



Depressão Perinatal Paterna: fatores de risco

Ana Carolina Moura Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Dr. José Alberto Fonseca Moutinho

Coorientadora: Dra. Ana Sofia Félix Morais

maio de 2020

Agradecimentos

Ao meu orientador, Doutor José Alberto Fonseca Moutinho, pelo interesse, disponibilidade e acompanhamento, que foram fundamentais na elaboração da presente dissertação.

À minha coorientadora, Doutora Ana Sofia Félix Morais, por todo o apoio prestado ao longo da realização deste trabalho e pela oportunidade de beneficiar dos seus conhecimentos.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio e motivação incondicional e por me incentivarem desde sempre a dar o melhor de mim.

Aos meus avôs, por todo o carinho que me deram durante as suas vidas.

Aos meus amigos, por terem tornado estes anos de faculdade inesquecíveis e por terem sido sempre o meu local de abrigo nas alturas mais exigentes.

À C'a Tuna aos Saltos, por todas as aventuras que me ofereceu.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, por toda a sabedoria transmitida e pelo crescimento pessoal que me proporcionou.

Resumo

Introdução | A transição para a parentalidade é um período no qual os homens atravessam vários processos de adaptação, que em certos casos podem conduzir a um desequilíbrio e, por sua vez, à Depressão Perinatal Paterna. Este é um fenômeno de saúde pública que, apesar de clinicamente negligenciado, apresenta uma prevalência estimada entre 8,4% e 10,4%, segundo duas meta-análises, entre os pais durante o período perinatal, merecendo a atenção da sociedade e os profissionais de saúde.

Objetivos | Análise descritiva da atual evidência científica sobre a Depressão Perinatal Paterna, identificando a prevalência, fatores de risco e impacto no indivíduo, sociedade e sistemas de saúde.

Metodologia | Para a elaboração desta revisão bibliográfica foi efetuada uma pesquisa, durante os meses de maio a dezembro de 2019, na PubMed e no UpToDate, bem como em livros e normas de orientação da Direção-Geral da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Resultados e Discussão | A Depressão Perinatal Paterna é uma patologia pouco reconhecida e até subdiagnosticada, porém tem merecido o interesse científico no sentido de avaliar os seus fatores de risco. Foram identificados diversos fatores de risco para a Depressão Perinatal Paterna, que podem ser divididos em: individuais; socioculturais; relacionados com a gravidez; psiquiátricos; e hormonais. A concomitância de depressão materna é o principal fator de risco, em que o homem apresenta risco superior, cerca de 50%, de desenvolver Depressão Perinatal Paterna. Além disso, também têm sido estudadas as potenciais consequências da Depressão Perinatal Paterna nas crianças, demonstrando-se que os pais apresentam um papel de grande relevo no desenvolvimento dos filhos e quando os homens experienciam depressão perinatal as suas crianças revelam consequências negativas no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e comportamental. Estes indícios, por sua vez, assinalam a necessidade de trazer a Depressão Perinatal Paterna para o centro da discussão e tomar medidas que possibilitem a prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento adequados.

Conclusão | Tendo em conta a prevalência da Depressão Perinatal Paterna, justifica-se a existência de medidas que promovam o aumento da consciencialização da comunidade médica e o reconhecimento precoce desta entidade clínica. Estas medidas devem passar pela reformulação de políticas de saúde pública e implementação dos questionários de rastreio da Depressão Perinatal Paterna e divulgação de informações relativas à prevalência, aos fatores de risco e às possíveis consequências da Depressão Perinatal Paterna, através dos diversos meios disponíveis (panfletos, cartazes, anúncios televisivos, via telemóvel ou sessões presenciais) com vista a alcançar a população masculina.

Palavras-chave

Depressão perinatal; depressão paterna; homem; pai; fatores de risco

Abstract

Introduction | The transition to parenthood is a period in which men go through various life changing processes, that in certain cases may lead to an unbalance and, in turn, to Paternal Perinatal Depression. This is a public health phenomenon that, despite being clinically neglected, has an estimated prevalence between 8.4% and 10.4%, according to two metanalysis, among parents during the perinatal period, deserving the attention of society and health professionals.

Objectives | This dissertation aims at a descriptive analysis of scientific evidence on Paternal Perinatal Depression, identifying the prevalence, risk factors and the impact on individuals, families, society and health systems.

Methodology | Since May 2019 up until December 2019 a wide search for credible sources occurred in order to develop this dissertation. The sources used included PubMed and UpToDate, as well as books and guidelines from the Direção-Geral da Saúde and World Health Organization.

Results and Discussion | Although the Paternal Perinatal Depression is an unrecognized and underdiagnosed pathology, there has been an increasing number of studies evaluating its risk factors. Several risk factors were identified for Paternal Perinatal Depression, which can be divided in individual, sociocultural, related to pregnancy, psychiatrics and hormonals. The concomitance of maternal depression is the main risk factor, in which men have a higher risk, about 50%, of developing Paternal Perinatal Depression. In addition, its potential effects have also been studied, indicating that fathers play a major role in children's development and when they experience perinatal depression, their children exhibit negative physical, cognitive, emotional and behavioral development. In turn, these indications point out the need to bring Paternal Perinatal Depression to the center of the discussion and to take measures that facilitate adequate prevention, screening, diagnosis and treatment.

Conclusion | Considering the prevalence of the Paternal Perinatal Depression, it justifies the existence of measures that promote increased community awareness and early recognition of the Paternal Perinatal Depression. These measures include the reform of public health policies and the implementation of screening questionnaires for Paternal Perinatal Depression, the dissemination of information related to the prevalence, risk factors and possible consequences of Paternal Perinatal Depression, through the means available (pamphlets, posters, television, cell phones or face-to-face sessions) in order to reach the male population.

Keywords

Perinatal depression;paternal depression;man;father/dad;risk factors.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1 Causas da Depressão Perinatal Paterna | 1 |
| 1.2 Prevalência da Depressão Perinatal Paterna | 2 |
| 2. Objetivos e Metodologia | 5 |
| 2.1 Objetivos | 5 |
| 2.2 Metodologia | 5 |
| 3. Resultados e Discussão | 7 |
| 3.1 Sintomatologia e Género | 7 |
| 3.2 Rastreio da Depressão Perinatal Paterna | 7 |
| 3.3 Fatores de Risco | 9 |
| 3.3.1 Fatores Individuais | 10 |
| 3.3.2 Fatores Socioculturais | 12 |
| 3.3.3 Fatores Relacionados com a Gravidez | 13 |
| 3.3.4 Fatores Psiquiátricos | 14 |
| 3.3.5 Fatores Hormonais | 15 |
| 3.4 Impacto no Contexto Clínico | 16 |
| 3.5 Impacto no Sistema de Saúde | 17 |
| 4. Conclusão | 21 |
| Referências Bibliográficas | 23 |
| Anexos | 29 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 : Comparação entre as escalas de rastreio da DPP (GMDS e EPDS)..... | 8 |
| Tabela 2 : Resumo dos Fatores de Risco | 10 |

Lista de Acrónimos e Siglas

| | |
|--------|--|
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| DPP | Depressão Perinatal Paterna |
| DSM | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais |
| EPDS | Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo |
| EPDS-P | Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo - Parceira |
| GMDS | Escala de Depressão Masculina de Gotland |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

1. Introdução

1.1 Causas da Depressão Perinatal Paterna

Historicamente, os homens, quanto à parentalidade, eram vistos como os patriarcas que detinham o controlo sobre as suas famílias, servindo como modelos de género e não como cuidadores. No entanto, os pais contemporâneos têm enfrentado uma nova realidade. Atualmente, assiste-se a uma mudança na dinâmica familiar, em que os pais abandonam o papel de figura autoritária e começam a partilhar os deveres parentais com a sua parceira ou cônjuge. Esta partilha de deveres prende-se principalmente com dois aspetos: as mudanças nos padrões de empregabilidade parental, em que as mulheres exibem um papel cada vez mais ativo na sociedade e há cada vez mais mulheres com empregos remunerados, e com as mudanças nas expectativas culturais dos homens enquanto pais, em que se espera destes um maior envolvimento nos cuidados infantis e apoio à sua parceira na transição para a maternidade.¹⁻³

A transição para a parentalidade é um período transformador na vida do homem em idade reprodutiva, mais do que qualquer outro estadio de desenvolvimento no ciclo da sua vida.^{2,4,5} Durante este período, ocorrem no pai várias mudanças hormonais e neurais que auxiliam a aquisição de novas competências parentais e a adaptação a um novo estilo de vida, de forma a ultrapassarem os novos desafios e a assumirem a responsabilidade por uma nova vida.^{4,6-8} No entanto, apesar desta transição ser vista como um evento de vida extremamente recompensador, o pai enfrenta processos de reorganização profundos em que as demandas crescentes do novo bebé face aos recursos psicológicos do homem, aumentam a sua vulnerabilidade ao aparecimento de um primeiro episódio, ou recidiva, de doença psiquiátrica.⁹⁻¹¹ Por sua vez, os homens com experiência parental prévia ou aqueles em que o papel de pai já é uma componente bem desenvolvida da sua identidade têm apresentado maior destreza na transição para a parentalidade.¹²

O conceito de Depressão Paterna surgiu em 1990, sendo inicialmente apenas referido ao período pós-parto.¹ Na quinta edição da DSM, em 2013, o especificador “início periparto”, contempla para além das quatro semanas após o parto, toda a gravidez, sendo reforçada a importância do período perinatal e não só do pós-parto.¹³ Contudo, e apesar do recente interesse na DPP, a quinta edição da DSM continua a referir-se apenas à experiência materna.¹³ Embora esteja subdiagnosticada, a relevância da

depressão paterna tem incentivado o aumento de publicações sobre o tema e o seu reconhecimento como problema de saúde pública major.^{1,14,15}

Assim, é importante avaliar a saúde mental de cada pai e atentar a potenciais fatores de risco para a DPP, pois a sua detecção e tratamento precoces irão impedir ou diminuir o impacto negativo desta no indivíduo e família.¹⁶⁻¹⁸

1.2 Prevalência da Depressão Perinatal Paterna

A depressão materna tem sido largamente estudada nas últimas décadas, ao contrário da DPP que começou a ser estudada mais recentemente, e afirma-se que os sintomas depressivos maternos são mais comuns e mais severos durante o primeiro e terceiro trimestres da gravidez, em comparação com o período pós-parto.^{9,19}

Atualmente, a depressão materna é reconhecida como a patologia psiquiátrica mais prevalente durante a gravidez em todo o mundo, com valores de prevalência que variam de 10% a 20%.¹⁹

Relativamente à DPP, a investigação tem-se mostrado inconsistente em termos de estimativas de prevalências, pois existe uma heterogeneidade entre os vários estudos quanto à clínica, método estatístico, amostras usadas, duração da clínica e cultura da população em estudo, pelo que possivelmente os problemas associados à DPP estão atualmente subrastreados, subdiagnosticados e subtratados.²⁰⁻²³

Duas meta-análises avaliaram a prevalência da DPP. A primeira, que se realizou em 2010, considerou a prevalência desde o primeiro trimestre da gravidez até ao primeiro ano pós-parto e revelou uma prevalência de 10.4%²⁰ no homem. Observaram-se taxas consideravelmente mais baixas nos primeiros três meses pós-parto (7.7%)²⁰ e taxas mais altas entre o terceiro e o sexto meses pós-parto (25.6%).²⁰ Na segunda meta-análise, realizada em 2016, a prevalência estimada para o mesmo intervalo de tempo foi de 8.4%²², sendo que se reportaram taxas relativamente mais baixas durante o segundo trimestre e nos primeiros três meses pós-parto e taxas mais altas entre o terceiro e o sexto meses pós-parto (13%)²². As meta-estimativas determinadas de 10.4% e 8.4%, correspondem a cerca de metade das taxas registadas para as mães.^{9,22} Em ambas as meta-análises também se constatou que a prevalência era significativamente maior em estudos na América do Norte comparativamente à de outros países.^{20,22}

Em todos os estudos é consensual que a depressão materna apresentava sempre, comparativamente à depressão paterna, valores superiores. Apesar dos valores mencionados não parecerem elevados, se tivermos em conta que as perturbações depressivas têm uma prevalência de 4.4%²⁴ na população mundial e 3.6%²⁴ quando abordamos somente a população masculina, verificamos que a prevalência da depressão paterna é preocupante e deve merecer a devida atenção.^{22,25}

2. Objetivos e Metodologia

2.1 Objetivos

Esta dissertação tem como objetivo uma análise descritiva da atual evidência científica sobre a DPP, quanto à prevalência, aos fatores de risco e respetivo impacto no indivíduo, família, sociedade e sistemas de saúde.

2.2 Metodologia

A elaboração desta revisão bibliográfica teve como base uma pesquisa, durante os meses de maio de 2019 a fevereiro de 2020, nas bases de dados, PubMed e UpToDate, bem como livros e normas de orientação da DGS e OMS. Para além disto, a amostra bibliográfica foi ainda complementada com alguns artigos selecionados.

As palavras-chave utilizadas foram: depressão perinatal; depressão paterna; homem; pai; fatores de risco.

Não foi imposta uma limitação temporal à pesquisa por se considerar importante a obtenção de uma perspetiva longitudinal da DPP, e apenas foram consideradas publicações escritas em dois idiomas: português e inglês.

A seleção das publicações foi realizada de acordo com a pertinência do seu conteúdo.

3. Resultados e Discussão

3.1 Sintomatologia e Gênero

O homem tem tendência a ocultar as suas emoções para se enquadrar nas noções de masculinidade que são social e culturalmente impostas e interiorizadas, pelo que se verifica que é menos capaz de reconhecer e relatar os sintomas de depressão, comparativamente às mulheres.^{14,26,27}

Por um lado, a depressão materna é caracterizada principalmente por sintomas como humor disfórico, mudanças de hábitos alimentares e de sono, anedonia, falta de proximidade e interesse pelo bebé e sentimentos de autculpabilização, tristeza e inutilidade.²⁸⁻³¹

Por outro lado, a depressão masculina caracteriza-se mais frequentemente pela externalização de sintomas, como ataques de raiva, irritabilidade, hostilidade, autocrítica, rigidez afetiva, indecisão, cinismo, isolamento de atividades sociais, aumento dos comportamentos violentos, podendo também haver comorbilidade com abuso de álcool e de substâncias ilícitas e sintomas somáticos (alterações no apetite, indigestão, ganho ponderal, diarreia ou obstipação, cefaleia, náusea e insónias).^{29,32-36} Além destes, apresenta ainda sintomas específicos da adaptação ao papel de pai, como preocupações com as suas capacidades paternas, sensação de aprisionamento, luto pela perda da sua antiga vida e relação com a parceira e conflito interno entre a forma como devia agir e a forma como age na realidade.³⁷

Assim, os sintomas depressivos paternos são por norma mascarados e menos evidentes do que na mulher, pois os homens revelam uma sintomatologia depressiva que se tende a afastar da expressão sintomática tradicional feminina.^{23,27,38}

3.2 Rastreio da Depressão Perinatal Paterna

Como consequência desta disparidade de sintomatologia entre géneros, os homens podem ser incapazes de pedir ajuda e a DPP pode ser subdiagnosticada.¹⁷ Assim, a Associação Nacional Perinatal recomenda que os pais sejam rastreados pelo menos duas vezes para depressão durante o primeiro ano pós-parto.³⁸

Atualmente existem 2 tipos de questionários (**Anexo I e II**) para fazer o rastreio da DPP: uns questionários desenhados a partir dos já existentes para a depressão perinatal

materna (exemplo: EPDS) e outros desenvolvidos especificamente para os homens (exemplo: GMDS).^{20,39} Um estudo que comparou a EPDS com a GMDS sugere que quando se recorre apenas a uma das escalas a percentagem de falsos negativos é maior, reforçando a necessidade da criação de um questionário tendo por base as 2 escalas combinadas, pois ambas as escalas incluem aspetos diferentes da depressão e a EPDS por si só pode ser insuficiente na deteção de DPP.^{1,17} **(Tabela 1)**

Tabela 1 : Comparação entre as escalas de rastreio da DPP (GMDS e EPDS). Adaptado de ^{4,40,41}.

| | GMDS | EPDS |
|---|--|---|
| Caraterísticas clínicas avaliadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stress 2. Agressividade 3. Sentimentos de vazio 4. Cansaço inexplicável 5. Irritabilidade 6. Dificuldade na toma diária de decisões 7. Perturbações de sono 8. Ansiedade Matinal 9. Abuso de álcool ou Hiperatividade 10. Perceção dos outros como um indivíduo difícil 11. Perceção dos outros como um indivíduo sombrio 12. Perceção dos outros como um indivíduo queixoso 13. História familiar de depressão | <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidade de rir 2. Prazer 3. Autoculpabilização 4. Ansiedade 5. Pânico 6. Sentir-se assoberbado 7. Perturbações de sono 8. Tristeza 9. Necessidade de chorar 10. Comportamentos autolesivos |
| População alvo | Homens | Homens e Mulheres |
| Período de avaliação (antes do preenchimento do questionário) | 1 mês | 7 dias |
| Intervalos de Cotação | 0-39 | 0-30 |
| Cotação de cada item | <ol style="list-style-type: none"> 0 – Não de todo 1 – Até certo ponto 2 – Muito verdade 3 - Extremamente | <ol style="list-style-type: none"> 0 – Não, nunca 1 - Quase nunca 2 - Sim, por vezes 3 - Sim, muitas vezes |

Na maioria dos estudos relativos à depressão paterna e materna, a EPDS é a escala mais usada.³⁸ A EPDS foi validada em populações masculinas em 2001, porém o ponto de corte igual ou superior a 13 usado para indicar provável perturbação depressiva nas

mulheres não se adequa aos homens, a quem se recomenda um ponto de corte mais baixo.^{17,39,42} Pelo que, ainda não existe consenso sobre qual o ponto de corte adequado aos homens, pois os pontos de corte usados nos diferentes estudos variam de 8 a 13, e a EPDS, apesar de estar validada, não está referenciada nos serviços de saúde para ser aplicada ao homem, continuando a existir a necessidade de um instrumento que consiga rastrear a perturbação depressiva perinatal paterna.^{4,43-47}

No entanto, é necessário ter em conta que os pais nem sempre conseguem comparecer às consultas, pelo que também seria interessante a aplicação de um instrumento de rastreio que pudesse ser respondido pelas mães. Neste contexto surge a EPDS-P, válida e confiável, que é capaz de rastrear a depressão paterna através de relatos da mãe/cônjuge ultrapassando a barreira provocada pelas ausências, não propositadas, dos pais nas consultas.^{23,48}

É importante ter em consideração que estas são ferramentas de rastreio e que, por conseguinte, não determinam o diagnóstico clínico, que apenas poderá ser confirmado por uma entrevista clínica estruturada.^{42,48}

3.3 Fatores de Risco

Durante a transição para a parentalidade os pais ficam particularmente vulneráveis a múltiplos e diversos fatores incluindo fatores genéticos, psicológicos, socioambientais e até potencialmente biológicos, porém homens e mulheres apresentam diferentes fatores de risco para a sintomatologia depressiva ao longo do período perinatal.^{27,49}

Assim, atendendo que a prevalência da DPP não é desprezível, este facto torna imperativa a missão de alertar os profissionais de saúde para os fatores de risco, com vista a aumentar a deteção e avaliação precoce e a intervenção clínica que vise reduzir a prevalência e o impacto negativo dos sintomas depressivos paternos.^{42,45}

Com base nos artigos consultados e na *Entrevista de Riscos Psicossociais*⁹, optou-se por fazer uma descrição dos fatores de risco da DPP por cinco categorias: individuais, socioculturais, relacionados com a gravidez, psiquiátricos e hormonais.

Contudo, é necessário ter em conta que não existe concordância entre os diferentes autores, nomeadamente quanto às diferenças entre os períodos usados para a avaliação da depressão, em que a maioria dos autores considera apenas o período pós-parto, e

apenas num único ponto temporal, e às diferenças geográficas e consequentemente culturais.^{25,45}

Tabela 2 – Resumo dos Fatores de Risco.

| FATORES DE RISCO | |
|------------------------------------|--|
| Individuais | Idade |
| | Nível educacional |
| | Estrato socioeconómico |
| | Status de emprego |
| | Habitação |
| | Tabagismo |
| | Hábitos alimentares |
| | Personalidade |
| | Padrão educacional do pai |
| | Tipo de família |
| | Eventos de vida negativos |
| Socioculturais | Estado civil |
| | Relação conjugal |
| | Apoio social |
| | Etnia |
| Relacionados com a gravidez | Relação familiar |
| | Tipo de parto |
| | Género da Criança |
| | Complicações com a criança |
| | Gravidez não desejada/planeada |
| | Tratamentos de fertilidade |
| Psiquiátricos | Depressão materna |
| | Nível de stress percebido |
| | Antecedentes de patologia psiquiátrica |
| Hormonais | Testosterona |
| | Estrogénio |
| | Cortisol |
| | Vasopressina |
| | Prolactina |

3.3.1 Fatores Individuais

A idade paterna tem sido avaliada de forma inconsistente, mas quando a entrada na parentalidade ocorre “fora de tempo”, ou seja, noutra período que não o típico para a sua geração, prediz um claro aumento no risco de vir a desenvolver sintomatologia

depressiva.²⁹ Tem-se verificado que quando os pais têm idade igual ou inferior a 28 anos, e principalmente quando a parentalidade ocorre durante a adolescência, apresentam um risco superior de vir a desenvolver DPP.^{19,29,34,35,37,50}

Relativamente à escolaridade no homem, tem-se verificado que pais com um menor nível educacional apresentam maior risco de depressão paterna, pois têm mais dificuldades na obtenção de informações relativas à paternidade e cuidados infantis e no acesso a serviços de saúde no período perinatal.^{19,43,49} Isto traduz-se em homens menos preparados para as mudanças na vida diária que a chegada de uma nova criança acarreta e, conseqüentemente, mais vulneráveis para o aparecimento de DPP.^{7,14,43}

Também pais com um baixo estrato socioeconómico e com ocupações da classe trabalhadora ficam mais suscetíveis ao aumento do risco de DPP, pois as preocupações financeiras associadas aos baixos rendimentos, tanto individuais como familiares, aumentam com a noção dos custos associados ao cuidado e educação de uma criança e com a noção da limitação de recursos das famílias face aos gastos estimados.^{12,21,33,51,52} Quando desempregados, a pressão sobre os pais ainda é maior pelo que o risco de DPP aumenta.^{12,44,45}

As condições e locais de residência são considerados fatores de risco de DPP (residência em habitações arrendadas, em apartamentos e em ambiente rural).^{14,16,43} O arrendamento de propriedades associa-se a preocupações financeiras em conseguir cumprir corretamente os pagamentos da renda. Por outro lado, quando as famílias residem em apartamentos, por vezes verifica-se uma relativa escassez de espaços recreativos levando a mais tempo dentro do domicílio, a menos momentos de convívio e a uma maior tendência a conflitos familiares. A residência em localidades rurais pode potenciar o surgimento de sintomas depressivos, quer pelo distanciamento a cuidados de saúde especializados, quer por serem locais com menor densidade populacional e em que toda a população se conhece, na maioria dos casos, colocando maior pressão sobre os pais e respetivos comportamentos.^{14,16,29,43}

Outros fatores relativos ao indivíduo a considerar na DPP, são a presença de tabagismo ativo aquando do período perinatal e hábitos alimentares desregrados.^{37,49,52} Também quanto à personalidade do homem há características que o vulnerabilizam para o aparecimento da DPP, como a baixa autoestima^{7,53} e a existência de traços de personalidade antissocial²³ ou níveis elevados de neuroticismo^{18,54}.

Caso o pai tenha sido educado por uma família adotiva ou se encontre numa relação com uma mãe solteira, durante o período perinatal, tendo assim menos ou nenhum

filho biológico, terá um risco acrescido de desenvolver DPP, em comparação com as famílias tradicionais.^{10,21,39}

Ao mencionar a questão de famílias tradicionais, é necessário ter em conta o papel dos modelos paternos, pois se durante o desenvolvimento do homem este não tiver contacto com modelos masculinos adequados ou não tiver oportunidade de adquirir as competências básicas para a sua correta adequação ao papel paterno, poderá estar mais vulnerável nesta transição para o papel parental e possuir um maior risco de desenvolver DPP.^{8,33,53} Num extremo oposto, caso o padrão educacional do próprio pai seja dotado de excessivo controlo e proteção parental, é também considerado um fator de risco para DPP.⁵⁴

Os eventos de vida negativos apresentam-se também como fatores relevantes para o risco de DPP. São considerados como eventos de vida negativos para o pai todos os eventos que perturbem o estado psicológico paterno e despoletem a recorrência, ou estimulem o começo, de perturbações mentais nos pais no período perinatal.^{9,14,52} Assim, os eventos considerados negativos podem afetar o indivíduo de diferentes formas e estão relacionados com as restantes categorias de fatores de risco consideradas.⁵⁵ Nesta categoria, são considerados relevantes os antecedentes de abortos ou perda precoce de uma criança ^{10,30,35}, o surgimento de doença ou incapacidade que condicione o estado de saúde do indivíduo^{49,52} e a existência de um processo de luto, que pode ser da parceira, cônjuge ou de qualquer outra pessoa significativa para o pai.^{17,35}

3.3.2 Fatores Socioculturais

O estado civil do pai pode ser um indicador do nível de apoio que ele recebe da parceira ou cônjuge e, por conseguinte, um indicador da sua estabilidade emocional. Assim, considera-se que o homem durante a parentalidade apresenta um risco mais elevado de sintomatologia depressiva quando está solteiro^{17,35,43}, separado ou divorciado, principalmente se estiver sem a custódia do bebé ou a não residir na mesma habitação.^{7,17,29,35}

O apoio que o homem recebe, tanto a nível conjugal como a nível familiar, é um fator protetor da DPP, pois este apoio cria mais oportunidades para falar dos sentimentos e preocupações e diminui a vulnerabilidade à depressão.^{1,43,52,56} Assim, a insatisfação e conflito conjugal são particularmente importantes quando consideramos o papel da relação íntima na preparação para o período perinatal e na mediação do impacto de

eventos negativos da vida e no bem-estar parental durante a gravidez, sendo que a associação entre a depressão e a qualidade da relação conjugal persiste ao longo do tempo.^{9,11,12,45,53}

O apoio social pode relacionar-se quer com a rede social^{45,50,53}, que é também ela uma rede de suporte para o pai quando enfrenta certas adversidades, quer com as condições de trabalho^{43,47}, como a carga horária excessiva, a instabilidade laboral com contrato de trabalho incerto e a possibilidade de um conflito família-trabalho, que interferem com os benefícios fiscais relacionados com a parentalidade. Quando o apoio social percebido pelo pai se encontra prejudicado, considera-se que existe um risco acrescido de desenvolver DPP. A admissão de licenças de paternidade, consoante a sua duração e valor monetário, permite um maior envolvimento na família e, por sua vez, diminui o risco de DPP.⁴³

Alguns estudos têm levado em conta a influência da cultura, mais concretamente o papel da etnia. Consideram que os pais pertencentes a minorias étnicas, tais como negros não hispânicos e hispânicos, apresentam um risco mais elevado de depressão do que os não hispânicos caucasianos.^{7,12} Este risco pode ser ainda maior quando os pais são emigrantes, pois têm ainda como acréscimo à transição para a parentalidade, a adaptação a um novo ambiente e costumes.^{17,49}

3.3.3 Fatores Relacionados com a Gravidez

Ao longo da gravidez o homem prepara-se para o pós-parto tentando antecipar como será a sua vida futura e quais as alterações que surgirão. Isto gera nos indivíduos preocupações relativamente ao parto e ao futuro, que podem até passar por uma sensação de incongruência quando se deparam com a realidade do pós-parto e esta não é compatível com a que idealizaram, gerando nos pais uma insatisfação para com a vida e o novo ambiente familiar.^{6,7,10,42}

Normalmente, as preocupações referidas pelos pais são relativas: à inadequação das competências e autoeficácia paternas, principalmente se a parentalidade é vivida pela primeira vez^{30,32,37,47,51}; à possibilidade de exclusão da ligação mãe-filho⁸; ao tipo de parto¹⁴; ao género da criança^{1,4,33,42}; às possíveis complicações no decorrer da gravidez e pós-parto (gravidez de risco, necessidade de tratamento médico e de cuidados de saúde especiais, prematuridade, bebé com dificuldades em adormecer ou de desenvolvimento).^{10,43,44}

Também tem sido referido que quando a gravidez não foi desejada ou planeada os pais apresentam um risco acrescido de desenvolver DPP.^{1,10,49}

Quando a gravidez é precedida por tratamentos de fertilidade, estes tratamentos podem induzir ansiedade e depressão, quer no homem quer na parceira, e influenciar a relação conjugal colocando a saúde mental dos mesmos em risco.^{9,10,57}

3.3.4 Fatores Psiquiátricos

Quanto aos fatores psiquiátricos, estes podem influenciar o risco de DPP pelos seus efeitos no homem quer sejam relativos ao próprio indivíduo ou à parceira.

Relativamente à mãe do bebé, verifica-se que existe uma relação de comorbilidade entre a depressão materna e paterna, embora esta relação causal não esteja bem definida, o homem apresenta um risco substancialmente superior de exibir DPP, chegando a probabilidades de 50% no caso da parceira ou cônjuge experienciar depressão pós-parto.^{4,21,27,39}

Relativamente ao pai, é necessário avaliar se o mesmo apresenta história prévia de patologia psiquiátrica, pois o período perinatal é um período muito exigente, principalmente a nível psicológico, em que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos e consequentemente a probabilidade de recidiva.^{27,57}

Sendo a gravidez um período de inúmeras mudanças e desafios, os pais acabam por se sentir bastante pressionados a desempenhar o melhor papel paternal possível, pelo que também enfrentam um aumento das preocupações que se associam a um aumento do nível de stress percebido. Este stress poder-se-á revelar através de alterações na qualidade e duração do sono, no padrão alimentar ou através do consumo de substâncias que na perspetiva do indivíduo ajudarão a ultrapassar as dificuldades a que está sujeito.^{33,49,52}

Assim, considera-se que existe uma maior prevalência de depressão paterna quando os homens apresentam antecedentes de depressão ou altos scores de depressão no período pré-natal^{3,19,44,52}, perturbações do sono^{14,45}, perturbações de ansiedade^{9,16,49,52}, abuso de substâncias ilícitas e/ou álcool^{38,49} e antecedentes de tratamento psiquiátrico.^{25,57,58}

Desta forma, apesar de também se mencionar o possível efeito da perturbação de ansiedade materna³³ ou perturbações de sono da parceira⁵², os fatores que apresentam

a contribuição mais significativa para o surgimento da DPP são a existência de depressão materna perinatal e a presença de antecedentes de depressão paterna.^{19,22}

3.3.5 Fatores Hormonais

Apesar dos vários estudos realizados para caracterizar a influência dos fatores biológicos na depressão materna, o mesmo não se verifica na depressão paterna, pelo que existem apenas modelos teóricos que ainda não foram comprovados cientificamente.

Tem-se especulado que o aparecimento da DPP no homem durante a paternidade está potencialmente associado a mecanismos biológicos como alterações hormonais, principalmente as relativas aos níveis séricos de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina, que espelham as modificações ocorridas durante a gravidez e pós-parto feminino. Cada uma destas hormonas interfere nos comportamentos parentais, tendo por isso implicações na saúde mental quer materna quer paterna.^{8,38}

Os níveis de testosterona, na maioria dos homens, tendem a diminuir durante a gravidez e a manterem-se baixos alguns meses após o parto. A testosterona está relacionada com características como a competitividade, dominância e agressão, que podem ser protetoras contra a depressão, pelo que o aumento destes níveis está associado a comportamentos mais agressivos e a insatisfação conjugal. Assim, a redução dos níveis pode ser uma adaptação à paternidade em que o homem expressa mais simpatia e maior necessidade de resposta para com os filhos que, aliada a outros fatores contextuais, pode contribuir para o aumento do risco de depressão. De acordo com um estudo de 2017, os homens com diminuição dos níveis de testosterona reportavam mais sintomas depressivos.^{8,19,59}

Verifica-se que entre os homens, por norma, os níveis de estrogénio aumentam durante o último mês de gestação da parceira até ao período pós-parto inicial e estão associados a um maior envolvimento dos homens na paternidade. Assim, teoriza-se que níveis reduzidos de estrogénio constituam um fator de risco para DPP, pois esta diminuição de estrogénio estará associada a um menor envolvimento dos pais e, por isso, a impactos negativos nos comportamentos paternos que poderão levar a perturbações depressivas.⁸

Noutra perspetiva, avalia-se o efeito do cortisol, uma hormona que se relaciona com a resposta fisiológica ao stress. Os níveis de cortisol maternos encontram-se elevados durante o período pós-parto e estão associados à redução do humor depressivo

materno, pelo que se pondera que baixos níveis paternos de cortisol poderão induzir um aumento do risco de DPP.⁸

Relativamente à vasopressina sabe-se que o seu aumento, no homem, durante o período perinatal está associado ao desenvolvimento da ligação pai-filho e ocorre de forma análoga à variação dos níveis de oxitocina nas mulheres. Assim, pressupõe-se que valores mais reduzidos de vasopressina poderão revelar-se um fator de risco para a DPP.⁸

Por último, a prolactina apresenta um aumento dos seus níveis, no homem, desde o início da gravidez até ao primeiro ano pós-parto e está relacionada com interações paternas e respostas aos estímulos infantis positivas. Uma diminuição nos seus níveis poderá dificultar ainda mais a transição para a parentalidade e a relação familiar e, por conseguinte, aumentar o risco de desenvolver DPP.⁸

3.4 Impacto no Contexto Clínico

A DPP está negativamente associada ao desenvolvimento saudável das crianças, às capacidades parentais de ambos os pais, à qualidade da relação conjugal e aos gastos económicos na área da saúde.^{5,13,14}

Na criança, a primeira infância, dos 0 aos 5 anos, afigura-se como um período crítico para o desenvolvimento em que se formam os padrões básicos de regulação biológica e comportamental. Assim, as relações interpessoais formadas neste período, a segurança e as capacidades de exploração e de aprendizagem são extremamente importantes, fazendo com que as crianças estejam muito sensíveis aos estímulos do ambiente em redor.^{3,8,29} Assim, segundo um estudo de 2015, um envolvimento paterno positivo e significativo, particularmente durante o primeiro ano de vida, pode ter uma influência única e acarretar vários benefícios como o menor uso de substâncias ilícitas, a melhor regulação emocional e o melhor desempenho escolar.³⁸ Por outro lado, a existência de DPP, a ausência de uma ligação paterno-infantil e/ou de um ambiente saudável durante a infância podem provocar efeitos deletérios na criança que podem ser duradouros, persistindo até à idade adulta.^{3,12,27,48}

Apesar do homem funcionar como um importante atenuador do impacto negativo que a depressão materna pode ter no desenvolvimento infantil, quando existe DPP os sintomas de depressão materna podem ser exacerbados, as práticas parentais são afetadas e as crianças apresentam risco superior de prejuízo no seu desenvolvimento e

temperamento, ou seja, existirão resultados adversos independentemente do possível ajuste psicológico materno.^{8,27,44,45}

O prejuízo das capacidades parentais traduz-se numa diminuição da tolerância dos pais, assim como do prazer e afeto resultante das interações com as crianças e do número das mesmas. Assim, por um lado diminuem os comportamentos parentais positivos e atividades de enriquecimento tais como o canto, a leitura e o conto de histórias às crianças, com impacto no desenvolvimento do vocabulário expressivo e da literatura infantil.^{3,10,29} Por outro lado, aumentam os comportamentos parentais negativos, tais como a hostilidade, a crítica, a irritabilidade, o conflito e a punição.^{3,5,38} Os homens com depressão paterna apresentam maior propensão para aplicarem castigos físicos nas crianças, que será tanto mais elevada quanto mais precoce for o início da depressão. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, os pais deprimidos tinham quatro vezes maior probabilidade de recorrerem à disciplina física, durante o primeiro ano de vida das crianças, do que os pais sem depressão.^{28,43,46}

O temperamento difícil na infância considera-se que é a base para comportamentos internalizantes e externalizantes nas crianças, ou seja, comportamento negativos direcionados para si mesmo ou para as pessoas presentes no seu meio envolvente.^{10,27,48,58}

Relativamente aos comportamentos internalizantes, estes incluem sintomas emocionais, ansiedade e depressão. A DPP está associada a perturbações psiquiátricas tardias nas crianças, sendo que crianças com pais deprimidos, aos 7 anos, apresentam o dobro da probabilidade de receberem um diagnóstico de perturbação psiquiátrica.^{19,28,56} Além destes, também tem sido referida a existência de comportamentos antissociais, que remetem para o possível papel do pai no desenvolvimento infantil de capacidades de socialização.^{21,29,33}

Quanto aos comportamentos externalizantes, estes incluem agressão, perturbações de conduta ou de oposição e atos ilícitos. Ocorrem principalmente em crianças do sexo masculino e considera-se que irão persistir ao longo da vida, tendo estas crianças um risco duas a três vezes superior de desenvolver problemas comportamentais e emocionais aos 3 anos.^{3,15,19,26,27,42}

3.5 Impacto no Sistema de Saúde

Em relação aos gastos na saúde, foi realizado um estudo que comparou pais do sexo masculino, com e sem depressão, quanto ao impacto económico da DPP no setor da

saúde. Neste estudo verificou-se a existência de uma diferença significativa dos custos nos cuidados de saúde comunitários ao nível dos países ocidentais, verificando-se um aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e serviços hospitalares e, em particular, dos contactos efetuados entre pais com depressão e médicos.⁶⁰

A DPP revela assim um impacto negativo global, quer no desenvolvimento cognitivo, comportamental, social, emocional e físico nas crianças, quer nos sistemas de saúde de cada país, que necessita de ser olhado de uma nova perspetiva, com vista ao seu reconhecimento público.^{9,14,42,45}

O estigma associado à DPP atua, muitas vezes, como uma barreira que limita o acesso aos serviços de saúde pelos homens, pois estes consideram que desempenham um papel secundário ao das mulheres durante o período perinatal, pelo que ficam relutantes em expressar a sua necessidade de apoio, e assim evitam o tratamento.^{28,37,51}

Os homens são uma parte igualitária da unidade parental²⁷, por isso cabe aos profissionais de saúde desmistificar as conceções sobre a DPP, demonstrando a importância da saúde mental não só das mães, mas também dos pais, e reconhecendo que também os homens podem experienciar depressão perinatal.^{25,37,44} Através de uma maior consciencialização e um rastreio mais eficaz para a depressão paterna, os profissionais de saúde poderão apoiar as famílias no período perinatal, respondendo de uma forma mais adequada às suas necessidades.^{25,37,39}

Note-se que atualmente no Serviço Nacional de Saúde, de acordo com o guia “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde” (2005), destinado a sensibilizar os profissionais de saúde para a saúde mental perinatal, as questões relativas à saúde mental continuam a ser, quase que exclusivamente, direcionadas para a mãe, tal como o rastreio de saúde mental perinatal, deixando o pai em segundo plano.⁶¹ Tendo em conta o impacto da DPP previamente referido, esta realidade necessita de ser modificada, sendo identificadas várias propostas para melhorar a deteção da DPP.

Numa fase inicial, considera-se que o rastreio da DPP nos homens pode ser realizado durante os períodos de risco, pré e pós-parto, visto que nestas fases há maior interação com os profissionais de saúde, tais como as consultas pré-natais e o internamento no hospital no pós-parto. O estabelecimento destes períodos de risco irá permitir uma melhor alocação de fundos e recursos da saúde para um melhor rastreio da depressão nos homens.^{21-23,42}

A aplicação, e disseminação, de um rastreio de saúde mental quer às mães quer aos pais seria de grande utilidade.^{27,28} Segundo um estudo de 2019, realizado na Austrália, os homens consideraram que o rastreio de rotina, embora potencialmente desconfortável, é essencial para normalizar a experiência emocional que atravessam ao longo do período perinatal.⁶²

Além dos métodos de rastreio é necessário planear medidas preventivas, que podem passar por intervenções no relacionamento conjugal, alertar a sociedade para o encaminhamento precoce para os serviços de saúde e fornecimento de materiais educacionais que estimulem a consciencialização e conhecimento sobre a DPP. Intervenções que se foquem na melhoria do relacionamento, quer conjugal quer familiar, e na gestão de uma possível depressão tendo como alvo toda a família, e não apenas o indivíduo, devem ser consideradas os pilares da prevenção.^{8,21,45}

Num estudo, verificou-se que a existência de programas educacionais que informem adequada e atempadamente a população sobre a parentalidade e a DPP contribuía para a melhoria dos resultados principalmente nos homens que enfrentam a parentalidade pela primeira vez.¹² Os programas perinatais existem de uma forma regular em quase todos os países desenvolvidos, no entanto poucos são dirigidos à saúde mental paterna.⁵ Com uma correta psicoeducação relativa à DPP, que inclua informação sobre a prevalência, sintomas, fatores de risco e informações sobre onde procurar ajuda, será possível ajudar os homens a reconhecerem os seus sentimentos e incentivá-los a procurar tratamento.^{23,49,51} Assim, os principais sinais e sintomas para os quais os profissionais de saúde devem estar alertas são: ataques de raiva; irritabilidade; rigidez afetiva e emocional; sintomas somáticos; isolamento social; abuso de álcool e de substâncias ilícitas.^{13,17,33-35}

Numa outra vertente, estes programas também podem divulgar apoio para a parentalidade de uma forma geral e organizar sessões específicas de preparação para o parto, respondendo a dúvidas parentais (relativas à alimentação, comportamento e sono do bebé e à saúde mental materna) e treinando as capacidades de comunicação e de gestão e gestão do stress paterno.^{11,32,33,39}

Com a constante evolução tecnológica, também a saúde pode tirar o melhor partido das ferramentas tecnológicas. Neste sentido, realizou-se, em 2017, um estudo na Austrália com as “SMS4DADS”, em que eram enviadas várias mensagens via telemóvel aos pais ao longo do período perinatal com informações relevantes para a transição para a paternidade e esclarecimento de dúvidas que contribuía para a redução da sensação

de isolamento social e insatisfação conjugal, demonstrando ser uma ferramenta útil, viável e eficaz para abordar os pais.²⁸

Assim, as entidades competentes devem ter a preocupação de incorporar a DPP nas medidas a serem tomadas, pois este é um problema que, dadas as suas consequências, requer a identificação e tratamento dos indivíduos em risco de forma a minimizar os efeitos nas gerações seguintes.^{15,29}

4. Conclusão

Nos últimos 30 anos, verificou-se um aumento na investigação relativa à DPP que se associa a uma mudança de paradigmas na nossa sociedade. Gradualmente tem-se vindo a observar uma alteração estrutural das famílias, em que o pai e a mãe começam a ser considerados de uma forma mais igualitária no que toca à educação e aos cuidados infantis. No entanto, apesar desta evolução se ir verificando, os homens continuam a demonstrar relutância no que respeita à utilização dos serviços de saúde devido ao estigma relativo à DPP.

De acordo com ambas as meta-análises realizadas, a prevalência da DPP estima-se entre 8.4% e 10.4% o que demonstra a sua relevância em termos de saúde pública especialmente se compararmos com o valor da depressão na população masculina mundial, que é de 3.6%.

Os homens apresentam um quadro sintomatológico com algumas diferenças em relação ao das mulheres, o que dificulta o rastreio e diagnóstico da DPP. Pelo que, cada vez mais se torna relevante o recurso a instrumentos validados e eficazes para facilitar o diagnóstico precoce.

Existem diversos fatores de risco que podem facilitar o desenvolvimento da DPP, contudo os que merecem maior destaque são a concomitância de depressão materna - considerado o principal fator de risco - em que o homem apresenta um risco superior, de cerca de 50%, de vir a desenvolver DPP e a existência de antecedentes de doença psiquiátrica paterna.

Para a deteção precoce da DPP é importante que todos os profissionais de saúde reconheçam esta entidade e estejam alertas para a sintomatologia que a caracteriza e para os fatores de risco associados à mesma. Assim, torna-se imperativo que quer a comunidade quer os profissionais de saúde estejam habilitados e colaborem na criação de novas políticas de saúde com vista a uma maior consciencialização e reconhecimento da DPP. Estas políticas devem assentar em medidas com foco na família, ao invés de medidas individualizadas, e devem passar pela reformulação de políticas de saúde pública e implementação dos questionários de rastreio da DPP e divulgação de informações relativas à prevalência, aos fatores de risco e às possíveis consequências da DPP, através dos diversos meios disponíveis (panfletos, cartazes, anúncios televisivos, via telemóvel ou sessões presenciais) com vista a alcançar a população masculina.

Referências Bibliográficas

1. 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*. 2019;13(1).
2. Pinto TM, Samorinha C, Tendais I, Figueiredo B. Depression and paternal adjustment and attitudes during the transition to parenthood. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;1–16.
3. Ip P, Li TMH, Chan KL, Ting AYY, Chan CY, Koh YW, et al. Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behav Dev*. 2018;53:81–9.
4. Mao Q, Zhu L xia, Su X yin. A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *J Clin Nurs*. 2011;20(5–6):645–52.
5. Rominov H, Pilkington PD, Giallo R, Whelan TA. A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the perinatal period. *Infant Ment Health J*. 2016;37(3):289–301.
6. Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C, et al. Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(1):49–56.
7. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord*. 2011;130(3):358–77.
8. Kim P, Swain JE. Sad Dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):35–47.
9. 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*. 2019;40(4):541–56.
10. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res*. 2017;252:325–32.
11. 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*. 2017;11(5):1376–84.
12. Roubinov DS, Luecken LJ, Crnic KA, Gonzales NA. Postnatal depression in Mexican American fathers: Demographic, cultural, and familial predictors. *J Affect Disord*. 2014;152–154(1):360–8.

13. 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;37(3):251–6.
14. Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery*. 2016;35:47–52.
15. Hasan MI. Paternal perinatal depression in LMICs and its impact on the next generation. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(6):468.
16. Maleki A, Faghihzadeh S, Niroomand S. The relationship between paternal prenatal depressive symptoms with postnatal depression: The PATH model. *Psychiatry R*. 2018;269:102–7.
17. 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.
18. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):36–41.
19. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*. 2019;139(4):195–8.
20. Paulson JF, Bazemore SD, Prevalence HE, Fac R. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers. *JAMA*. 2010;303(19):1961–9.
21. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(6):479–85.
22. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:189–203.
23. Berg AR, Ahmed AH. Paternal perinatal depression: Making a case for routine screening. *Nurse Pract*. 2016;41(10):1–5.
24. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
25. Suto M, Isogai E, Mizutani F, Kakee N, Misago C, Takehara K. Prevalence and Factors Associated With Postpartum Depression in Fathers: A Regional, Longitudinal Study in Japan. *Res Nurs Health*. 2016;39(4):253–62.
26. Ayinde O, Lasebikan VO. Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019;40(1):57–65.

27. Fisher SD. Paternal Mental Health: Why Is It Relevant? *Am J Lifestyle Med.* 2016;11(3):200–11.
28. Fletcher R, Kay-Lambkin F, May C, Oldmeadow C, Attia J, Leigh L. Supporting men through their transition to fatherhood with messages delivered to their smartphones: a feasibility study of SMS4dads. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–10.
29. Garfield CF, Duncan G, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, Coley RL, et al. A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults. *Pediatrics.* 2014;133(5):836–43.
30. deMontigny F, Girard M-E, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord.* 2013;150(1):44–9.
31. Marques M, Pereira AT, Bos S, Soares MJ, Maia BR, Valente J et al. Aspetos clínicos e fatores de risco psicossociais da depressão perinatal. In: Macedo AF, Pereira AT, editors. *Saúde Mental Perinatal.* Lidel;2014. p.27-49.
32. Fletcher R, Dowse E, St George J, Payling T. Mental health screening of fathers attending early parenting services in Australia. *J Child Health Care.* 2017;21(4):498–508.
33. Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour Kheiroddin J, Panahi S, Bayati Payan S. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *J Caring Sci.* 2014;3(1):57–66.
34. Bergström M. Depressive Symptoms in New First-Time Fathers: Associations with Age, Sociodemographic Characteristics, and Antenatal Psychological Well-Being. *Birth.* 2013;40(1):32–8.
35. Spector AZ. Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27(8):867–83.
36. Currid TJ. Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. *Nurs Times.* 2005;101(5):40–2.
37. Freitas CJ, Williams-Reade J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z. Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *J Affect Disord.* 2016;202:128–36.
38. Singley DB, Edwards LM. Men's perinatal mental health in the transition to fatherhood. *Prof Psychol Res Pr.* 2015;46(5):309–16.
39. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* 2008;21(2):65–70.
40. Fletcher, R., Garfield, C.F. and Matthey, S. Fathers' Perinatal Mental Health. In: Milgrom J, Gemmill AW, editors. *Identifying Perinatal Depression and Anxiety:*

- Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 165-176.
41. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry*. 2002;56(4):265–71.
 42. Edward K leigh, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *Am J Mens Health*. 2015;9(1):26–34.
 43. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*. 2018;56:121–7.
 44. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;7058:1–8.
 45. da Costa D, Danieli C, Abrahamowicz M, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, et al. A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *J Affect Disord*. 2019;249:371–7.
 46. Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y, Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse Negl*. 2017;70:231–9.
 47. Top ED, Cetisli NE, Guclu S, Zengin EB. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):747–52.
 48. Fisher SD, Kopelman R, O'Hara MW. Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(4):283–8.
 49. Underwood L, Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Verbiest M, McDaid F, et al. Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants in the growing up in New Zealand study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):360–9.
 50. Davé S, Petersen I, Sherr L, Nazareth I. Incidence of maternal and paternal depression in primary care: A cohort study using a primary care database. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(11):1038–44.
 51. Albicker J, Hölzel LP, Bengel J, Domschke K, Kriston L, Schiele MA, et al. Prevalence, symptomatology, risk factors and healthcare services utilization regarding paternal depression in Germany: study protocol of a controlled cross-sectional epidemiological study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–10.

52. 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.* 2020;260:629–37.
53. Koh YW, Chui CY, Tang CSK, Lee AM. The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depress Res Treat.* 2014;2014:1–11.
54. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord.* 2000;60(2):75–85.
55. Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;82(1):77–81.
56. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):156–61.
57. Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A, Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):1–8.
58. Nishimura A, Ohashi K. Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nurs Health Sci.* 2010;12(2):170–6.
59. Saxbe DE, Schetter CD, Simon CD, Adam EK, Shalowitz MU. High paternal testosterone may protect against postpartum depressive symptoms in fathers, but confer risk to mothers and children. *Horm Behav.* 2017;95:103–12.
60. Edoaka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord.* 2011;133(1–2):356–60.
61. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2006. 46 p.
62. Schuppan KM, Roberts R, Powrie R. Paternal Perinatal Mental Health: At-Risk Fathers' Perceptions of Help-Seeking and Screening. *J Mens Stud.* 2019;27(3):307–28.

Anexos

Anexo I: Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

(Cox et al, 1987; Augusto et al., 1996)

Nome: _____

Data: _____

Idade do bebê: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Dado que teve um bebê 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

EPDS – 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.

Anexo II: Escala de Depressão Masculina de Gotland (GMDS)

(Zierau et al, 2002)

GOTLAND SCALE IN ALCOHOL USE DISORDER

Appendix A: The Gotland Scale for assessing male depression

Wolfgang Rutz, M.D., Ph.D.,
Psychiatrist, Visby

Zoltán Rihmer, M.D., Ph.D.,
Psychiatrist, Budapest

Arne Dalteg, Ph.D.,
Psychologist, Visby

English version: Per Bech, Lis Raabæk Olsen, Vibeke Nørholm, Psykiatrisk Forskningsenhed, Hillerød

During the past month, have you or others noticed that your behaviour has changed, and if so, in which way?

| | Not at all | To some extent | Very true | Extremely so |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lower stress threshold/more stressed out than usual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. More aggressive, outward-reacting, difficulties keeping self-control | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Feeling of being burned out and empty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Constant, inexplicable tiredness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. More irritable, restless and frustrated | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Difficulty making ordinary everyday decisions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sleep problems: sleeping too much/too little/restlessly, difficulty falling asleep/waking up early | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. In the morning especially, having a feeling of disquiet/anxiety/uneasiness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Overconsumption of alcohol and pills in order to achieve a calming and relaxing effect. Being hyperactive or blowing off steam by working hard and restlessly, jogging or other exercises, under- or overeating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do you feel your behaviour has altered in such a way that neither you yourself nor others can recognize you, and that you are difficult to deal with? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Have you felt or have others perceived you as being gloomy, negative or characterized by a state of hopelessness in which everything looks bleak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Have you or others noticed that you have a greater tendency to self-pity, to be complaining or to seem "pathetic"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. In your biological family, is there any tendency towards abuse, depression/dejection, suicide attempts or proneness to behaviour involving danger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Score

0-13 No signs of depression.

13-26 Depression possible. Specific therapy, including psychopharmacological, possibly indicated.

26-39 Clear signs of depression. Specific therapy, including psychopharmacological, clearly indicated.