

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Depressão Pós-Parto Paterna

Margarida Sofia Narciso de Sousa

M

2024



Depressão Pós-Parto Paterna

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto

Março 2024

Margarida Sofia Narciso de Sousa

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço de correio eletrónico: up201807644@up.pt

Orientadora: Dr^a. Maria Del Carmen Palmira Coya Garcia

Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria, na Unidade de Psiquiatria de Ligação da Unidade Local de Saúde Santo António.

Afiliação: Assistente Convidada do ICBAS – Universidade do Porto, Departamento de Ciências do Comportamento

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Coorientadora: Professora Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Unidade de Psiquiatria de Ligação da Unidade Local de Saúde Santo António.

Afiliação: Professora Auxiliar do ICBAS – Universidade do Porto, Departamento de Ciências do Comportamento

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Depressão Pós-Parto Paterna

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto

Março 2024

Autora

Margarida Sofia Naveiro de Sousa

Orientadora

Coorientadora

Agradecimentos

À Dr^a. Palmira Coya e Prof^a. Dr^a. Paula Freitas por todo o apoio e disponibilidade.

À minha família por serem sempre um suporte e pela constante motivação e compreensão ao longo deste percurso.

Aos meus amigos pelo companheirismo e por todas as memórias.

Resumo

Introdução: Um dos períodos de maior vulnerabilidade no que diz respeito à saúde mental é o da parentalidade. Sendo esta uma experiência que acarreta desafios e preocupações, pode-se fazer acompanhar de sintomas depressivos que obscurecem a felicidade aparente da chegada de um novo membro à família. A Depressão Pós-Parto Materna (DPPM) é um tema extensamente estudado e reconhecido, no entanto, no que diz respeito à figura paterna, esta patologia passa muitas vezes despercebida, em parte devido à ênfase colocada na saúde mental da mãe após o parto. A relutância cultural no homem em expressar vulnerabilidade emocional pode também contribuir para o silenciamento deste problema. No entanto, a Depressão Pós-Parto Paterna (DPPP) tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos e define-se como uma forma específica de perturbação depressiva major com a particularidade dos sintomas se iniciarem durante a gravidez ou nas 4 semanas posteriores ao parto. Importa, assim, explorar os sintomas, fatores de risco e impacto que têm vindo a ser associados a esta patologia para a sua melhor compreensão. Para além disso, a consciencialização sobre a depressão pós-parto paterna e sobre a importância da saúde mental do pai durante o pós-parto são fundamentais para garantir que este recebe o apoio necessário e que existe discussão aberta sobre o tema facilitando a desafiadora transição para a paternidade.

Objetivos: Fornecer uma visão abrangente da DPPP, partindo da literatura existente referente à mesma. Espera-se uma compreensão aprofundada da sua prevalência, fatores de risco, impacto (incluindo consequências ao nível do desenvolvimento da criança), estratégias de tratamento existentes e ainda das recomendações para a sua prevenção e identificação precoce.

Metodologia: Realizada no formato de revisão bibliográfica, a pesquisa de artigos relevantes foi feita com recurso às bases de dados da PubMed e do PsycInfo. Para a seleção inicial dos artigos não foi colocado limite cronológico e foram considerados os títulos e os abstracts apropriados para o objetivo da revisão. Também foram analisadas algumas referências dos artigos seriados na pesquisa original, livros e normas de orientação da Direção-Geral da Saúde.

Conclusão: A definição da DPPP ainda não é consensual, apesar da sua relevância para a saúde mental de toda a família. São diversos os fatores de risco associados à patologia e existem algumas diferenças sintomáticas face à DPPM. Esta patologia está associada a um elevado impacto na saúde do homem, mas também no bem-estar materno e da criança. Assim, para a prevenção e identificação precoce da DPPP é essencial o reconhecimento da patologia pelos profissionais de saúde. É necessário investir em abordagens pré-concecionais de promoção de saúde mental de

qualidade, aumentar o apoio ao nível social e promover medidas que fortaleçam a relação do casal e a vinculação pai-filho. Para além disso, deve ser contemplado um programa ativo de rastreio de DPPP durante as consultas, como parte integrante dos cuidados pós-parto. Apesar do conhecimento atual sobre a patologia, urge a implementação de práticas com impacto ao nível da saúde mental do homem e a compreensão de que um investimento no bem-estar do pai é uma aposta no equilíbrio de toda a família.

Palavras-Chave: "Depression, Postpartum"; "Paternal"; "Men"; "Male"; "Father"; "Father-Child Relations"; "Family Relations"

Abstract

Introduction: One of the periods of greatest vulnerability when it comes to mental health is parenthood. Being an experience that brings challenges and worries, it can be accompanied by depressive symptoms that can obscure the apparent happiness of the arrival of a new member to the family. Maternal Postpartum Depression is a subject that has been extensively studied and recognized, however, regarding the fatherly figure, this pathology often goes unnoticed, partly due to the emphasis placed on the mother's mental health after childbirth. Culturally, men's hesitance to express emotional vulnerability may also play a role in suppressing awareness of this issue. However, Paternal Postpartum Depression has been gaining relevance in recent years and it is defined as a specific form of major depressive disorder with the particularity that symptoms begin during the women's pregnancy or within 4 weeks of giving birth. The relevance of this disease justifies the need to explore the symptoms, risk factors and impact that have been associated with this condition in order to better understand it. In addition, raising awareness of Paternal Postpartum Depression and the importance of the fathers' mental health during the postpartum period are fundamental to ensuring that they receive the necessary support and that there is open discussion on the subject, facilitating the challenging transition to fatherhood.

Objectives: Provide a comprehensive overview of Paternal Postnatal Depression, namely, it's prevalence, risk factors, impact (including consequences for child development), treatment strategies and recommendations for its prevention and early identification.

Methodology: This review contains information based on articles searched on PubMed and PsycInfo databases using the terms "Depression, Postpartum", "Paternal", "Men", "Male" and "Father". For the initial selection of articles, there was no chronological limit and the articles were selected according to their title and abstract. Some of the references of the articles in the original research were also analyzed.

Conclusion: There is still no consensus on the definition of Paternal Postpartum Depression, despite its relevance for the mental health of the whole family. There are various risk factors associated with the condition and there are some symptomatic differences from Maternal Postpartum Depression. This condition is associated with a high impact on men's health, but also on maternal and child well-being. Therefore, for the prevention and early identification of Paternal Postpartum Depression, it is essential that health professionals recognize the condition. It is necessary to invest in pre-conception approaches to promote mental health, increase social support and promote measures to strengthen the couple's relationship and the father-child bond. In addition, an active

screening program should be considered during consultations, as an integral part of postpartum care. Despite current knowledge about the condition, there is an urgent need to implement practices that have an impact on men's mental health and to understand that an investment in the father's well-being is a bet on the balance of the whole family.

Keywords: "Postpartum Depression"; "Paternal"; "Men"; "Male"; "Father"; "Father-Son Relationships"; "Family relationships"

Lista de Abreviaturas

BDI: *Beck Depression Inventory*

CESD: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

EPDS-P: *Edinburg Postnatal Depression Scale –Partner*

DPP: Depressão Pós-Parto

DPPM: Depressão Pós-Parto Materna

DPPP: Depressão Pós-Parto Paterna

GHQ: *General Health Questionnaire*

GMDS: Escala de Depressão Masculina de Gotland

PHQ-9: *Patient Healthcare Questionnaire-9*

RN: Recém-nascido

Índice

Introdução	1
Objetivos	1
Metodologia	1
Depressão Pós-Parto Paterna.....	2
Epidemiologia	2
Fatores de risco	2
Clínica	4
Escala de avaliação.....	5
Impacto da DPPP	6
Na vinculação pai-filho	6
No desenvolvimento infantil	7
Prevenção e identificação precoce da DPPP	8
Estratégias de tratamento da DPPP	11
Conclusão	11
Bibliografia.....	13
Anexos	19

Introdução

A Depressão Pós-Parto Paterna (DPPP) é um conceito que começou a ser discutido em 1990 e que tem vindo a ganhar relevância ao longo dos anos, em particular nos mais recentes.¹ Todas as transições para diferentes fases da vida implicam adaptações e reconstruções do sentido de identidade.² Neste contexto, para muitos homens tornarem-se pais significa afastarem-se do seu individualismo e um acréscimo no seu sentido de responsabilidade. Apesar disso, é uma transição que pode acarretar dificuldades e um declínio da saúde, com sintomas de ansiedade e maior risco de depressão associados.^{3,4}

De acordo com o DSM-5⁵, a Depressão Pós-Parto (DPP) é definida como uma forma específica de perturbação depressiva maior que ocorre no pós-parto com a particularidade dos sintomas se iniciarem durante a gravidez ou nas 4 semanas posteriores ao parto. Existe, no entanto, alguma variabilidade na definição do período pós-parto, pelo que, em alguns estudos clínicos, esta patologia é descrita como tendo início na gravidez ou nos primeiros 6, 9 ou até 12 meses pós-natal^{1,6}, sendo que há dados que sugerem que a DPPP se desenvolve mais lentamente e de forma gradual ao longo do primeiro ano pós-parto.⁷

Objetivos

O objetivo desta revisão é fornecer uma visão abrangente da depressão pós-parto paterna, partindo da literatura existente referente à mesma. Espera-se uma compreensão aprofundada da sua prevalência, fatores de risco, impacto (incluindo consequências ao nível do desenvolvimento da criança), estratégias de tratamento existentes e ainda das recomendações para a sua prevenção e identificação precoce.

Metodologia

Para a elaboração desta revisão bibliográfica, a pesquisa de artigos relevantes foi realizada com recurso às bases de dados da PubMed e do PsycInfo a partir dos termos "Depression, Postpartum", "Paternal", "Men", "Male" e "Father".

Da pesquisa inicial resultou um total de 1159 publicações, distribuídas temporalmente entre 1995 e 2023. Não foi imposto nenhum limite cronológico na pesquisa uma vez que importava perceber a evolução da investigação sobre este tema. Das publicações iniciais, foram selecionadas 57 consideradas apropriadas para o objetivo da revisão, tendo em conta a leitura dos títulos e dos *abstracts*. Foram excluídas notícias, artigos sem resumo ou focados exclusivamente na

figura materna. Adicionalmente, foram revistas as principais referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Para além disso, foi também incluída bibliografia complementar como livros e normas de orientação da Direção-Geral da Saúde.

Depressão Pós-Parto Paterna

Epidemiologia

A prevalência de DPPP é estimada entre 8 e 11%, com maior incidência entre os 3 e os 6 meses pós-parto.⁸⁻¹⁰

No entanto, o subdiagnóstico desta patologia é uma realidade, uma vez que a sua identificação no homem, face à mulher, é particularmente desafiante.^{1,11} Esta distinção binária tem várias razões associadas. Pode ser atribuída ao estigma social de que a DPP ocorre apenas na mulher graças a circunstâncias específicas relacionadas com o género como a gravidez, alterações hormonais, complicações associadas ao parto ou insucesso na amamentação.¹¹ Adicionalmente, existe pouca consciencialização para a existência da DPPP. Importa mencionar também que estudos referem que a literacia em saúde mental é afetada, pelo menos em parte, por ideologias do papel do género.¹² A masculinidade hegemónica constrói o homem como forte, independente e estoico, enquanto a feminilidade sociocultural da mulher conceptualiza-a como frágil.¹³ Assim, é menos plausível a representação do homem com perturbações ao nível da saúde mental, o que pode contribuir para a perceção de que os homens são menos propensos a sofrer DPP e, também, para a repressão dos sentimentos por parte da figura paterna. Todos estes fatores contribuem para que seja mais difícil reconhecer os sintomas da DPPP em comparação com a materna.^{1,11,14}

Fatores de risco

São diversos os fatores de risco associados à DPPP, com destaque para a Depressão Pós-Parto Materna (DPPM) que é o mais significativo.⁶

Os problemas de saúde mental podem ocorrer em simultâneo no pai e na mãe, frequentemente pela influência emocional que existe ao nível do casal parental.^{14,15} Adicionalmente, na existência de DPPM, os homens relatam sentimentos de total mudança na mulher, medo, confusão, preocupação e incapacidade de ajudar na sua recuperação, o que cria frustração e ansiedade.¹⁶ Tudo isto pode contribuir para o desenvolvimento de DPPP.

A relação entre a satisfação conjugal e a DPP tem sido alvo de diversos estudos, sendo a insatisfação conjugal considerada um dos fatores de risco para a DPPP.^{1,6,17-21} Existe uma relação indireta entre a satisfação conjugal materna e a DPPP, mediada pela satisfação conjugal paterna.⁶

Para além disso, uma relação conflituosa aumenta o risco de DPPP. Quanto mais forte for a relação e o exercício da coparentalidade, menos sintomas de depressão e ansiedade se associam e menos os vínculos são prejudicados.^{6,18} As interações positivas entre o casal permitem uma melhor aceitação da gravidez e uma adaptação mais fácil à transição para a parentalidade.²¹

Outros fatores de risco para DPPP documentados são a história pessoal de depressão^{3,22,23} ou a existência de depressão e ansiedade durante a gestação^{17,24,25} assim como o facto da gravidez não ser planeada, ou não ser aceite, mesmo quando planeada.¹⁹

Pais desempregados apresentam maiores níveis de DPPP, o que suporta o facto de as dificuldades socioeconómicas representarem também um fator de risco associado a esta patologia.^{3,20,24} Adicionalmente, aqueles que não usufruem de licença de paternidade apresentam também maior prevalência da doença.³

Os pais que apresentam um maior apoio a nível social, reportam em menor grau sintomas depressivos.^{3,24}

Altos níveis de DPPP estão associados a pais com experiências desafiantes no que diz respeito aos cuidados do recém-nascido (RN). Uma grande discrepância entre as expectativas pré-natal e a realidade das necessidades do RN pode ser responsabilizada pelo aumento da probabilidade de apresentação desta patologia.¹⁷ Apesar das expectativas poderem ser desadequadas para a maioria das realidades, a verdade é que os RN também podem apresentar desafios particulares, como os associados à prematuridade ou outros, como, por exemplo, perturbações do sono, cólicas ou perturbações do desenvolvimento.³

No que diz respeito aos fatores de risco biológicos, existem apenas modelos teóricos da influência que estes podem ter na DPPP. A transição para a paternidade associa-se a alterações hormonais, nomeadamente dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina, que podem estar associadas ao aparecimento e desenvolvimento da DPPP, dado que cada uma destas hormonas interfere nos comportamentos parentais.^{26,27}

O estudo de Kim et al²⁶, levanta algumas hipóteses a este respeito. Em relação aos níveis de testosterona, na maioria dos homens, estes diminuem ao longo da gravidez e no período pós-parto, mantendo-se baixos durante vários meses para a maioria dos pais. É sugerido que esta diminuição está associada a uma menor agressividade e a uma melhor concentração na parentalidade, enquanto os níveis elevados de testosterona se associam a comportamentos mais desadequados.

No homem os níveis de estrogénios começam a aumentar durante o último mês da gravidez até ao início do pós-parto. É proposto, à semelhança com o que acontece na mãe, que o aumento dos níveis de estrogénio pode melhorar os comportamentos paternos.²⁶

Existe uma associação entre a existência de elevados níveis de cortisol e de stress. No entanto, altos níveis desta hormona associam-se, na mãe, a uma maior preocupação pelo RN e a menor probabilidade de apresentação de humor deprimido, sendo levantada a hipótese de que o mesmo pode acontecer no pai.²⁶

Quanto à vasopressina, esta aumenta após o parto, com um aumento dos recetores da hormona no córtex pré-frontal. Sendo esta área relevante para o planeamento e organização de um comportamento paterno adequado, os autores do artigo propõem que os níveis baixos de vasopressina podem associar-se a dificuldades comportamentais e, assim, tornar os pais mais vulneráveis à depressão.²⁶

Os níveis de prolactina aumentam durante a gravidez e no primeiro ano pós-parto. Dado que há uma associação entre os níveis elevados desta hormona e melhores respostas aos estímulos infantis, o oposto pode provocar dificuldades de adaptação à paternidade e, assim, aumentar o risco de DPPP.²⁶

Apesar das hipóteses levantadas, os estudos que analisam o papel destas hormonas no comportamento parental produzem alguns resultados inconsistentes.²⁷

Clínica

Sendo a DPPP uma forma de perturbação depressiva major, os sintomas são, de uma forma geral, semelhantes aos das restantes formas de depressão.^{5,17}

Tendo os doentes de cumprir os critérios diagnósticos para perturbação depressiva major, estes têm de apresentar, durante um período de pelo menos 2 semanas, cinco ou mais dos sintomas de seguida referidos sendo obrigatoriamente um dos sintomas a presença de humor deprimido ou perda de interesse/prazer. Os sintomas incluem alterações no peso/apetite, insónia ou hipersónia, agitação, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, menor capacidade de concentração e ideação suicida. Para além disso, os sintomas têm de causar sofrimento clinicamente significativo ou prejudicar o normal funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes.⁵

No entanto, na DPPP pode haver apresentação de sintomas menos característicos de depressão e diferentes face aos apresentados na DPPM. Os homens têm mais probabilidade de apresentar irritabilidade, raiva, conflitos interpessoais, impulsividade e abuso de drogas e/ou álcool.^{1,18} Além disso, como forma de lidarem com a patologia, os homens podem evitar estar presentes em casa, dormir excessivamente ou dedicar-se intensamente ao trabalho ou a um determinado projeto.¹⁴

Adicionalmente, existe uma elevada comorbilidade da DPPP com outras perturbações psiquiátricas como é o caso da ansiedade e da perturbação obsessiva-compulsiva. É relatado um aumento significativo dos níveis de ansiedade durante a transição para a parentalidade e os que apresentam perturbações de ansiedade têm uma maior probabilidade de manifestar depressão.^{28,29} Para além disso, estas perturbações também se podem relacionar com a perturbação obsessiva-compulsiva, cujos sintomas típicos no pós-parto incluem pensamentos intrusivos e/ou comportamentos obsessivos. O estudo de Abramowitz et al³⁰ revela que os pais podem apresentar as seguintes preocupações em relação aos filhos: possibilidade de provocarem danos intencionais aos mesmos, destes serem sufocados ou a sua morte.

Escalas de avaliação

Apesar do diagnóstico da DPP ser clínico, podem ser utilizados instrumentos de avaliação que complementam a clínica. A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (do inglês *Edinburg Postnatal Depression Scale* – EPDS)³¹, disponível no Anexo 1, tem sido utilizada de forma universal para avaliar a depressão e ansiedade pós-parto nas mulheres, propósito para o qual foi desenvolvida inicialmente, mas também nos homens. Esta escala é composta por 10 questões, sendo que cada uma é pontuada de 0 a 3 de acordo com a severidade dos sintomas. Tem como vantagens o facto de ser de livre acesso, de fácil entendimento e poder ser aplicada rapidamente.¹ Apesar de apresentar algumas limitações³², como a existência de questões ambíguas ou a aplicação frequente de *cut-offs* incorretos, a EPDS foi validada para a DPPP em alguns países da Europa e Ásia e na Austrália, com o estabelecimento de diferentes *cut-offs* para diagnóstico.^{1,33–38} De uma forma geral, os *cut-offs* para a DPPP são inferiores aos utilizados nas mulheres. Isto pode ser explicado pela consideração de que os homens são menos expressivos com as suas emoções e, por isso, tendem a ter pontuações mais baixas, apesar de poderem estar a sofrer níveis de depressão idênticos aos das mulheres.^{34,36} No que diz respeito a Portugal, no estudo de Areias et al³⁹, a EPDS não mostrou grande sensibilidade.

Adicionalmente, na impossibilidade desta escala ser aplicada diretamente ao homem, o estudo de Fisher et al⁴⁰, validou a *Edinburg Postnatal Depression Scale* –Partner (EPDS-P), uma versão da EPDS, mas realizada através do relato da mãe, como um instrumento de rastreio confiável para a DPPP. Importa salientar que, após esta triagem positiva, é necessária uma avaliação clínica completa, principalmente porque a EPDS-P não avalia corretamente o risco de suicídio paterno.

A EPDS concentra a sua avaliação na presença de sintomas de tristeza e ansiedade e exclui os sintomas somáticos, frequentemente associados à depressão. O estudo de Psouni et al⁴¹, reportou que a utilização da EPDS combinada com a Escala de Depressão Masculina de Gotland

(GMDS)⁴², escala capaz de identificar os sintomas somáticos, apresenta uma maior sensibilidade face à EPDS.

Alternativamente, podem ser utilizados outros questionários de rastreio de depressão major, com menor sensibilidade face à EPDS, como o *Beck Depression Inventory* (BDI)^{43,44}, a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD)⁴⁵, o *General Health Questionnaire* (GHQ)⁴⁶ e o *Patient Healthcare Questionnaire-9* (PHQ-9)⁴⁷, sendo que o último foi reportado com validade semelhante à EPDS no rastreio de DPPP.^{37,48,49}

Impacto da DPPP

À semelhança da DPPM, a DPPP está associada a um grande impacto ao nível psicológico, social e de custos associados à saúde da sociedade.¹⁷ De facto, a DPPP pode afetar a vinculação pai-filho e o bem-estar materno e infantil. Para além disso, tem impacto no crescimento físico e no desenvolvimento cognitivo, comportamental e social da criança.^{6,11,17}

Na vinculação pai-filho

Os RN desenvolvem-se no contexto de um relacionamento crescente com os seus principais cuidadores, sendo este o principal fator para um desenvolvimento saudável.⁵⁰

A vinculação é um aspeto específico da relação entre pai e filho que se relaciona com a sensação de segurança e proteção que o filho encontra disponibilizada pelo cuidador.⁵¹

Existem quatro tipos de vinculação e, nomeadamente, de vinculação pai-filho, segura, insegura evitante, insegura resistente e desorganizada. Estes padrões refletem diferenças qualitativas no que diz respeito à forma e eficácia com que uma criança organiza e mantém o seu comportamento no que diz respeito à sua segurança face a determinada figura.⁵² A qualidade da vinculação é extensamente determinada pela resposta do cuidador quando os sentimentos de segurança e proteção da criança são ameaçados, como quando está doente ou sofre alguma perturbação física ou emocional. Desta forma, com base nas interações pai-filho diárias, a partir dos 6 meses, as crianças antecipam as respostas do cuidador ao seu sofrimento e moldam o seu comportamento.⁵¹

Uma vinculação segura corresponde àquela em que há uma resposta consistente ao sofrimento do filho de uma forma sensível e suficiente e, por isso, o filho sente-se seguro na expressão de emoções negativas. Por outro lado, encontra-se o oposto nos restantes tipos de vinculação, pelo que estas se podem associar a perturbações sociais e emocionais⁵¹, uma vez que nos tipos de vinculação insegura quanto maior a necessidade de segurança, menor a probabilidade de esta estar disponível.⁵³

A DPPP tem impacto ao nível da vinculação, havendo uma relação entre a apresentação de sintomas depressivos por parte do pai e a interação pai-filho.^{18,25} Aqueles que apresentam esta patologia podem apresentar menos comportamentos positivos como sensibilidade, cordialidade e capacidade de resposta e, por outro lado, mais hostilidade e afastamento, entre outros comportamentos negativos.³ Para além disso, os sintomas depressivos reduzem o prazer que os pais sentem na interação com os seus filhos.^{17,25} Portanto, a vinculação pode ser prejudicada por diminuição do afeto pelo filho, sentimentos de indiferença, raiva, rejeição ou até por impulsos de prejudicar o RN.¹⁸

Quando a DPPP tem impacto ao nível da vinculação, frequentemente as consequências são perturbações do comportamento e do desenvolvimento infantil.^{25,50} De uma vinculação insegura ou desorganizada pode resultar o aumento dos níveis de cortisol do RN. Se esta elevação for crónica pode prejudicar o normal desenvolvimento cerebral, afetar o crescimento fisiológico e o sistema imunológico. Disto pode decorrer, por exemplo, uma perturbação ao nível da maturação do córtex frontal, que tem importância na regulação cognitiva e emocional.⁵⁴

No desenvolvimento infantil

O primeiro ano de vida é um período crítico para o desenvolvimento infantil. Sendo o RN extremamente sensível ao que o rodeia, experiências stressantes podem impactar de forma persistente a sua infância e adolescência.²⁵

Quanto à DPPM, uma revisão sistemática⁵⁵ propôs alguns mecanismos para justificar o risco acrescido dos filhos apresentarem um desenvolvimento anormal, nomeadamente uma predisposição genética para depressão ou para características que aumentam a vulnerabilidade para a depressão, mecanismos neurorreguladores disfuncionais que interferem com os processos de regulação emocional e a exposição a comportamentos negativos ou a ambientes de maior stress. No que diz respeito à DPPP, o estudo de Gutierrez-Galve et al⁵⁶ indica que esta exerce a sua influência no comportamento subsequente das crianças, essencialmente através de fatores associados ao ambiente familiar, nomeadamente a DPPM, os conflitos conjugais e, em menor grau, a falta de envolvimento do pai.

Assim, o normal desenvolvimento da criança pode ser afetado pela DPPP tanto a curto como a longo prazo, nomeadamente com a ocorrência de perturbações internalizantes ou externalizantes.^{4,57}

No estudo de Vänskä et al¹⁵, foi demonstrado que a saúde mental paterna é fundamental para o desenvolvimento cognitivo das crianças. Aqueles com sintomas depressivos pós-parto frequentemente passam menos tempo com os seus filhos e têm comportamentos mais passivos no

que diz respeito a atividades lúdicas. Isto pode levar a uma estimulação da criança insuficiente, conduzindo a um aumento da sua vulnerabilidade a dificuldades ao nível do desenvolvimento cognitivo.

Há também associação entre a DPPP e o temperamento infantil, sendo que os filhos daqueles que apresentaram humor depressivo mais acentuado, demonstraram, no estudo de Davé et al⁵⁸, mais agitação. No mesmo sentido, foi também demonstrado que a DPPP é fator de risco para choro excessivo aos 2 meses de idade, independentemente da presença de DPPM.⁵⁹

A DPPP aumenta de forma significativa o risco de a criança vir a ser diagnosticada com uma perturbação psiquiátrica, nomeadamente perturbação desafiante de oposição.⁶⁰

Para além do já mencionado, o impacto da DPPP no desenvolvimento infantil é uma área de estudo fundamental dada a influência ao nível do sucesso escolar.⁶¹ Estudos referem uma associação da depressão em múltiplos períodos do desenvolvimento com um aumento do risco de dificuldades cognitivas e educacionais, com um pior desempenho académico subsequente.^{62,63} Parte deste impacto negativo no percurso escolar pode ser atribuída à diminuição da frequência e do tempo que os pais dedicam à leitura de histórias aos filhos, consequência dos sintomas depressivos, o que condiciona a sua expressão verbal.⁶⁴

Importa ainda referir que a DPPP pode impactar o desenvolvimento do RN através da diminuição da capacidade do pai em apoiar a mãe, sendo a saúde materna essencial para o bem-estar físico e emocional do RN.⁶⁵ Para além disso, existe associação entre a DPPP e as diferentes formas da mãe se relacionar com o seu filho.⁴

Prevenção e identificação precoce da DPPP

A prevenção e identificação precoce da DPPP releva-se de grande importância uma vez que conduz a benefícios não apenas para o homem, mas também para o filho e para a mãe.²⁰

Assim, surgem diversas formas de prevenção da doença que podem ser aplicadas com vista à melhoria da saúde mental dos pais.

Um estudo de Lerardi et al¹⁴ apresenta algumas sugestões propostas por pais de forma a aumentar o reconhecimento da patologia ao nível de sinais, sintomas, fatores de risco e modalidades de tratamento. Assim, apontam como principais recomendações o aumento da identificação de sintomas depressivos em homens cujas companheiras sofrem de DPPM e o aumento da sensibilidade para a doença, por parte de enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde. Isto pode ser conseguido através da inclusão dos homens nas diversas aulas e discussões relacionadas com a gravidez, nomeadamente sobre os cuidados pré-natal, o parto, bem como nas consultas pós-parto e de puericultura. Para além disso, recomendam também a formação

de grupos de apoio constituídos por homens, onde é possível a partilha de experiências, angústias e medos, potenciando a diminuição dos níveis de ansiedade. No que diz respeito a estratégias para aumentar a sensibilização pública sobre a doença, estas podem incluir também a divulgação de recursos visuais com um resumo da literatura sobre a patologia ou a disponibilização de ferramentas de avaliação como a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e a Escala de Depressão Masculina de Gotland.⁴⁹

Ao nível de apoio social, a existência de uma licença de paternidade mais longa e a remuneração da mesma estão associadas a uma atitude mais positiva e a uma melhor adaptação às mudanças do período pós-parto.⁶⁶

Medidas que visam o apoio do casal e o fortalecimento da sua relação podem ser úteis na prevenção de DPPP.²⁴ Tendo em conta que a insatisfação conjugal se apresenta como um fator de risco para a doença, a avaliação deste parâmetro tem um impacto positivo na prevenção da DPPP.⁶ Assim, o casal deve ser acompanhado e informado sobre a melhor forma de se apoiar mutuamente.²⁰

Tendo em conta a influência que a DPPP tem na qualidade da interação pai-filho, é relevante fornecer intervenções preventivas e de apoio como as que são baseadas na vinculação, focadas não apenas na mãe, mas também no pai, com vista a promover o bem-estar e a aumentar as competências parentais, fomentando assim as relações familiares.⁴

O facto do historial de problemas de saúde mental na adolescência e no início da idade adulta ser fator de risco para DPP realça a importância de haver investimento em abordagens de promoção de saúde mental pré-concepcionais de qualidade, pensadas para jovens durante o seu desenvolvimento para a idade adulta e na sua transição para a parentalidade.^{22,25}

Um estudo de Cano Giménez et al⁶⁷, na sequência da avaliação de mães e pais de RN numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, disponibilizou um guia de intervenção com vista à compreensão, por parte dos pais, das crianças e das suas interações com elas em cada fase da hospitalização. Com recurso a este guia foram detetadas diminuições dos scores quer de ansiedade quer de depressão no momento da alta hospitalar.

Vários estudos referem a importância do rastreio da DPP não só ao nível materno como também paterno.^{4,14,24,25} Por um lado, pela relevância independente da DPP, mas por outro pela frequente associação da patologia em ambos os pais, sendo a DPPM reconhecida como o principal risco para DPPP.¹⁴

A contribuição do pediatra e dos clínicos de Medicina Geral e Familiar na identificação precoce de sintomas depressivos nos pais é realçada num estudo de Segre et al⁶⁸. Neste, os autores referem que, como parte integrante dos cuidados pós-parto, deve ser contemplado um programa ativo de rastreio de DPP durante as consultas. Reforçam que a identificação precoce dos pais em

risco de desenvolver DPP e o encaminhamento dos mesmos para cuidados de saúde mental devem fazer parte das tarefas do profissional de forma que o bem-estar das crianças e da família seja garantido. No mesmo sentido, o estudo de Ierardi et al¹⁴ refere que, apesar da existência de bons recursos, seguro de saúde e acesso a cuidados de saúde, os homens avaliados não procuraram ajuda formal, o que reforça a importância das intervenções proativas dos prestadores de cuidados de saúde. De facto, Portugal encontra-se no grupo de países com melhores indicadores de saúde materno-infantil. Este sucesso deve-se fundamentalmente à introdução de um programa nacional de vigilância da gravidez aliado à implementação de medidas de saúde pública, como a vacinação e a educação para a saúde da população, com o acréscimo do alargamento do enquadramento legal para a proteção da parentalidade. No programa nacional de vigilância na gravidez, apesar de não ser dada particular atenção ao pai, estando a vigilância centrada na mãe, verifica-se uma tendência para a inclusão da figura paterna. Neste programa é preconizada a avaliação do risco para depressão e dos sintomas de ansiedade. É também destacada a existência de necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas no homem, relacionadas com a paternidade, que são merecedoras de atenção e que carecem de esclarecimento.⁶⁹

Uma outra forma de identificação precoce da DPPP é apresentada no estudo de Kiviruusu et al²³ que sugere que pais com perturbações do sono durante a gravidez devem ser candidatos a rastreio para a patologia, uma vez que a insónia e a sonolência durante este período preveem trajetórias de depressão.

A evidência atual sugere que cada vez mais frequentemente os pais procuram informações sobre saúde via online, nomeadamente através de redes sociais.^{14,70} Deste modo, é possível que existam marcadores de DPP nas redes sociais que permitam a identificação precoce da patologia. O estudo de Shatte et al⁷¹ demonstrou que, no período pós-parto, os pais com alto risco de desenvolver DPPP exibem um menor envolvimento comportamental com as plataformas digitais, fazem publicações e comentários classificados pelos restantes utilizadores como de menor qualidade, envolvem-se menos em discussões relacionadas com humor e estilo de vida e utilizam mais terminologia relacionada com depressão. Os autores explicam estas observações pela presença de sintomas depressivos que podem desencorajar o envolvimento social, nomeadamente a anedonia e a exaustão. Assim, os resultados deste estudo demonstram que a participação nas redes sociais dos pais no pré-parto pode prever, por si só, o aumento do risco de DPP. Com esta base é possível desenvolver ferramentas preventivas e de intervenção.

Estratégias de tratamento da DPPP

No que diz respeito ao tratamento da depressão no homem, a terapêutica farmacológica e a psicoterapia têm a sua eficácia comprovada, no entanto, escasseiam estudos relativos ao tratamento desta patologia no período específico do pós-parto.

A abordagem terapêutica deve considerar o enquadramento individual, familiar e social do doente. A decisão sobre o tratamento mais adequado deve ter em conta a gravidade dos sintomas e potenciais fatores de risco como ideação suicida e a história pessoal de perturbações psiquiátricas, variando o modelo de tratamento em função da severidade.⁷² Adicionalmente, devem ser tidos em conta os mecanismos que potencialmente se encontram na base da patologia. Por exemplo, se a DPPP se apresenta associada a um fraco desempenho ao nível dos cuidados do filho, o tratamento deve passar pelo desenvolvimento das competências parentais, de forma a minimizar o impacto negativo desta patologia na criança. Por outro lado, se o humor depressivo conduz a uma fraca autoestima, perspetiva de futuro e interação com o filho, então poderá ser considerada a prescrição de antidepressivos ou terapia cognitivo-comportamental.⁷³

Quanto à terapêutica farmacológica, tratando-se de um episódio de depressão major, a primeira linha de tratamento passa tipicamente pelos inibidores da recaptação da serotonina.⁷⁴

Relativamente às preferências de tratamento, o estudo de Cameron et al⁷⁵ indica que a maioria dos novos pais preferem a psicoterapia individual ou de casal face à terapêutica farmacológica.

Conclusão

A DPPP é uma patologia relativamente comum e ainda subdiagnosticada, por um lado pela pouca consciencialização para a possibilidade do homem sofrer desta patologia, e, por outro, pela repressão dos sentimentos pela figura paterna para, de certo modo, corresponder à imagem que a sociedade constrói do homem, que se encontra, muitas vezes, longe das perturbações de saúde mental.

Apesar do tema da saúde mental do homem ter vindo a ganhar relevância nos últimos anos, a definição da DPPP não é consensual e esta patologia não é identificada formalmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, sendo a sua definição apoiada na da DPPM.

São diversos os fatores de risco associados à DPPP com destaque para a DPPM que é o mais importante, mas também para a insatisfação conjugal.

Os homens apresentam um quadro sintomatológico com algumas diferenças em relação ao das mulheres, pelo que se torna cada vez mais relevante o recurso a instrumentos validados e

eficazes para facilitar o diagnóstico precoce, que ainda não se encontram plenamente desenvolvidos, nem validados em Portugal.

A DPPP é uma doença associada a um elevado impacto na saúde do homem, mas também no bem-estar materno e da criança. No que diz respeito à criança, destaca-se a influência ao nível do desenvolvimento cognitivo e comportamental, com aumento do risco de perturbações psiquiátricas e insucesso escolar. Este impacto pode ser mediado pela forte influência que a DPPP tem ao nível da vinculação pai-filho.

Para a prevenção e identificação precoce da DPPP é essencial o reconhecimento da patologia pelos profissionais de saúde. É necessário investir em abordagens pré-concepcionais de promoção de saúde mental de qualidade, aumentar o apoio ao nível social e promover medidas que fortaleçam a relação do casal e a vinculação pai-filho. Para além disso, deve ser contemplado um programa ativo de rastreio de DPPP durante as consultas, como parte integrante dos cuidados pós-parto.

No que diz respeito ao tratamento da depressão no homem no período específico do pós-parto, põe-se em prática a abordagem de um episódio depressivo major, no entanto, seria importante uma melhor investigação deste tema.

Apesar do conhecimento atual sobre a patologia, urge a implementação de práticas com impacto ao nível da saúde mental do homem. Por isso, é relevante que a investigação sobre a DPPP continue a aumentar, para que se compreenda melhor o seu impacto, mas também para que seja possível uma maior sensibilização para a patologia, com consequente melhoria ao nível do rastreio e identificação da doença com tratamento subsequente. Atendendo à prevalência da DPPM e da DPPP e à sua interdependência com as dinâmicas ao nível do casal, poderá ser relevante explorar e ponderar a importância de intervenções dirigidas ao casal parental. É necessária a compreensão de que um investimento no bem-estar e saúde do pai é uma aposta no equilíbrio de toda a família.

Bibliografia

1. Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, et al. Paternal Postnatal Depression Among Fathers of Newborn in Saudi Arabia. *Am J Mens Health*. 2019;13(1). doi:10.1177/1557988319831219
2. Wells MB, Jeon L, Aronson O. Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting: A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *J Affect Disord*. 2023;324:440-448. doi:10.1016/J.JAD.2022.12.128
3. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*. 2018;56:121-127. doi:10.1016/J.MIDW.2017.10.009
4. Ierardi E, Ferro V, Trovato A, Tambelli R, Riva Crugnola C. Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(4):527-533. doi:10.1007/S00737-018-0919-X
5. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª edição. artmed; 2014.
6. Duan Z, Wang Y, Jiang P, et al. Postpartum depression in mothers and fathers: A structural equation model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1). doi:10.1186/S12884-020-03228-9
7. 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. doi:10.1016/S0165-0327(99)00159-7
8. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-1969. doi:10.1001/JAMA.2010.605
9. 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. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044
10. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *J Affect Disord*. 2020;263:491-499. doi:10.1016/J.JAD.2019.10.030
11. Swami V, Barron D, Smith L, Furnham A. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *Journal of Mental Health*. 2020;29(2):217-224. doi:10.1080/09638237.2019.1608932
12. Swami V. Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *PLoS One*. 2012;7(11):e49779. doi:10.1371/journal.pone.0049779
13. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-1401. doi:10.1016/S0277-9536(99)00390-1
14. Ierardi JA, Fantasia HC, Mawn B, Watson Driscoll J. The Experience of Men Whose Partners Have Postpartum Depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019;25(6):434-444. doi:10.1177/1078390319849102

15. Vänskä M, Punamäki R, Lindblom J, et al. Parental Pre- and Postpartum Mental Health Predicts Child Mental Health and Development. *Fam Relat.* 2017;66(3):497-511. doi:10.1111/fare.12260
16. Meighan M, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. Living with postpartum depression: The father's experience. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 1999;24(4):202-208. doi:10.1097/00005721-199907000-00009
17. Howarth AM, Swain NR. Predictors of postpartum depression in first-time fathers. *Australasian Psychiatry.* 2020;28(5):552-554. doi:10.1177/1039856220924324
18. Wells MB, Jeon L. Paternal postpartum depression, coparenting, and father-infant bonding: Testing two mediated models using structural equation modeling. *J Affect Disord.* 2023;325:437-443. doi:10.1016/J.JAD.2022.12.163
19. 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):747-752. doi:10.1016/J.APNU.2016.07.005
20. Serhan N, Ege E, Ayranci U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs.* 2013;22(1-2):279-284. doi:10.1111/J.1365-2702.2012.04281.X
21. Figueiredo B, Canário C, Tendais I, Pinto TM, Kenny DA, Field T. Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *J Affect Disord.* 2018;238:204-212. doi:10.1016/J.JAD.2018.05.064
22. Thomson KC, Romaniuk H, Greenwood CJ, et al. Adolescent antecedents of maternal and paternal perinatal depression: a 36-year prospective cohort. *Psychol Med.* 2021;51(12):2126-2133. doi:10.1017/S0033291720000902
23. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord.* 2020;260:629-637. doi:10.1016/J.JAD.2019.09.038
24. Leung BMY, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M. Predictors of Postpartum Depression in Partnered Mothers and Fathers from a Longitudinal Cohort. *Community Ment Health J.* 2017;53(4):420-431. doi:10.1007/S10597-016-0060-0
25. Ip P, Li TMH, Chan KL, et al. Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behav Dev.* 2018;53:81-89. doi:10.1016/j.infbeh.2018.08.002
26. Kim P, Swain JE. Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edmont).* 2007;4(2):35-47.
27. Sobral M, Pacheco F, Perry B, et al. Neurobiological Correlates of Fatherhood During the Postpartum Period: A Scoping Review. *Front Psychol.* 2022;13:745767. doi:10.3389/fpsyg.2022.745767
28. Skari H, Skreden M, Malt UF, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG.* 2002;109(10):1154-1163. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x

29. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *J Affect Disord.* 2003;74(2):139-147. doi:10.1016/S0165-0327(02)00012-5
30. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM. Obsessional Thoughts in Postpartum Females and Their Partners: Content, Severity, and Relationship with Depression. *J Clin Psychol Med Settings.* 2003;10(3):157-164. doi:10.1023/A:1025454627242
31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
32. Matthey S, Agostini F. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for women and men—some cautionary thoughts. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(2):345-354. doi:10.1007/S00737-016-0710-9
33. Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):365-368. doi:10.1016/j.jad.2010.01.069
34. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord.* 2013;149(1-3):67-74. doi:10.1016/j.jad.2013.01.005
35. Lai BPY, Tang AKL, Lee DTS, Yip ASK, Chung TKH. Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Res.* 2010;180(2-3):80-85. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2009.07.015
36. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001;64(2-3):175-184. doi:10.1016/S0165-0327(00)00236-6
37. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of three psychometric instruments for screening for perinatal common mental disorders in men in the north of Vietnam. *J Affect Disord.* 2012;136(1-2):104-109. doi:10.1016/j.jad.2011.08.012
38. 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):251-256. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.02.002
39. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry.* 1996;169(1):30-35. doi:10.1192/BJP.169.1.30
40. 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):283-288. doi:10.1007/s00737-012-0282-2
41. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scand J Psychol.* 2017;58(6):485-496. doi:10.1111/sjop.12396

42. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001;16(Supplement 2):S21-S24. doi:10.1097/00004850-200103002-00004
43. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
44. Beck AT, Steer RA, Brown G. *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation; 1996.
45. Radloff LS. The CES-D Scale. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385-401. doi:10.1177/014662167700100306
46. Goldberg D, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson Publishing Company Ltd, Oxford; 1988.
47. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
48. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Patient Health Questionnaire-9 versus Edinburgh Postnatal Depression Scale in screening for major depressive episodes: A cross-sectional population-based study. *BMC Res Notes*. 2017;10(1). doi:10.1186/S13104-016-2364-0
49. Melrose S. Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemp Nurse*. 2010;34(2):199-210. doi:10.5172/CONU.2010.34.2.199
50. Hoffman C, Dunn DM, Njoroge WFM. Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(12). doi:10.1007/S11920-017-0857-8
51. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatr Child Health*. 2004;9(8):541-545. doi:10.1093/pch/9.8.541
52. Ainsworth M.D.S. BMC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum; 1978.
53. Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:152-156. doi:10.1016/j.copsyc.2018.06.008
54. Schore AN. Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr Rev*. 2005;26(6):204-217. doi:10.1542/pir.26-6-204
55. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106(3):458-490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
56. Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, Heron J, Ramchandani P. Paternal depression in the postnatal period and child development: Mediators and moderators. *Pediatrics*. 2015;135(2):e339-e347. doi:10.1542/PEDS.2014-2411
57. Fisher SD, Brock RL, O'Hara MW, Kopelman R, Stuart S. Longitudinal contribution of maternal and paternal depression to toddler behaviors: Interparental conflict and later depression as mediators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2015;4(2):61-73. doi:10.1037/cfp0000037

58. Davé S, Nazareth I, Sherr L, Senior R. The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. *Br J Dev Psychol.* 2005;23(4):609-621. doi:10.1348/026151004X22962
59. van den Berg MP, van der Ende J, Crijnen AAM, et al. Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics.* 2009;124(1):e96-103. doi:10.1542/peds.2008-3100
60. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(4):390-398. doi:10.1097/CHI.0b013e31816429c2
61. Kim P, Rigo P, Leckman JF, et al. A Prospective Longitudinal Study of Perceived Infant Outcomes at 18-24 Months: Neural and Psychological Correlates of Parental Thoughts and Actions Assessed during the First Month Postpartum. *Front Psychol.* 2015;6:1772. doi:10.3389/fpsyg.2015.01772
62. Shen H, Magnusson C, Rai D, et al. Associations of Parental Depression With Child School Performance at Age 16 Years in Sweden. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(3):239-246. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2917
63. Kaplan PS, Sliter JK, Burgess AP. Infant-directed speech produced by fathers with symptoms of depression: Effects on infant associative learning in a conditioned-attention paradigm. *Infant Behav Dev.* 2007;30(4):535-545. doi:10.1016/j.infbeh.2007.05.003
64. Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(3):254-262. doi:10.1111/J.1469-7610.2008.01973.X
65. Alio AP, Lewis CA, Scarborough K, Harris K, Fiscella K. A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:60. doi:10.1186/1471-2393-13-60
66. Feldman R, Sussman AL, Zigler E. Parental leave and work adaptation at the transition to parenthood: Individual, marital, and social correlates. *J Appl Dev Psychol.* 2004;25(4):459-479. doi:10.1016/j.appdev.2004.06.004
67. Cano Giménez E, Sánchez-Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr.* 2015;104(7):e300-5. doi:10.1111/apa.12984
68. Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open.* 2023;13(6). doi:10.1136/BMJOPEN-2022-069797
69. Portugal Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Para a Vigilância Da Gravidez de Baixo Risco.* Direção-Geral da Saúde; 2015.
70. Ammari T, Schoenebeck S. Understanding and Supporting Fathers and Fatherhood on Social Media Sites. In: *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems.* ACM; 2015:1905-1914. doi:10.1145/2702123.2702205

71. Shatte ABR, Hutchinson DM, Fuller-Tyszkiewicz M, Teague SJ. Social media markers to identify fathers at risk of postpartum depression: A machine learning approach. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2020;23(9):611-618. doi:10.1089/CYBER.2019.0746
72. Habib C. Paternal perinatal depression: An overview and suggestions towards an intervention model. *J Fam Stud*. 2012;18(1):4-16. doi:10.5172/jfs.2012.18.1.4
73. Nazareth I. Should men be screened and treated for postnatal depression? *Expert Rev Neurother*. 2011;11(1):1-3. doi:10.1586/ERN.10.183
74. Frieder A, Fersh M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*. 2019;33(3):265-282. doi:10.1007/s40263-019-00605-7
75. Cameron EE, Hunter D, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression. *J Affect Disord*. 2017;215:62-70. doi:10.1016/J.JAD.2017.03.031

Anexos

Anexo 1: Escala de Depressão de Edimburgo

Nome:

Data:

Idade do bebé:

Pontuação:

Aplicador da escala:

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

Nos últimos 7 dias:

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

Tanto como dantes
Menos do que antes
Muito menos do que antes
Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive
Menos do que costumava ter
Muito menos do que costumava ter
Quase nenhuma

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

Sim, a maioria das vezes
Sim, algumas vezes
Raramente
Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca
Quase nunca
Sim, por vezes
Sim, muitas vezes

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

Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como antes

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

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

Orientações para cotação:

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

Adaptado de: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

