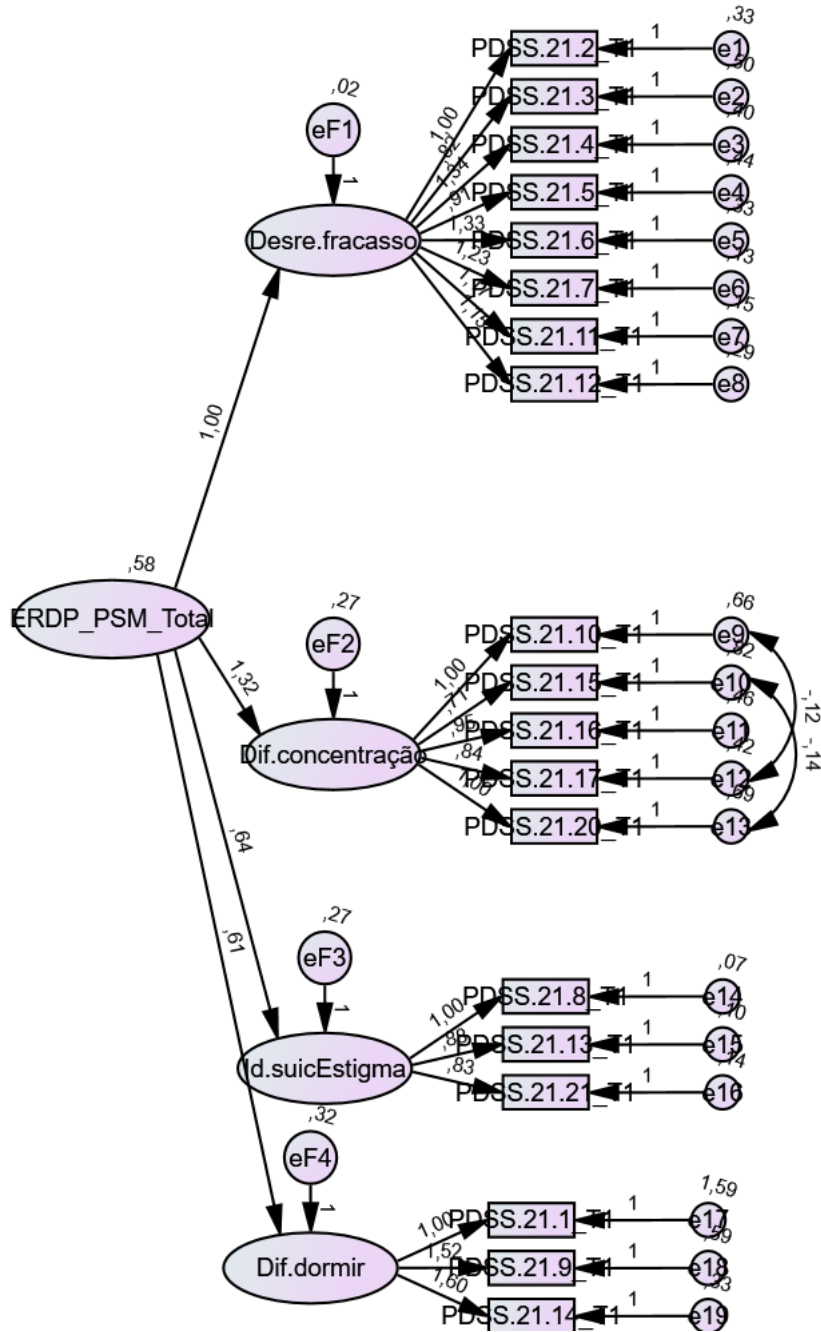


Fig. 1: ERDP-PSM – Modelo fatorial de segunda ordem.

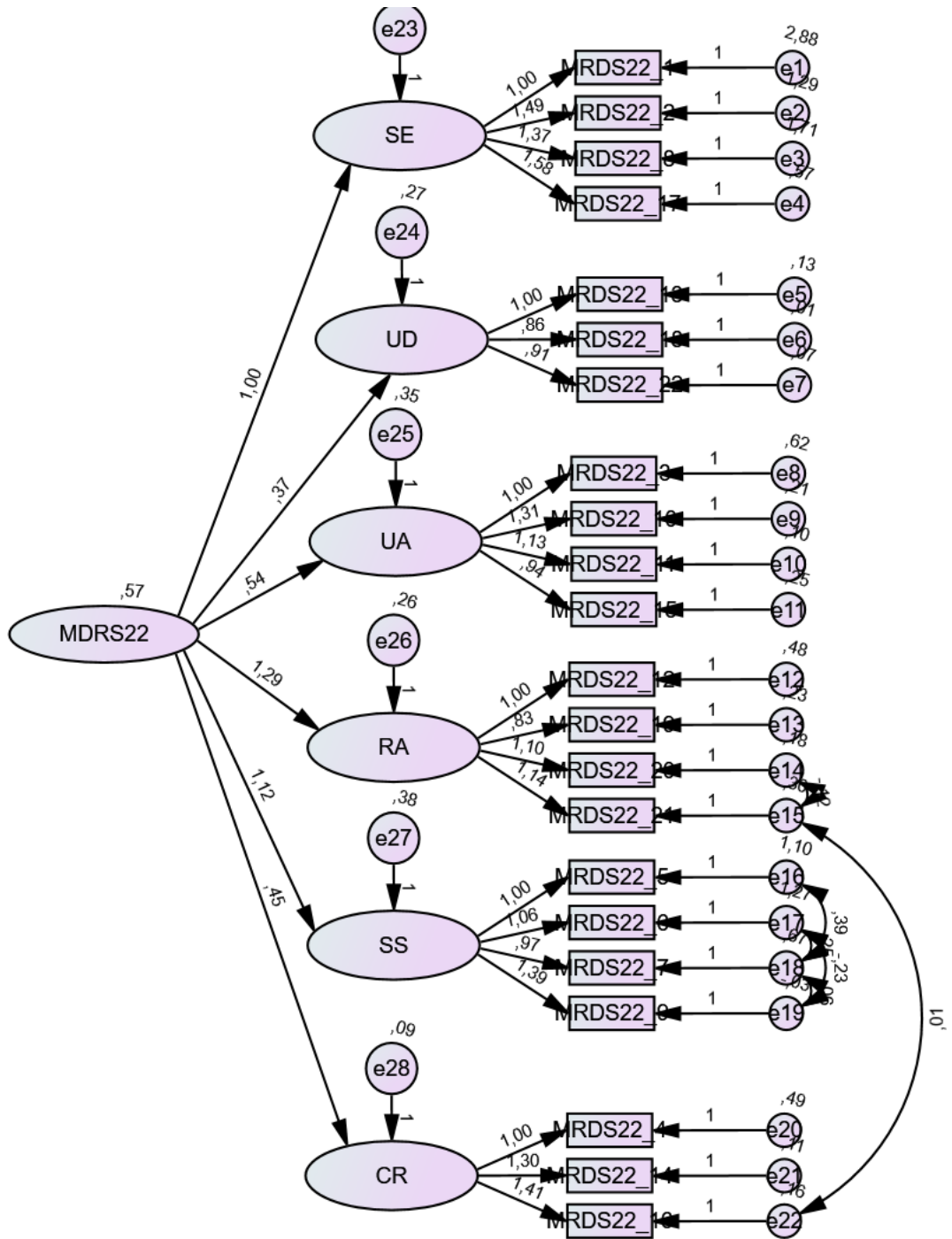


Fig. 2: MDRS22 – Modelo fatorial de segunda ordem

Anexo IV

Na tabela 10 apresentamos os valores de referência da ERDP em PSM.

Tabela 10. Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão da ERDP e das suas dimensões

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
F1 - Desrealização e fracasso	8.00	39.00	13.2709	7.35524
F2 - Dificuldades de concentração	5.00	25.00	11.2167	5.45207
F3 - Ideação suicida e estigma	3.00	15.00	3.7094	2.00723
F4 - Dificuldade em adormecer	3.00	15.00	7.0985	3.51378
ERDP_TOTAL	19.00	91.00	35.2956	16.03373

Na tabela 11 apresentamos os valores de referência da MDRS-22 em PSM.

Tabela 11: Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão da MDRS-22 e das suas dimensões.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
MDRS_TOTAL	.00	94.00	14.5172	16.80799
F1 - Supressão emocional	.00	24.00	5.7389	5.33212
F2 - Uso de drogas	.00	17.00	.2906	1.69427
F3 - Uso de álcool	.00	20.00	1.4483	3.35684
F4 - Raiva e agressividade	.00	24.00	2.5567	4.56856
F5 - Sintomas somáticos	.00	21.00	3.7537	5.07161
F6 - Comportamentos de risco	.00	16.00	.7291	1.90375