

BERNARDA LOURENÇO RODRIGUES PAULO

**DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO PATERNAL
NA FASE FINAL DE GRAVIDEZ**

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – NORTE

2012

LOMBADA

<p>ISCS- NORTE BERNARDA PAULO</p>	<p>DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO PATERNAI NA FASE FINAL DA GRAVIDEZ</p>		<p>GANDRA 2012</p>
--	--	--	-------------------------------

DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO PATERAL NA FASE FINAL DA GRAVIDEZ

Bernarda Lourenço Rodrigues Paulo

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador: Doutora Florbela Teixeira

Gandra, Portugal 2012

RESUMO

Nesta investigação estudou-se a Depressão e Ajustamento Paternal na fase final da gravidez. Para tal seleccionou-se uma amostra composta por 200 homens, que coabitavam com suas esposas/mulheres/companheiras gestantes múltiplas e que se encontravam na 36^a semana de gravidez e a frequentar as consultas externas de obstetrícia em centros de saúde de assistência materna (Centro da Cambada, Centro da Graça e Centro Materno Infantil) em Benguela. A recolha de dados foi feita individualmente onde cada participante depois de ler atentamente os instrumentos, seguido de uma explicação minuciosa por parte do investigador para uma melhor percepção dos variados itens de que eram compostos os mesmos, e depois de se ter garantido a confidencialidade de que se revestia o trabalho, preencheu os inquéritos na presença do investigador.

Para possibilitar a recolha dos dados utilizamos um Questionário de caracterização sócio-demográfica; o EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e um Questionário de Percepção da Paternidade.

Depois do trabalho de investigação realizado e analisado chegamos aos seguintes resultados: a prevalência da depressão nos participantes do nosso estudo durante a gravidez de suas esposas/companheiras é de 41,5%. Quanto às variáveis sócio-demográficas: trabalho, planeamento da gravidez, ter luz e água em casa e pretender ter mais filhos, concorrem significativamente para o surgimento de sintomatologia depressiva, enquanto que o facto de viver ou não com a mãe do bebé não tem influência sobre esta patologia. No que se refere às percepções paternas, a ideia de vir a ser um bom pai, o desejo sexual, o cheiro do corpo, a esposa ter ficado grávida, como será a vida depois do nascimento do bebé, e as perturbações do sono estão associadas à depressão.

Palavras- chave: Depressão, gravidez, prevalência, factor de risco.

ABSTRAT

In this investigation was studied the Depression and Paternal Adjustment in the final phase of pregnancy. A sample of 200 men was selected, that cohabited with their wives/women/companion multiple pregnants whom were in the 36th week of pregnancy and frequented the external consultations of obstetrics in centers of health of maternal attendance (Center of Cambanda, Center of Graça and Infantile Maternal Center) in Benguela. The Collect of data was done individually where each participant after reading the instruments, followed by a meticulous explanation by the investigator (for a better perception of the varied items that the same ones were composed), and after having guaranteed the confidentiality, it filled out the inquiries in the presence of the investigator.

To make possible the collect of the data we used one questionnaire of socio-demographic characterization; EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) and the Questionnaire of Perception of the Paternity.

The following results were found: the prevalence of the depression in the participants of our study during the pregnancy of their wives/companions is 41,5%. The following socio-demographic variables: work, planning of the pregnancy, to have light and water at home and to intend to have more children are significantly associated with the appearance of depressive symptomatology, while the fact of living or not with the mother's baby doesn't have influence on this pathology. From the variables of paternal perception the idea of becoming a good father, the sexual desire, the smell of the body, the wife have become pregnant, how will be the life after the baby's birth, and the disturbances of the sleep are associated to the depression.

Key-words: Depression, pregnancy, prevalence, risk factor.

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração e conclusão deste trabalho, estiveram envolvidas várias pessoas que directa ou indirectamente deram o seu contributo para que o mesmo se concretizasse.

Endereço o meu apreço e consideração à Sr^a. Doutora Florbela Teixeira, pela orientação, apoio, fornecimento de referências bibliográficas, e colaboração no domínio estatístico deste trabalho de investigação

Endereço os meus agradecimentos a todos aqueles homens, que na condição de esposos/maridos/companheiros cujas mulheres na altura gestantes se encontravam a frequentar as consultas externas de obstetrícia nos centros de saúde materno infantil se dispuseram a participar neste trabalho como elemento fundamental, pois, sem os quais não seria possível a consecução do mesmo.

Às referidas esposas endereço os meus sinceros agradecimentos por permitirem que se chegasse aos seus esposos.

Endereço ainda os meus agradecimentos às direcções e às enfermeiras dos centros de saúde materno infantil da Graça, Cambanda e Centro Materno Infantil, às direcções tradicionais das zonas onde se situam os referidos centros, pois sem eles este trabalho não seria possível. Agradeço à minha família, às minhas filhas, que mesmo privadas do meu afecto, carinho durante todo este tempo que eu estava engajada na elaboração do projecto estiveram sempre do meu lado, prestando-me todo o apoio e dedicação.

Aos meus amigos, amigas, companheiros e colegas que mesmo muitas vezes privados da minha companhia sempre me impulsionaram a prosseguir e chegar ao fim pois, esta era uma meta a atingir.

A todos e todas que estiveram comigo directa ou indirectamente nesta luta endereço os meus sinceros votos de amizade e o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

DPG – Depressão Paterna na Gravidez

QPP – Questionário da Percepção da Paternidade

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

SPSS – Statistical Package of Social Science

ÍNDICE

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico.....	1
1.1 Introdução.....	1
1.2 Alterações emocionais durante a gravidez.....	2
1.3 Importância do pai no Pré-natal.....	3
1.4 Depressão.....	6
1.5 Depressão e ajustamento paterno na gravidez.....	7
1.6 Factores que influenciam o surgimento da depressão no pai durante a gravidez.....	10
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	13
2.1 Objectivos e hipóteses	13
2.1.1 Objectivo geral.....	13
2.1.2 Objectivos específicos.....	13
2.1.3 Questões de investigação.....	14
2.2 Desenho e método.....	14
2.3 Participantes.....	14
2.4 Procedimentos.....	15
2.4.1 Instrumentos.....	15
2.4.2 Declaração.....	15
2.4.3 Termo do consentimento do informado.....	15
2.4.4 Questionário de caracterização socio demografica.....	16
2.4.5 EPDS: Edimburgh Postnatal Depression Scale.....	16
2.4.6 Questionário da percepção da paternidade.....	16
2.5 Processos de tratamento e análise dos dados.....	17
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	18
3.1 Caracterização sócio-demográfica da Amostra.....	18
3.2 Prevalência da de Sintomatologia depressiva paterno na fase final da gravidez.....	20
3.3 Caracterização da Percepção da paternidade	20

3.4	Relação da depressão paterna na gravidez com as variáveis socio-demográficas da amostra.....	23
3.5	Caracterização da depressão paterna na gravidez e a percepção da paternidade.....	24
3.6	Síntese dos resultados obtidos.....	28
3.7	Discussão do resultados.....	28
	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
	ANEXOS	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração.....	39
Anexo 2. Termo de consentimento informado.....	41
Anexo 3. Questionário de caracterização sócio-demográfica.....	42
Anexo 4. EPDS: Edinburgh Postnatal Scale.....	43
Anexo 5. Questionário da perceção da paternidade.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da Amostra.....	19
Tabela 2 – Prevalência da sintomatologia depressiva paterna na fase final da gravidez.	20
Tabela 3 – Caracterização da percepção da paternidade.....	22
Tabela 4 – Relação da depressão paterna durante a gravidez e variáveis sócio-demográficas.....	24
Tabela 5 – Caracterização da depressão paterna na gravidez e a percepção da paternidade.....	27

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Introdução

O tema escolhido para este trabalho foi “ A Depressão e Ajustamento Paternal na Fase Final da Gravidez” por ser uma temática da actualidade e por os estudos nesta temática serem raros. Os estudos existentes estão mais dirigidos à depressão pré e pós-parto na mulher, embora mais recentemente também já se encontrem algumas pesquisas que se estão referenciando a sintomatologias depressivas no homem, companheiro, esposo de mulheres gestantes. É importante que assim seja pois segundo Condon (1993), ao longo da gravidez, os dois progenitores adquirem normalmente uma representação interna, crescentemente elaborada, do feto. Estudos clássicos de Cowan (1988), e de May (1980,1982), cit. por Goldberg e Struss (1999), fizeram já referências de que o envolvimento paterno tem o seu início e desenvolvimento ao longo da gravidez. Daí a importância de nos propormos a estudar tal tema no homem, em Angola, mais particularmente na província de Benguela.

Segundo Jeremy (2001), o papel de cônjuge é o mais exposto de entre os papéis que a pessoa assume durante a vida adulta. E, com a chegada dos filhos, abre-se o espaço para ser pai reduzindo assim o espaço do casal. Esperar um filho, para o cônjuge, tanto pode vir a ser um sentimento de alegria como de aventura nada fácil de ser gerido. A gravidez tanto constrange como implica um trabalho psíquico de adaptação para o casal o que pode gerar angústia ou até mesmo sentimento de culpa. Deste modo, e de acordo com Peixoto (2004, p.XXVII), podemos mesmo considerar que “a gravidez não é doença, mas pode exhibir desvios em sua evolução normal, decorrente de entidades diretamente a ela relacionadas”.

O nosso trabalho está estruturado em três partes diferentes. A primeira, deu lugar à fundamentação teórica do problema científico que nos propusemos a estudar através da revisão bibliográfica, e da pesquisa feita em diversas teorias e estudos já existentes, o que deu sustentabilidade científica ao corpo do trabalho, bem como possibilitou definir as hipóteses por nós formuladas,

escolher os objectivos e os métodos de trabalho. A segunda, refere-se à apresentação do problema científico, das hipóteses e os objectivos, as variáveis, os métodos e procedimentos do estudo, a população e os instrumentos de trabalho. A terceira parte, diz respeito à análise e tratamento dos dados recolhidos bem como a discussão dos resultados. Ao finalizarmos o trabalho, apresentamos como parte conclusiva o realce dos resultados, confrontando-os com os objectivos propostos.

1.2. Alterações emocionais durante a gravidez

“A Gravidez é um momento que se reveste de uma importância particular na vida do casal. Ter um filho não é uma fatalidade. Decide-se, prevê-se, antecipa-se tal momento” (Rahban, 2005, p.253). Mas, de acordo com Rahban (2005), quando neste período se esperava uma fase de preparação calma, para a mãe, este processo poderá não ter nada de tranquilo. Para Santos, Pereira e Ramalho (2011), tanto a sociedade como o próprio casal esperam a chegada de um filho como sendo o momento de união casal. Mas, estudos realizados neste domínio não confirmam estas expectativas, pelo facto de o ajustamento psicológico e afectivo da mulher antes e mesmo durante a gravidez estarem associados a perturbações psicológicas. Pois, segundo Rahban (2005), a mulher enfrentará várias transformações tanto a nível psicológico, como a nível do seu corpo, preparando-se, assim como o pai, para novas responsabilidades.

Existe uma modificação no casal que terá que se, abrir a outrém, e os pais ao tomarem consciência da realidade da vinda do filho começam um período de reflexão sobre o presente e o futuro. O pediatra Brazelton (1991) e o psiquiatra Cramer (1991) citado por Rahban (2005) assinalaram três estádios no decorrer da gravidez, correspondendo cada um deles a um trabalho de elaboração psíquica que se efectua paralelamente ao desenrolar cronológico. Ambos falam de “tarefas a realizar”, que passam por “aceitar a novidade”, reconhecer o nascituro como “outro”, e a descoberta do “nascituro”.

De acordo com obstetras e psiquiatras “a mulher torna-se instável, imprevisível, de choro fácil, com desejos e ideias estranhas, ilógicas” (Kitzinger, 1984, p.69).

Segundo Rzezinski (1998) o papel da mãe na gravidez começa logo com o planejamento, com o desejo de colocar um filho no mundo, mas acentua-se durante a gestação com as transformações e mudanças que se vão operando na mulher, tanto a nível corporal e comportamental, bem como emocional, tais como conflitos psicológicos, psicossociais, ansiedade, stress e a baixa auto-estima, que poderão interferir na sua vida profissional, no lar, e afectar a sua saúde e a saúde e desenvolvimento do feto.

De acordo com Kitzinger (1998), quanto mais preparada, confiante e instruída estiver a mulher para o parto, presume-se que sofrerá menos com os extremos da imprevisibilidade emocional do que a mulher que encara o parto com ignorância e medo. Ainda durante a gravidez, aconselha-se ao marido ler alguns dos livros sobre parto que a mulher estiver a ler, discutindo com ela e ajudando-a a decidir-se acerca de algumas ideias ou pormenores dos métodos descritos que pareçam incompreensíveis.

O marido deve acompanhá-la ao médico, ajudá-la a sentir-se desejada, atraente e confiante, deve ajudá-la nos exercícios, fazendo com ela alguns deles para que compreenda quais são as dificuldades. Mas neste período segundo O’Leary e Thorwick (2006), o pai vivencia a gravidez da esposa de uma forma tão intensa que muitos passam a apoiar incondicionalmente a esposa como se para eles a sua existência passasse para o segundo plano, e não se permitem partilhar seus medos, suas ansiedades e suas expectativas, sentindo-se única e simplesmente na obrigação e dever de proteger as esposas/mães durante todo esse período.

1.3. A importância do pai no pré-natal

A mãe precisa de um bom pré-natal onde possa tirar todas as dúvidas, ter orientações e certeza de que tudo vai bem com ela e com seu bebé, sendo neste momento que ela precisa do apoio familiar, principalmente do marido, garantindo deste modo uma gravidez e um pós-parto tranquilo evitando a

ansiedade, cansaço, sentimento de culpa e incapacidade, prevenindo assim a depressão. Para tal é necessário que se constitua uma equipe multidisciplinar onde estejam incluídos o obstetra, o psiquiatra e o psicólogo, de forma a proporcionarem apoio aos pais (Queirós, 2011).

De acordo com Hook (1981) citado por Peixoto (2004), o período pré-natal tem grande importância na medida em que contribui para que sejam tratados mesmo antes de ocorrer a gravidez, aspectos relacionados com factores maternos de maneira a proporcionar condições materno-fetais favoráveis. De acordo com Sancovsk (1994) a primeira consulta de pré-natal apresenta uma importância relevante no contexto da gestação. É nessa consulta que a gestante chega acompanhada, normalmente pelo seu companheiro ou pela mãe, trazendo consigo uma grande expectativa que é, conhecer o seu médico, o seu condutor nessa estrada de 9 meses para um parto seguro.

De acordo com o mesmo autor, elas chegam com diversas expectativas e de situações individuais: tabus, conceitos, conselhos certos e ou errados, e muitas vezes duvidosos os quais deverão ser tratados e acompanhados, com particular atenção e dedicação pelo profissional de saúde (obstetra) para se evitar erros que poderão gerar grandes prejuízos para a mulher, para a gestação, para o feto e até mesmo para a sociedade.

Segundo Naufal (2008) hoje é imprescindível e necessária a participação do futuro pai no pré-natal da mulher grávida. O pai deve para uma melhor interacção com o feto sempre que possível, acariciar o abdómen da mulher, dizer palavras doces e meigas estabelecendo deste modo uma relação de carinho, afecto, e comunicação para com o feto que está sendo gerado, e o filho que deverá chegar em breve.

É importante que o feto receba esta comunicação e emoção transmitida, pois a parede do abdómen e do útero não são obstáculos para este acesso, pois, segundo Naufal (2008) e Iaconelli (2010), está provado que o feto percebe sons, temperatura, luz e movimentos que ocorrem na parte externa próxima à parede abdominal da grávida, logo torna-se importante o diálogo da mãe ou do pai com o futuro bebé. De acordo com Naufal (2008), a mulher quando engravida, sofre modificações na sua estrutura física, mental, psicológica e

social, tornando-se mais insegura, agressiva, chora facilmente, enche-se de caprichos e desejos que por vezes desde que não sejam absurdos podem ser satisfeitos pelo marido que por sua vez em vez de rejeitá-los e recusá-los directamente deve dialogar com a gestante sobre a possibilidade de realizá-los ou não. Por a mulher apresentar estas variações emocionais não quer dizer que está doente, nem impossibilitada de se movimentar e se expressar o que muitos maridos julgam, pelo que tratam suas esposas como tal, cercando a sua liberdade. Para que a grávida tenha uma gestação saudável, sem percalços, o marido e toda família, deve proporcionar-lhe um ambiente calmo, alegre, receptivo e aconchegante, manifestando-lhe apoio e segurança.

Para Iaconelli (2010), a paternidade nessa altura é vista como o momento do homem poder fincar raízes e provar o seu amor incondicional, mas nem tudo se apresenta como sendo flores, pois também ele sofre mudanças. O momento inspira renovações e adaptação, deste modo o sentimento da passagem da condição de filho que até aqui ele era para pai revela-se conflituante. Muitos sentem-se eufóricos, ansiosos, sintomas de enjoo, azia, ciúmes com a chegada do filho e até mesmo chegam a engordar, durante a gravidez da esposa/companheira.

Por razões culturais na representação de papéis masculinos e femininos (Costa, 2000; Fleck, Falcke & Hackner, 2005; Lewis & Lamb, 2003; Trindade & Meandro, 2000), apesar das transformações que se verificam, ainda se mantêm os estereótipos de género que enfatizam a divisão entre os papéis. Por isso é que muitos pais julgando-se na obrigação de proporcionar o sustento, e de ser este um papel masculino, no período de gestação de suas esposas e com a chegada dos filhos passam a dar maior atenção ao trabalho para proporcionar à família segurança e estabilidade financeira (Fleck & Wagner, 2003; Jablonski, 1999; Wagner, Hartmann, Oliveira & Ribeiro, 1999).

Assim e de acordo com Rezende e Montenegro (1999), o papel do pai em relação à gestação, também deve ser avaliado bem como a relação pai e mãe com os outros membros da família incluindo a relação do pai com o médico no que diz respeito às responsabilidades.

1.4. Depressão

Caracterizada por uma modificação profunda do humor no sentido da tristeza, do sofrimento moral e da lentificação psicomotora, a depressão faz parte das doenças mentais que mais perturbam a população de todas as idades. Os seus sintomas podem ser, por vezes muito nítidos ou dissimulados, o que complica amiúde o seu tratamento (Wildhöcher, 1996).

Segundo Manara (2004), a Depressão é uma doença que atinge crianças, adolescentes e adultos, manifestando-se duas vezes mais em mulheres do que em homens, além de que cerca 20% a 40% daqueles que têm progenitores depressivos podem desenvolver a doença.

De acordo com o mesmo autor, Depressão é muito diferente dos sentimentos normais de tristeza. Sentir-se triste faz parte da vida; perder um pai ou mãe, terminar um casamento, são situações que deixam qualquer um de humor deprimido. Mas quando a tristeza domina a pessoa dificultando-a e impedindo-a de trabalhar e de se relacionar, já se trata de doença e designa-se depressão.

De acordo com Gouveia (1990), os estudos evidenciam a prevalência de sintomas depressivos na ordem dos 9 e 20% da população em geral, sendo o risco de desenvolver depressão maior nas mulheres cerca de 20 a 26% contrastando com os homens de 8 a 12%.

Barreto (1973), e Manarra (2004) concordam que alguns dos sintomas que caracterizam os distúrbios depressivos envolvem o humor triste persistente, irritabilidade, dores físicas, diminuição do desejo e da função sexual, perturbações do sono, alterações no apetite, sentimentos de culpa, perda do interesse ou prazer nas actividades habituais, sentimento de falta de energia e motivação.

Segundo Del Porto e Alberto (1999), chama-se Depressão ao conjunto de alterações que surgem no indivíduo que vão desde o domínio comportamental, emocional até ao cognitivo. Entre tais alterações encontram-se a perda de interesse nas actividades profissionais, do prazer nas relações interpessoais, afastamento do convívio social, baixa auto estima, sentimento de culpa ou auto

depreciação e falta de concentração, trazendo deste modo grandes prejuízos em várias áreas da vida de uma pessoa.

Deste modo e de acordo com Bleichuman (1983), podemos considerar que ao diagnosticar a Depressão como doença e por apresentar sintomatologias diversas, pode-se falar em Depressões em vez de se falar apenas em Depressão.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2000) enquadra-se num episódio de Depressão Major todos aqueles sintomas que o sujeito vem apresentando num período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. O sujeito deve igualmente apresentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte, com realização de planos, tentativas ou ideação suicida.

1.5. Depressão e ajustamento paternal na gravidez

De acordo com Brown (1994 citado em Ramalho et al., 2011, p. 32), a gravidez é um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos podendo no entanto haver fortes evidências do facto de que o ajustamento psicológico e afectivo da mulher, antes e durante a gravidez, pode estar associado a perturbações psicológicas.

Existem três grandes tipos de perturbações psicológicas associadas ao parto: blues, psicose e depressão. Deste modo e segundo Duque (2003, 2004):

A Psicose pós-parto é caracterizada como um quadro grave com risco de suicídio e ou infanticídio. É uma perturbação com início muito rápido e de forma brutal quase sempre entre os 8 e os 15 dias após o parto, cujos sintomas se apresentam sob forma de agitação, agressividade, humor instável, depressivo e irritável, manifestando atitudes agressivas para com o recém-nascido,

podendo as mesmas ser visíveis ou mascaradas. Na maioria dos casos depois de uma hospitalização para tratamento evolui favoravelmente.

Os Blues pós-parto, também conhecidos por síndrome do 3º dia surgem dias após o parto, numa proporção de 30 a 80% das mulheres, apresentando manifestações neuropsíquicas, geralmente leves e benignas, mas por vezes intensas com duração breve, muitas vezes apenas de 1 dia. A sua sintomatologia caracteriza-se por crises de choro, queixas somáticas, perturbação do sono, tornam-se susceptíveis e irritáveis. Os Blues são uma psicopatologia do puerpério que geralmente não necessita de tratamento específico.

No que diz respeito à depressão pós-natal, a sua probabilidade de ocorrência apresenta-se alta no 1º trimestre, baixando durante o 2º trimestre, tornando a acentuar-se no 3º trimestre e, prolongando-se muitas vezes até ao 15º mês. A puérpera apresenta sintomas que se assemelham com os sintomas da Depressão nas outras fases da vida, estando presentes sintomas como crises de choro, sensação de abatimento, incapacidade em lidar com os acontecimentos habituais, sobrecarga, irritabilidade a pequenos eventos até mesmo com o choro do bebé, sente que não é capaz de cuidar do filho, desinteressa-se pela actividade sexual, tem pesadelos, sente-se com medo de maltratar o bebé então evita o contacto com ele.

De acordo com Maldonado et al. (1997), as repercursões da gravidez, são muito diferentes na mulher que sente o filho crescer dentro de si, todas as transformações do seu corpo até dar à luz e poder vir amamentá-lo, e no homem que assume o papel de pai pode sentir inveja, e exclusão nessa relação mãe e filho.

Embora a gravidez e a chegada de um filho seja um período de transição e de adaptação para toda a família no que diz respeito ao exercício de seus papéis (Carter & McGoldrick, 1995; Musito, 2001), é também uma etapa pouco estudada na perspectiva do pai. É compreensível que nesta fase seja enfaticamente estudada “a gravidez e a mãe” por ser ela que visivelmente transporta a criança dentro do seu ventre. Mas, nesta fase ocorrem também variadíssimas mudanças nos homens e que merecem especial atenção. Pois

este período para muitos homens é vivido de forma tão ansiosa que se relaciona com diversos factores emocionais, como a sua identificação com a esposa grávida ou mesmo uma ambivalência em relação à paternidade e o processo de adaptação à nova situação (Budur, Mathews & Mathews, 2005; Pccini, Silva & Gonçalves, 2004). Todos estes aspectos vivenciados neste período podem levar a que muitos homens se sintam excluídos, sem espaço para expressar as suas expectativas, ansiedades, angústias, desenvolvendo-se neles várias fantasias tais como que com a chegada do bebê haja alguma desestabilização na relação do casal já que alguns acham haver uma diminuição da satisfação conjugal e sexual (Hijawi, 2005; Pacey, 2004; Rodrigues, 2004; Shapiro, 2005).

A percepção que o casal tem do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade e apoio um do outro, está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez (O'Hara et al., 1983). As adaptações psicológicas da gravidez não têm merecido a mesma atenção que as adaptações orgânicas e anatómicas. De acordo com Tedesco (2000), o homem durante toda a vida passa por “crises vitais” que favorecem o seu desenvolvimento tornando-se assim na sua história de vida.

Pois nesta fase da vida a maior preocupação do pai relaciona-se com o exercício do papel de pai, de provedor financeiro e proporcionador à família de um melhor status social, embora muitos pais manifestem já a sua insatisfação frente a esta realidade, demonstrando o seu desejo de um maior envolvimento além do financeiro (Andrews, Luckey, Bolden, Whiting-Fichling & Lind, 2004; Bolzan, Galé & Dudley, 2004; Freitas, Coelho & Silva, 2007).

Deste modo e segundo Sousa (2000), podemos distinguir diversos tipos de comportamento paterno. O *pai participante*, (aquele que vive intensamente a gravidez da mulher, acompanhando atenta e afectivamente a evolução gestatória); o *pai sufocante e obsessivo*, interessado na gravidez e não na grávida. O *pai questionador*, aquele que assume o papel fiscalizador classificando a mulher de descuidada e negligente diante dos factos menos importantes e que se considera o “dono da gravidez”; o *pai omissivo*, o que se exclui, alegando ser a gravidez de responsabilidade da grávida, justificando a

omissão pela sobrecarga de trabalho ou dedicando-se a outras actividades; o *pai dependente*, que passa a exigir que a grávida passe a executar e exercer funções anteriormente pertencentes a outros e o *pai competitivo* que não tolera a condição secundária expressando-se agressivamente.

1.6. Factores que influenciam o surgimento da depressão no pai durante a gravidez

A depressão durante a gravidez de acordo com Queiroz (2006), por ser uma realidade pouco conhecida tem merecido pouca atenção. Pois trata-se de um período em que todas as atenções e cuidados estão virados para a formação e desenvolvimentodo bebé ignorando-se por vezes os sintomas depressivos vivenciados tanto pela mãe como pelo pai.

Segundo estudos realizados por Paulson (2010), embora a depressão pós-parto seja bem conhecida e estudada em mães, também atinge os pais numa proporção de 10%.

Segundo o ponto de vista de Ha et al. (2004), a depressão é um transtorno mental que atinge maior prevalência no período da gravidez e do puerpério. A depressão na gestação para além de outras causas pode também estar associada a factores como dificuldades financeiras, baixo nível de escolaridade, e casos de violência doméstica.

A fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher verifica-se no início da gravidez, principalmente no primeiro trimestre e na fase final que é o terceiro trimestre e logo aos trinta dias a seguir ao parto segundo Botega e Dias (2006).

Segundo Brazelton e Cramer (1992) a depressão materna pode afetar fortemente a relação mãe-bebé, principalmente quando a mãe se sente desprovida de apoio. Quando o pai está presente desempenha um papel de grande relevância para a família, adopta uma função de mediador da interação mãe-bebé, exercendo uma influência directa no desenvolvimento da criança.

Estudos feitos por alguns autores tais como Cummings e Davies (1999) e Teti, Gelfand, Messinger e Isabella (1995) demonstram que a depressão parental contribui no desenvolvimento de afetos de apegos inseguros colocando mesmo a criança em risco para problemas futuros incluindo a depressão.

Segundo Hops et al. (1987) nas famílias de mães deprimidas, os pais encontram-se mais envolvidos com filhos do que as mães. Isto quando entre o casal existe um bom relacionamento conjugal, demonstrando que quando um dos cônjuges se encontra deprimido, o outro tende a compensar as falhas do membro que se encontra em dificuldades.

De acordo com os mesmos autores, os filhos de mães deprimidas devido a conflitos conjugais demonstram-se constantemente mais irritados. Enquanto que as mães deprimidas demonstram mais sentimentos de tristeza, desânimo e menos estados de alegria na sua interação com o marido e os filhos.

Segundo Falcone et al. (2005), a intensidade das alterações psíquicas da gestante poderão depender de vários factores tais como: orgânicos, conjugais, culturais, familiares, sociais e até mesmo como da personalidade da própria gestante.

A depressão materna tem várias formas de manifestação. Em algumas mães a depressão caracteriza-se com irritabilidade, e intrusividade, noutras caracteriza-se pela apatia e retraimento (Field, 2000; 2002; Hart & et al., 1994).

De acordo com Melo (2010), alguns especialistas em saúde masculina garantem que embora se identifique como depressão pós-natal, os sintomas da doença, nos homens, manifesta-se mesmo durante o período da gravidez.

Segundo Cummings e Davies (1994) embora a depressão esteja quase sempre ligada à discordia familiar, é possível verificar e salientar que mesmo em famílias com características depressivas atuam alguns factores de resiliência que minimizam os efeitos negativos da depressão.

De acordo com o mesmo autor estudos já realizados por alguns psicoterapeutas americanos especialistas em saúde mental masculina, há cerca de 20 anos, concluem que os homens sofrem com a perda afectiva da

companheira, pois à medida que a gestação vai progredindo vai-se considerando ter ganho um filho mas ter perdido a mulher.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Nos capítulos anteriores, abordamos aspectos teóricos fundamentais que deram corpo ao nosso problema em estudo. Ao longo deste capítulo explicaremos detalhadamente e apresentaremos todas as fases da nossa investigação desde o problema científico, às hipóteses, os objectivos da pesquisa, os instrumentos de trabalho, a amostra, a metodologia para a selecção da amostra, o procedimento do estudo e os métodos aplicados para a análise estatística dos dados colhidos.

2.1. Objectivos e hipóteses

2.1.1. Objectivos gerais

Existiram dois objectivos gerais que estiveram presentes na presente investigação:

- a) Identificar a prevalência da sintomatologia depressiva dos homens na fase final da gravidez das suas companheiras
- b) Identificar factores que estão relacionados com a ocorrência da sintomatologia depressiva nos homens durante a gravidez de suas companheiras.

2.1.2. Objectivos específicos

Dos objectivos acima descritos resultaram os seguintes objectivos específicos:

- a) Identificar a prevalência da sintomatologia depressiva no homem durante o período de gravidez da sua companheira, com base nos resultados da EPDS.
- b) Analisar a associação da depressão nos homens durante a gravidez de suas esposas/companheiras com as variáveis demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, estado civil, situação profissional do pai), com as variáveis obstétricas (nº de filhos planeamento da gravidez actual), e com as variáveis que identificam a percepção da paterna e o seu ajustamento à gravidez.

2.1.3. Questões de investigação

Partindo do conhecimento empírico sobre a depressão na gravidez colocaram-se-nos as seguintes interrogações:

- O homem é propenso a desencadear sintomas depressivos durante a gravidez de sua esposa?
- O homem ajusta-se ao desenvolvimento da gravidez de suas esposas/companheiras sem consequências depressivas?
- Que factores influenciam o aparecimento de depressão no homem durante a gravidez de sua esposa?

2.2. Desenho e método

Este estudo foi de carácter transversal, tendo ocorrido a colheita de dados em apenas um único momento investigativo: 36^a semana de gravidez da mulher.

2.3. Participantes

Para a recolha de dados deste projecto, foi seleccionada uma amostra de 200 homens, cujas mulheres tivessem idade igual ou superior a 20 anos e se encontravam na 36^a semana de gravidez e que frequentavam as consultas externas de obstetrícia nos centros de saúde materno infantil no centro da cidade, centro de saúde materno da Cambanda, centro de saúde materno da Graça, na altura residentes no centro da cidade e nos arredores do município de Benguela, no período correspondente de Março a Maio de 2011. As mulheres não podiam ser primíparas e tinham que saber ler e escrever português e a sua gravidez não podia ser clinicamente considerada de risco.

2.4. Procedimentos

Numa primeira fase, foram realizados contactos necessários nos centros de saúde, com os seus responsáveis, bem como com os responsáveis comunitários e tradicionais das zonas onde se situam os referidos centros.

Na segunda fase, foi pedido aos participantes, depois de explicados os objectivos e os instrumentos, que assinassem o termo de consentimento informado, tendo sido garantida a total confidencialidade de toda a informação prestada.

Às gestantes que por qualquer razão não se fizessem acompanhar na altura de seus companheiros solicitavamos máxima compreensão delas que nos fizessem chegar ao seu domicílio para que pudessemos contactar os companheiros.

2.4.1. Instrumentos

Utilizamos os seguintes instrumentos no presente estudo, que nos permitiram recolher de forma diferenciada a informação de que necessitavamos:

2.4.2. Declaração

Serviu para nossa identificação e apresentação nos centros de saúde como estudantes do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (Anexo 1).

2.4.3. Termo de consentimento do informado

Serviu-nos para que o participante estivesse completamente informado sobre os objectivos e procedimentos do estudo e que comprovasse por meio da sua assinatura, que aceitava participar de forma voluntária (Anexo 2).

2.4.4. Questionário de caracterização sócio demográfica

Composto por 13 questões, teve como objectivo permitir recolher informações sobre aspectos sociais, económicos e profissionais dos companheiros das mulheres gestantes, e que nos permitiu caracterizar a nossa amostra sob o ponto de socio-demográfico (Anexo 3).

2.4.5. EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

Segundo Cox, Holden e Sagovski (1987), o EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), foi desenvolvido na Inglaterra nos Centros de Saúde de Livingston e Edinburgh como forma de auxiliar os profissionais de saúde na detecção da depressão pós-natal. Este instrumento tem sido cuidadosamente testado e é utilizado em 23 países, apresentando altos níveis de sensibilidade e de especificidade, permitindo assim identificar aqueles que estão em risco ou já têm, depressão pré ou pós-natal. Encontrando-se disponível em diferentes línguas com uma validade transcultural, esta escala não detecta distúrbios de ansiedade, perturbações de personalidade nem fobias.

O EPDS é um questionário que contém 10 itens, em que cada um deles tem quatro opções de resposta. O preenchimento é feito colocando um x na opção que melhor reflecte como se sentiu desde há 7 dias, incluindo o dia do preenchimento do formulário.

Neste estudo utilizou-se a versão portuguesa do EPDS, tendo sido utilizado como ponte de corte o valor de 9 (Anexo 4).

2.4.6. Questionário de Percepção da Paternidade

Este questionário é composto por 17 questões nas quais procuramos saber se os pais se sentiam preocupados com a ideia de não serem um bom pai, se desejavam sexualmente a esposa, se achavam que o cheiro do corpo da esposa tinha um cheiro agradável, se lamentaram por a esposa ter ficado grávida, se acharam os seios da esposa demasiado grandes ou pequenos, se

faziam alguma coisa para a esposa cuidar do corpo, se se sentiram envergonhados quanto ao relacionamento sexual, se lhes agradou a ideia de a esposa usar roupas de grávida, se sentiram felizes por a esposa ter ficado grávida, se ajudavam a esposa em casa, se pensavam em ter mais filhos, se conseguiram dormir bem, se sentiam a relação sexual desagradável ou se saíam demasiado se a esposa. Este questionário visa pesquisar o ajustamento paternal à gravidez, bem como a sua percepção da paternidade (Anexo 5).

2.5. Processos de tratamento e análise de dados

Para o tratamento e análise dos dados utilizamos o programa informático de estatística Statistical Package of Social Science (SPSS 16.0).

Para a análise de dados recorreu-se à estatística descritiva simples, tendo-se calculado frequências, percentagens e médias. Para analisarmos a influência de diferentes tipos de variáveis na sintomatologia depressiva do pai, recorreremos ao Teste t de Student.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

3.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Como se pode verificar na Tabela 1, relativamente à variável idade, verifica-se que a idade mínima é de 21 anos e idade máxima de 46 anos, sendo a idade média de 31,64 com um desvio padrão de 4,38.

Quanto ao nº de filhos que possuíam os inquiridos, 16% (n=32) tem 1 filho; 35% (n=70) com 2 filhos; 32% (n=64) com 3 filhos; 13% (n=26) com 4 filhos; 2,5% (n=5) com 5 filhos e apenas 1,5% (n=3) com 6 filhos. No entanto, o número de filhos varia entre 1 e 6, com uma média de 2,56 filhos e um desvio padrão de 1,07.

No que diz respeito ao estado civil todos os inquiridos viviam com suas esposas/companheiras grávidas, sendo 54,5% (n=109) solteiros e 45,5% (n=91) casados.

Quanto às habilitações literárias todos os sujeitos inquiridos referiram serem escolarizados e assim sendo, 12,5% (n=25) tinham o ensino primário (1ª à 6ª classe), 26,0% (n=52) o primeiro ciclo (7ª à 9ª classe), 49,5% (n=99) o segundo ciclo (10ª à 13ª classe) e 12,0% (n=24) o ensino superior.

Quanto à variável local de residência, os inquiridos referiram residir em vários pontos do município de Benguela pelo que para uma melhor percepção da localização da residência dos participantes os agrupamos e dividimos em apenas dois grupos: um grupo residente no centro da cidade e outro residente nos bairros e arredores. Assim sendo, 10% (n=20) dos inquiridos referiram residir no centro da cidade e 90% (n=180) dos inquiridos referiram residir nos bairros e arredores.

Quando inquirimos os participantes sobre a situação de trabalho 90% (n=180) deles referiram estar a trabalhar e 10 % (n=20) responderam não estarem a trabalhar.

Quanto à variável profissão dos participantes na altura da recolha dos dados eram diversas: 40,5% (n=81) enquadrando a categoria de funcionário público, seguido de 27,0% (n=54) enquadrados em funcionário por conta de outrem,

22,5% (n=45) em funcionário por conta própria e, 10% (n=20) enquadram-se na categoria de desempregado.

Relativamente ao planeamento da gravidez actual da companheira, 43,5% (n=87) afirmou ter planeado a gravidez, enquanto 56,5% (n=113) respondeu que não.

Ao questionarmos os participantes sobre a coabitação com a cónjuge, 92,0% (n=184) respondeu que vive com a mãe do bebé e 8,0% respondeu que não.

Questionados, sobre a pretensão de ter mais filhos, 51,0% (n=102) referiu que pretende ter mais filhos enquanto 49,0% (n=98) respondeu que não.

Quando questionados sobre a existência de água e luz em suas casas 83,5% (n=167) dos participantes respondeu que tem luz em casa e 16,5% (n=33) respondeu que não tem. Do mesmo modo que 76,5% (n=153) dos participantes respondeu que tem água em casa e 23,5% (n=47) respondeu que não tem.

Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização socio-demografica da amostra

Variáveis	N	%	Média	Desvio Padrão
Número de filhos			2,56	1,07
1	32	16,00		
2	70	35,00		
3	64	32,00		
4	26	13,00		
5	5	2,50		
6	3	1,50		
Estado civil				
Solteiro	109	54,50		
Casado	91	45,50		
Habilitações literárias				
Ensino primário (1ª - 6ª classe)	25	12,50		
Primeiro ciclo (7ª - 9ª classe)	52	26,00		
Segundo ciclo (13ª classe)	99	49,50		
Ensino superior	24	12,00		
Local de residência				
Centro da cidade	20	10,00		
Bairros e arredores	180	90,00		
Trabalho				
Sim	180	90,00		
Não	20	10,00		
Profissão/Ocupação				
Funcionário público	81	40,50		
Funcionário p/conta/outrem	54	27,00		
Funcionário p/conta/própria	45	22,50		
Desempregado	20	10,00		

Planeamento da gravidez		
Sim	87	43,50
Não	113	56,50
Vive com a mãe do bebé		
Sim	184	92,00
Não	16	8,00
Pretende ter mais filhos		
Sim	102	51,00
Não	98	49,00
Luz em casa		
Sim	167	83,50
Não	33	16,50
Água em casa		
Sim	153	76,50
Não	47	23,50

3.2. Prevalência da sintomatologia depressiva paternal na fase final da gravidez

Ao analisarmos a prevalência da sintomatologia depressiva paternal na fase final da gravidez, avaliada com a EPDS constatamos que dos 200 companheiros inquiridos 58,5% (n=117) não apresentou depressão enquanto que 41,5% (n=83) apresentou depressão- Tabela 2.

Tabela 2. Prevalência da sintomatologia depressiva paternal na fase final da gravidez

Classificação	N	%
Sem depressão	117	58,50
Com depressão	83	41,50

3.3. Carcterização da Percepção da Paternidade

Aplicarmos o questionário da percepção da paternidade permitiu-nos fazer uma análise sobre o ajustamento do pai à gravidez- Tabela 3.

Quando inquirimos os participantes se a ideia de poder vir a não ser um bom pai os preocupava 74,5% (n=149) respondeu que sim, enquanto 25,5% (n=51) respondeu que não.

Sobre o desejo sexual pela esposa/ companheira, 89,5% (n=179) dos participantes referenciou que o tinha, enquanto 10,5% (n=21) disse que não.

Ao inquirirmos os participantes sobre o cheiro do corpo de suas esposas, 84,5% (n=169) achou que elas tinham cheiro agradável, e 15,5% (n=31) achou que não.

Quando se colocou a questão se o homem lamentou o facto de a esposa ter ficado grávida, 52,5% (n=105) dos inquiridos disse que lamentou, e 47,5% (n=95) disseram não ter lamentado.

Relativamente à percepção quanto ao tamanho dos seios de suas esposas, 34,0% (n=68) referenciou que achou os seios delas estarem demasiado pequenos, enquanto 66,0% (n=132) achou que não.

Do mesmo modo, 66,5% (n=133) dos participantes achou os seios de suas esposas demasiados grandes, e 33,5% (n=67) achou que não.

Quando questionados se fazem alguma coisa para a esposa cuidar do seu corpo, 21,5% (n=43) dos participantes respondeu que sim e 78,5% (n=157) disse que não.

Quanto ao envolvimento sexual, ao questionarmos se sentiu envergonhado, 23,5% (n=47) dos inquiridos sentiram-se sim envergonhados enquanto 76,5% (n=153) não.

Questionados de como se sentiram quanto á ideia da esposa usar roupas de grávida, 35,0% (n=70) dos participantes respondeu que a ideia lhe agradou, e 65,0% (n=130) disse que a ideia não lhes agradou.

Quando questionados do seu sentimento em relação à gravidez, 54,5% (n=109) dos participantes referenciou ter-se sentido feliz por suas esposas terem ficado grávidas, enquanto 45,5% (n=91) não.

Os participantes quando questionados se têm ajudado as companheiras em casa, 54,0% (n=108) deles disse que sim e 46% (n=92) disse que não.

Em relação à pretensão de ter mais filhos, 49,0% (n=98) dos inquiridos disse que sim enquanto, os outros 51,0% (n=102) não pretende ter mais filhos.

Relativamente à percepção da relação sexual, verificamos que 32,0% (n=64) dos elementos da nossa amostra sente a relação sexual desagradável, enquanto a maior percentagem correspondente a 68,0% (n=136) não sente a relação sexual desagradável para si.

Quanto à questão sobre como será a vida depois do bebé nascer, verificamos que 64,5% (n=129) dos participantes sente que a vida irá ser mais difícil depois do bebé nascer, e 35,5% (n=71) sente que a vida não será difícil.

Questionados sobre como têm dormido, a maior parte dos inquiridos, com uma representação de 74,5% (n=149) consegue dormir bem, enquanto 25,5% (n=51) referiu não conseguir dormir bem.

Relativamente à questão da percepção em relação ao sair com a esposa, verificamos, que a maior representatividade, correspondente a 76,0% (n=152) da população da nossa amostra sentem que saem demasiadas vezes sem a esposa, e apenas cerca de 24,0% (n=48) não sentem que saem demasiadas vezes sem as suas esposas.

Tabela 3. Caracterização da Percepção da Paternidade

Questões	N	%
1.A ideia de poder vir a não ser um bom pai preocupa-o?		
Sim	149	74,50
Não	51	25,50
2.Deseja sexualmente a esposa/companheira?		
Sim	179	89,50
Não	21	10,50
3.Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável		
Sim	169	84,50
Não	31	15,50
4.Lamentou por a sua esposa estar grávida?		
Sim	105	25,50
Não	95	47,50
5.Acha que os seios da sua esposa estão demasiados paquenos?		
Sim	68	34,00
Não	132	66,00
6.Acha que os seios da sua esposa estão demasiados grandes?		
Sim	133	66,50
Não	67	33,50
7.Faz alguma coisa para sua esposa cuidar do seu corpo?		
Sim	43	21,50
Não	157	78,50

8. sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?		
Sim	47	23,50
Não	153	76,50
9. A ideia de a sua esposa usar roupas de grávida agradou-lhe?		
Sim	70	35,00
Não	130	65,00
10. Tem-se sentido feliz por a sua esposa ter ficado grávida?		
Sim	109	54,50
Não	91	45,50
11. Tem ajudado a esposa/companheira em casa		
Sim	108	54,00
Não	92	46,00
12. Pensa ter mais filhos		
Sim	98	49,00
Não	102	51,00
13. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
Sim	64	32,00
Não	136	68,00
14. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
Sim	129	64,50
Não	71	35,50
15. Consegue dormir bem?		
Sim	149	74,50
Não	51	25,50
16. Sente que sai demasiadas vezes sem a esposa?		
Sim	152	76,00
Não	48	24,00

3.4. Relação da Depressão Paterna na Gravidez com as Variáveis Sócio-Demográficas da Amostra

Ao fazermos a análise da relação, da depressão paterna na gravidez com as variáveis sócio-demográficas, podemos verificar através da Tabela 4, que no que diz respeito à variável situação de trabalho do pai verifica-se a sua associação com a ocorrência de depressão do pai durante a gravidez. Os pais que não trabalham têm uma média de depressão ($M=11,80$) superior à dos pais que trabalham ($M=8,03$), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(21,95)=-2,77, p=0,011$.

Em relação à variável planeamento da gravidez, verifica-se a sua associação com a ocorrência de depressão do pai durante a gravidez de suas esposas. Os pais que não fizeram o planeamento, têm uma média de depressão ($M=10,88$), superior à dos pais que fizeram o planeamento ($M=5,21$), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(192,13)=-10,03, p=0,000$.

Para a variável pretender ter mais filhos verificou-se a sua associação com a ocorrência de depressão no pai durante a gravidez. Os pais que não

pretendem ter mais filhos, têm uma média de depressão (M=10,26) superior à dos pais que pretendem ter (M=6,64), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(196,43)=-5,42, p=0,00$.

Para as variáveis viver com a mãe do bebé, ter água e luz em casa não se encontraram diferenças com resultados estatisticamente significativos para a ocorrência de depressão no pai durante a gravidez de suas esposas/companheiras.

Tabela 4. Relação paternal durante a gravidez e as variáveis socio-demográficas

Variáveis	N	MPDS	t	gl	p
Situação de trabalho do pai					
Sim	180	8,03	-2,77	21,95	0,011
Não	20	11,80			
Planeamento da gravidez					
Sim	87	5,25	-10,03	192,13	<0,001
Não	113	10,88			
Vive com a mãe do bebé?					
Sim	184	8,20	-1,56	16,39	Ns
Não	16	10,88			
Tem luz em casa?					
Sim	167	7,89	-3,161	43,241	0,003
Não	33	11,03			
Tem água em casa?					
Sim	153	7,80	-3,033	72,581	0,003
Não	47	10,38			
Pretende ter mais filhos?					
Sim	102	6,64	-5,42	196,43	<0,001
Não	98	10,26			

MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

3.5. Caracterização da Depressão Paterna na Gravidez e a Percepção da Paternidade

Neste ponto, analisa-se a possível relação entre a sintomatologia depressiva e as percepções que os pais têm em relação a algumas dimensões do seu papel paternal.

No que diz respeito à variável preocupação de poder vir a não ser um bom pai, verifica-se a sua associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que se preocupam com esta ideia têm uma média de depressão superior ($M=9,60$), em relação aos que não se preocupam ($M=4,94$) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(178,66)=8,58$, $p=0,000$.

Quanto à variável desejar sexualmente a esposa, verifica-se uma associação com a depressão do pai durante a gravidez. Os pais que não desejavam sexualmente as suas esposas têm uma média de depressão superior ($M=14,19$) em relação aos que desejam ($M=7,73$), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(24,54)=-5,85$, $p=0,000$.

Quanto à variável cheiro do corpo da esposa, verifica-se uma associação com a depressão do pai durante a gravidez. Os pais que acharam que o corpo de suas esposas não tinha um cheiro agradável têm uma média de depressão superior ($M=13,84$), em relação aos que acharam agradável o cheiro das esposas ($M=7,41$), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(39,55)=-6,86$, $p=0,000$.

No que diz respeito à variável lamentar a esposa ter ficado grávida, verifica-se uma associação com a depressão durante a gravidez no pai. Os pais que lamentaram por a esposa ter engravidado têm uma média de depressão superior ($M=11,43$), em relação aos que não lamentaram ($M=5,07$), assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(173,48)=11,74$, $p=0,000$.

Quanto à variável sentir-se envergonhados no relacionamento sexual verificou-se a sua associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que se sentiram envergonhados têm uma média de depressão superior ($M=11,60$) à dos pais que não se sentiram ($M=7,43$) assumindo esta diferença um valor estatisticamente $t(74,64)=5,204$, $p=0,000$.

Quanto a ideia de ver a esposa com roupas de grávida verificou-se a sua associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que não sentiram agradável a ideia têm uma média de depressão superior

(M=10,10) à dos pais que sentiram agradável (M=5,27) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(182,68)=-8,01, p=0,000$.

Quanto à variável sentir-se feliz por a esposa ter ficado grávida, verificou-se a sua associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que não se sentiram felizes têm uma média de depressão superior (M=11,40) à dos que se sentiram felizes (M=5,92) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(182,54)=-9,01 p=0,000$.

No que diz respeito à variável ajudar a esposa nos afazeres de casa, verificou-se uma associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que não ajudavam têm uma média de depressão superior (M=10,79) à dos pais que ajudavam (M=6,38) assumindo diferença um valor estatisticamente significativo $t(170,51)=-67, p=0,000$.

No que diz respeito à variável pretende ter mais filhos, verificou-se uma associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que não pretendiam ter mais filhos têm uma média de depressão superior (M=10,21) à dos pais que pretendem ter (M=6,54) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(193,06)=-5,53, p=0,000$.

No que diz respeito à variável sentir a relação sexual desagradável, verificou-se uma associação com a depressão durante a gravidez. Os pais que acharam desagradável a relação sexual têm uma média de depressão superior (M=12,34) à dos pais que sentiram a relação sexual como sendo agradável (M=6,56) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(117,98)=8,80, p=0,000$.

Quanto à variável a vida vir a ser mais difícil depois do bebé nascer, verificou-se uma associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que referiram que a vida viria a ser mais difícil têm uma média de depressão superior (M=10,46) à dos pais que acharam que não (M=4,69) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(197,97)=10,81, p=0,000$.

No que diz respeito a variável conseguir dormir bem, verificou-se uma associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que referiram não conseguir dormir bem têm uma média de depressão superior

(M=14,16) à dos pais que conseguiam dormir bem (M=6,44) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(85,82)=-12,61$, $p=0,000$.

Quanto à variável sair demasiadas vezes sem a esposa, verificou-se uma associação com a ocorrência de depressão durante a gravidez. Os pais que não saíam com as esposas têm uma média de depressão superior (M=9,32) à dos pais que saíam (M=5,54) assumindo esta diferença um valor estatisticamente significativo $t(97,90)=5,36$, $p=0,000$.

Para as variáveis achar os seios de suas esposas grandes ou pequenos, e fazer algo para a esposa cuidar do corpo não se encontraram diferenças com resultados estatisticamente significativos para a ocorrência de depressão do pai durante a gravidez.

Tabela 5. Caracterização da depressão paterna na gravidez e a percepção da paternidade

Questão	N	MEPDS	t	gl	p
1.A ideia de poder vir a não ser um bom pai preocupa-o?					
Sim	149	9,60	8,58	178,66	<0,001
Não	51	4,94			
2. Deseja sexualmente a esposa/companheira?					
Sim	179	7,73	-5,85	24,54	<0,001
Não	21	14,19			
3. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?					
Sim	169	7,41	-6,86	39,55	<0,001
Não	31	13,84			
4. Lamentou por a sua esposa estar grávida?					
Sim	105	11,43	11,74	173,48	<0,001
Não	95	5,07			
5. Acha que os seios da sua esposa estão demasiado pequenos?					
Sim	68	7,93	-0,97	198	ns
Não	132	8,66			
6. Acha que os seios da sua esposa estão demasiado grandes?					
Sim	133	8,65	0,96	198	ns
Não	67	7,93			
7. Faz alguma coisa para a sua esposa cuidar do seu corpo?					
Sim	43	7,14	-1,87	198	Ns
Não	157	8,76			
8. Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?					
Sim	47	11,60	5,20	74,64	<0,001
Não	153	7,43			
9. A ideia da sua esposa usar roupas de grávida agradou-lhe?					
Sim	70	5,27	-8,01	182,68	<0,001
Não	130	10,10			
10. Tem-se sentido feliz por a sua esposa ter ficado grávida?					
Sim	109	5,92	-9,01	182,54	<0,001
Não	91	11,40			
11. Tem ajudado a esposa/companheira em casa?					
Sim	108	6,38	-6,72	170,51	<0,001
Não	92	10,79			
12. Pensa ter mais filhos?					
Sim	98	6,54	-5,53	193,06	<0,001
Não	102	10,21			

13. Sente que a relação sexual é desagradável para si?	64	12,34	8,80	117,98	<0,001
Sim	136	6,56			
Não					
14. Sente que a relação sexual é desagradável para si?					
Sim	129	10,46	10,81	197,97	<0,001
Não	71	4,69			
15. Consegue dormir bem?					
Sim	149	6,44	-12,61	85,82	<0,001
Não	51	14,60			
16. Sente que sai demasiadas vezes sem a esposa?					
Sim	152	9,32	5,363	97,905	<0,001
Não	48	5,54			

MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

3.6. Síntese dos Resultados Obtidos

Em síntese ao fazermos a análise e tratamento dos resultados verificamos que as variáveis: preocupar-se em vir a não ser um bom pai, desejar sexualmente a esposa, sentir o cheiro do corpo da esposa agradável, lamentar por a esposa ter ficado grávida, sentir-se envergonhado quanto ao relacionamento sexual, a ideia da esposa usar roupas de grávida, sentir-se feliz pela gravidez da esposa, ter mais filhos, ajudar a esposa em casa, sentir a relação sexual desagradável, a vida vir a ser difícil depois do bebé nascer, dormir bem, e sair demasiadas vezes sem a esposa assumem uma diferença estatisticamente significativa verificando-se deste modo uma associação com a ocorrência de depressão no pai na fase final da gravidez de suas esposas/companheiras.

3.7. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é a etapa do processo de investigação que permite relevar, comparar e confrontar os dados considerados mais significativos que foram encontrados em relação às teorias consultadas e que deram suporte ao nosso estudo. É também a etapa em que se discutem as possíveis inferências, após a aplicação dos testes estatísticos, tornando cada vez mais rico o conhecimento científico, uma vez que nenhuma investigação é acabada.

Deste modo neste capítulo, faremos a análise e a discussão dos resultados obtidos em conformidade com os objectivos traçados confrontando-os com os resultados das investigações e estudos já realizados por outros autores.

Desta feita os instrumentos de avaliação por nós utilizados tal como o questionário das variáveis sócio-demográficas constatamos que as variáveis relacionadas com o trabalho do pai, o facto de a gravidez ter sido planeada, o agregado familiar, vir a ser ou não um bom pai, desejo sexual, o odor corporal da esposa, o facto de a esposa ter ficado grávida, pretender ter mais filhos, a vida poder a vir ser mais difícil quando o bebé nascer, sair sem a esposa mostraram que estavam significativamente associadas ao desenvolvimento da depressão no pai durante a gravidez. Por sua vez, a idade, o facto de viver ou não com a parceira, o estado civil, assim como o nível de instrução, segundo o nosso estudo não têm relação com a depressão no pai. Concordando com estudos feitos por O'Hara e Swain, 1996, Tammentie, Tarkka e Astedt-Kurki, 2002, que afirmam a inexistência da relação da variável idade com sintomatologias depressivas na gravidez.

Pela análise dos resultados obtidos verificamos que 41,5% dos homens apresentaram evidências depressivas. Assim, podemos concordar com Melo (2010), que diz que embora identificado como depressão pós-natal, o mal já se encontra instalado nos homens muito antes do bebé nascer. Num estudo realizado por Paulson (2010) concluiu-se que a doença atinge cerca de 25% dos homens. Consideramos que no nosso estudo a percentagem da depressão do pai durante a gravidez de sua esposa/companheira é consideravelmente alta se tivermos em consideração estudos realizados por Pereira e Lovisi (2008) onde a média da prevalência da depressão é de 20%. Assim, e segundo a OMS (2001), a depressão torna-se um problema de saúde pública mundial por ser responsável das vivências com alguma incapacidade que atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo.

Em síntese, podemos dizer estar de acordo com Iaconelli (2010), que defende que por razões culturais os homens não são muitas vezes reconhecidos no seu sofrimento associados ao nascimento de um filho. O pai tem dificuldades em apresentar queixas em relação à sua saúde e não procura o médico e quando o faz a medicina procura diagnosticar a dor física sem se preocupar com a dor moral ou mental que segundo Gouveia (1990), está na base de todas as perturbações da saúde do indivíduo.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho de investigação teve como objectivo principal estudar, analisar e avaliar a Depressão nos homens maridos/esposos/companheiros durante a fase final da gravidez de suas esposas.

Como forma conclusiva, gostaríamos de realçar que o nosso estudo apontou que os factores como a condição de trabalho do pai, o planeamento familiar da última gravidez, as condições sócias, agregado familiar, a relação sexual, a esposa ter engravidado e a percepção sobre a qualidade de vida depois do bebé nascer, influenciaram no surgimento de sintomatologia depressiva no pai durante a gravidez.

Enquanto que varáveis relacionadas com a idade, coabitação com a parceira não tiveram significação estatística para a depressão. Depois da análise dos resultados do nosso estudo concluímos que a depressão paterna durante a gravidez atinge cerca de 41,5 % dos homens angolanos em Benguela, o que consideramos uma estatística significativamente alta se formos a comparar com outros estudos conforme já referimos.

É de referir que este é o primeiro estudo desta natureza que foi conduzido em Angola, pelo que se salienta a importância de aprofundar as investigações neste domínio. Deste modo achamos que os passos que demos no sentido de pesquisar a depressão no pai durante a gravidez de suas esposas /mulheres/companheiras tão interessantes despertando em nós o interesse de continuarmos alargando-a em futuras investigações de modo que tanto nós como outros interessados encontremos bases a partir daqui, para aprofundar pesquisas feitas abrindo portas para um conhecimento cada vez mais científico sobre esta temática, e, encontrar formas de minimizá-la uma vez que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a Depressão é um problema de saúde pública. De acordo com Pereira et al (2003), a depressão pré-natal pode estar sendo negligenciada, e a depressão durante a gravidez deve ser considerada uma questão de saúde pública devido aos sérios agravos que este transtorno pode acarretar, tais como baixo peso ao nascer, prematuridade, além de afectar o desenvolvimento infantil, a relação conjugal e de forma indirecta, a sociedade em geral.

Referências Bibliográficas

Alami, K.M., Kadri N., Berrda S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*, 9(6), 343-6.

Associação Americana de Psiquiatria (2000). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição). Lisboa: Climepsi.

Andrews, A. B., Luckey, I., Bolden, E., Whiting-Fickling, J. & Lind, K. A. (2004). Public perceptions about father involvement. *Journal of Family Issues*, 25, 603-633.

Ballard, G., Davis, R., Cullen, P.C. (1994). Prevalence of postnatal Psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal Psychiatry*, 164(6), p. 782-788.

Barreto, J.T. (1973). Classificação Nosológica das depressões: aspectos actuais: II Colóquio sobre Depressões e seu tratamento. Figueira da Foz: Produtos Farmacêuticos Geigy. p. 23-37.

Bolsan, N., Gale, F. & Dudley, M. (2004). Time to father. *Social Work in Health Care*, 39, 67-88.

Botega, N.J., & Dias, M.K. (2006). Gravidez e puerpério. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (1991). *The Earliest Relationship: Parents, infants and the Drama of Early Attachment*, Londres, Karnac. (A Relação mais Precoce: os Pais, os Bebés e a interação Precoce trad. Filomena Duarte, Lisboa, terramar) Dicionário enciclopédico Laurose.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações* (Cipolla, M.B. Trad). São Paulo: Martins Fontes.

Bennett, HA., Einarson, A., Koren, G., & Einarson, TR. (2004). Prevalence of depression during pregnancy, systematic review. *Obstet Gynecol*, 103(4), 698-709.

Ramalho, V.; Santos, A.C.; Pereira, M. D. G, (2011). Adaptação á gravidez, disponível em www.scielo.oces.mctes.pt

Bleichman, HB. (1983) *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Budur, K., Mathews, M., & Mathews, M. (2005). Couvade Syndrome Equivalente? *Psychosomatics: Journal as Consultation Liaison Psychiatry*, 46, 71-72.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Costa, G.P. (2000). *A cena conjugal*. Porto Alegre: Artemed.

Costa, D.D, Larouche, J., Dritsa, M. & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*, 5,:31-40

Cox,JL.,Holden, JM., & Sagovsky, R. (1987).Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiatry*. 150, 782-6.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a women. *British journal of Medical Psychology*, 70, 359-372

Cummings, M.E. & Davies, P.T. (1999). Depressed parents and family functioning and development. Em: T. Joiner & J.C. Coyne (orgs.).*The international nature of depression* (pp. 299-328). Washington, Dc: American Psychological Association.

Cummings, M.I., & Davies, PT. (1994). Maternal depression and Child delopment. *Journal of Child Psychiatry*, 35, 73-112.

Del Porto, & Alberto,J. (1999). *Depressão: conceito e Diagnóstico*.

Duque, C. (2003-2004). *Psicopatologia for Destúrbios Psíquicos: Gravidez e Puerpério*. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/2673576/10/psicopatologia>.

Falcone, V.M., Mader, C.V.N., Nascimento, C.F.L., Santos, J.M.M. & Nóbrega, F.J. (2005). Atuação multidisciplinar e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*, 39(4),612-8.

Falcke, D., Fleck, A.C., & Hackner, I.T. (2005). Crescendo menino ou menina: a transmissão dos papéis de gênero na família. Em wagner, A. (Org.). Como se pertua família?: a transmissão dos modelos familiares .Porto Alegre: Edipucrs. pp. 107-121.

Fortin, M.F.(2000). O Processo de Investigação, 2ª ed, Coimbra, Lusociência.

Fortin, M.F.(2003). O Processo de Investigação: Da Concepção à realização, 3ª ed. Loures: Lusodidacta.

Field, T.(2000). Infants of depressed mothers. Stress, coping and depression. Mahwah, News Jerrey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression In: S. H. Goodman & I. H. Gotlib. Children of depressed parents. Washington, DC: American Psychological Association.

Freitas, W.M.F.,Coelho,E.A.C. & Silva, A.T.C. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 137-145.

Granger, G. B. (1994). A Ciência e as Ciências. São Paulo: Editora Unesp.

Gouveia, J.A.V.P.(1990) Factores cognitivos de vulnerabilidade para a Depressão: Estudos da sua interacção com os acontecimentos de vida. Teses de Doutoramento em Psicologia Clínica, Coimbra: Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação.

Hallstrom,C. & McClure, N. (2000) Ansiedade e depressão perguntas e respostas 1ª ed., Lisboa-Portugal

Hamilton, J., & Kumar R. (1982).The identity of postpartum psychosis, In: Brockington If. Editor. Motherhood and mental illness. London: Academic Press inc. Ltd.

- Hart, S., & Cols (1999). One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 111-120.
- Hendrick, V., Smith, L.M., & Haynes, D. (2003). Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications. *J Clin Psychiatry*, 64:410-2
- Hops, H. et al. (1987). Home observations of family interactions of depressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55,341-346.
- Hossain, Z. et al. (1994). Infant's of "depressed" mothers interact better with their non depressed fathers. *Infant Mental Health Journal*,15, 348-357.
- Hook, E.B. (1981). Rates of Chromosome Abnormalities at Different Maternal Ages. *Obst. Gynec.*, 58,181-193.
- Hijjawi, G. R. (2005). Father involvement in diverse families at one-year follow-up. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, 2877.
- Iaconelli, V. (2010). Depressão Pós-Parto Masculina. Tese de Doutorado. Disponível em www.aninhare.com.br/.../arq_20100820145135131_artigodepressaopate.
- Jablonski, B. (1999). Identidade masculina e o exercício da paternidade: de onde viemos e para onde vamos. Em Féres-Carneiro, T. (Org.). *Casal e Família: entre a tradição e a transformação* (pp. 55-69). Rio de Janeiro: Nau.
- Jeremic, Z. (2005). Dicionário enciclopédico da psicologia: histórias e teóricos, as grandes questões da vida quotidiana e glossário dos termos essenciais 1ª ed. Lisboa.
- Kitzinger. S. (1984). *A Experiência do Parto*. Lisboa: Portugal.
- Lewis, C., & Lamb, M.E.(2003). Fathers influence on children's development: the evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Educatio*,18, 211-228.
- Lin, N.,Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. London: Academic Press.

Maldonado, M.T., Dickstein, J. & Nauhoum, J.C.(1997). Nós Estamos Grávidos. 10. ed. São Paulo: Editora Saraiva.

Manarra, L.B. (2004). (Disponível em www.acadepol.sc.gov.br/sap/DEPRESSÃO.doc Florianópolis, Agosto de 2004. Sector de Assessoramento Psicológico.

Marconi & Lakato (1996). Wikipédia. A enciclopédia livre. Disponível em pt.wikipedia.org/wiki/Amostra

Melo, J. (2010). Durante e depois da gravidez o pai também pode ter depressão: Voz da Bahia.com.br/index/blog .

McIntyre, T. M. (1995). Aspectos Positivos do Sofrimento. In: O Sofrimento do Doente: Leituras multidisciplinares. Disponível em catálogo.biblioteca.iscte-iul.pt.

Murray, D. & Cox, J.L.(1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression scale EPDS. *Reprod Inf Psychol*, 8,99-107.

Musito, G. (2001). La familia y la educación. Barcelona: Octaedro.

Naufal, J. Disponível em [itodas.uol.com.br/.../importância do pai-no-pré-natal.html](http://itodas.uol.com.br/.../importância%20do%20pai-no-pré-natal.html) 12/8/2008

O'Hara, M.W., Rehm, L.P., & Campbell, S.B. (1983). Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervouse and Mental Diseases*,171, 336-341.

O'Hara, M.W.(1986). Sustentação, eventos de vida, e depression sociais durante a gravidez e puerperium. *Psychiatry*, 43, 569-573.

O'Leary, J., & Thorwick, C. (2006).Father's perspectives during pregnancy postperinatal loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 78-86.

Organização Mundial da Saúde. (2001).The World Health Report-Mental Health: new understanding, new hope. Geneva.

Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: responding to new parent's sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 223-246.

- Paulson, J.F.(2010). Aleitamento com Depressão Paterna (Pós-parto). Disponível em www.aleitamento.com/cuidado-paterno.
- Peixoto, S. (2004). O Pré- Natal. 3. ed., São Paulo: Roca.
- Pereira, P.K. & Lovisist, G.M. (2008). *Rev Psiq Clin*, 35(4),144-53.
- Pereira, M.D.G.;Santos,A.C., & Ramalho, V. (2011). Disponível em www.Scielo.Oces.mctes.pt
- Piccinini, C.A., Silva, M. R., & Gonçalves, T.R. (2004). Father's involvement during the gestation. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 303-314.
- Pina, A.P.B. (2006). Disponível em www.saudepublica.web.pt.
- Queiróis,J.C.M.(2011). Rev. Bras. Psiquiatr. (online), vol. 21, pp. 06-11. Disponível em <http://www.Scielo.br/Scielo.php>
- Rahban, C. V. (2005) Dicionário enciclopédico Laurose. Paris.
- Rezende, J., & Montenegro, C.A.B. (1999). Obstétrica Fundamental. 8.ed. São Paulo, Guanabara-Koogan.
- Rodrigues, R.G.(2004). Measures of anxiety, stress, marital satisfaction and depression among first time expectant fathers living in a rural community: an antepartum and postpartum study. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64, 6009.
- Rzenzinski, P.C.(1998).Gestação como evento familiar e comunitário. In: Tedesco, J.J A; Zugaib, M.; Quayle, J. *Obstetrícia Psicossomática*, 5. 54-61. São Paulo, Atheneu..
- Sancovski. M. (1994).O Pré –Natal. 2. ed., São Paulo: Roca
- Sousa, L.S. (2000). O papel do pai. In: Tedesco, J. J. (ed.) A Grávida-suas Indagações e as Dúvidas do Obstetra. São Paulo, Antheneu.
- Shapiro, A: (2005). Examining relationships between the marriage, mother-father-baby interactions and infant emotion regulation. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65, 3750.

Sharp, D., Hay, D., & Pawlby, S. (1995). The impact of postnatal depression on boy's intellectual development. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 1315-1336.

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scalrs for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

Tedesco, J.J.A. (2000). O mundo emocional da grávida. In: Tedesco, J. J. (ed). *A Grávida - Suas Indagações e as Dúvidas do Obstetra*. São Paulo, Atheneu.

Teti, D.M., Gelfand, O., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolery and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.

Wagner, A., Hartmann, F.V., Oliveira, H.B., & Ribeiro, K. M. (1999). Configuração familiar e gênero: um estudo com adolescentes sobre família, casamento, separação e projectos vitais. *Psicologia Clínica*, 10, 99-112.

Wildhöcher, D.(1996). *Les Nouvelles Cartes de la psychanalyse*, Paris. Dicionário enciclopédico Laurose. Paris.

ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE

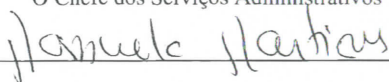
CESPU 25 ANOS
1962-2007

DECLARAÇÃO

Para os devidos e legais efeitos e por nos ter sido solicitado, declaramos que a aluna **Bernarda Lourenço Rodrigues Paulo**, portadora do bilhete de identidade nº.001785296BA039, emitido em 11/08/2005, pelo Arquivo de Identificação de Luanda, **está matriculada e a frequentar** o 2º ano do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no ano lectivo 2010/11, no Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.

Gandra, 29 de Novembro de 2010

O Chefe dos Serviços Administrativos





RUA CENTRAL DE GANDRA, 1337 | 4585-116 GANDRA PRD | TEL.: +351 224 157 100 | FAX: +351 224 157 102
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL | CONTR. 501 577 840 | CAP SOCIAL 1 250 000,00 EUR | MAT CONS. R. C. PORTO Nº 216
www.cespu.pt



Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ abaixo assinado depois de ter sido completamente informado (a) sobre os objectivos e procedimentos do estudo „depressão na gravidez e da depressão pós-natal” que está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, declaro que voluntariamente concordo em colaborar nesse estudo, sendo garantida a confidencialidade dos meus dados.

Benguela, _____ de _____ de 2011

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Código do Sujeito _____ Mãe Pai Data ___ / ___ / _____

Nome do Entrevistador _____

MÃE		PAI		BEBÉ	
Idade da Mãe		Idade do Pai		Idade do Bebé	
Data de nascimento da Mãe		Data de nascimento do Pai		Data de nascimento do Bebé	
Estado Civil		Estado Civil		Sexo do Bebé	
Habilitações Literárias		Habilitações Literárias		Peso	
Local de Residência		Local de Residência		Comprimento	
Trabalha?		Trabalha?		Vacinas	
Profissão?		Profissão?			
Número de Gravidezes		Nº de Filhos			
Nº de Filhos		A gravidez foi planeada?			
Último Parto		Vive com a mãe do bebé?			
Tipo de Parto		Pretende ter mais Filhos?			
Onde fez o Parto		Tem luz em Casa?			
Foi Gravidez de Termo?		Tem água em Casa?			
A gravidez foi planeada?					
Vive com o pai do bebé?					
Pretende ter mais Filhos?					
Tem luz em Casa					
Tem água em Casa?					

Anexo 4

QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÃO DA PATERNIDADE

Com vista à realização de uma pesquisa sobre ajustamento à gravidez /pós-parto, solicito a sua colaboração no sentido de responder às perguntas abaixo, com absoluta sinceridade.

		Sim	Não
1	A ideia de poder vir a não ser um bom pai preocupa-o?		
2	Deseja sexualmente a esposa/companheira?		
3	Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?		
4	Lamentou por a sua esposa estar grávida?		
5	Acha que os seios da sua esposa estão demasiado pequenos?		
6	Acha que os seios da sua esposa estão demasiado grandes?		
7	Faz alguma coisa para a sua esposa cuidar do seu corpo?		
8	Se respondeu sim a questão anterior diga que cuidados tem com o seu corpo.		
9	Sentiu-se envergonhado no que se refere ao relacionamento sexual?		
10	A ideia da sua esposa usar roupas de grávida agradou-lhe?		
11	Tem-se sentido feliz por a sua esposa ter ficado grávida?		
12	Tem ajudado a esposa/ Companheira em casa?		
13	Pensa ter mais filhos?		
14	Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
15	Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
16	Consegue dormir bem?		
17	Sente que sai demasiadas vezes sem a esposa?		

Anexo 5

EPDS

Código do sujeito _____ Mãe Pai Data __/__/__

Nome do Entrevistador _____

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, marque a resposta que melhor indique o modo como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

- Sim, sempre
- Sim, quase sempre
- Não, poucas vezes
- Não, nunca

Isto quereria dizer: "Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas
 - Tanto como antes
 - Menos do que antes
 - Muito menos do que antes
 - Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro
 - Tanta como sempre tive
 - Bastante menos do que costumava ter
 - Muito menos do que costumava ter
 - Quase nenhuma
3. Tenho-me culpada(o) sem necessidade quando as coisas correm mal
 - Sim, a maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo
- Não, nunca
 - Quase nunca
 - Sim, por vezes
 - Sim; muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivação
- 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 tenho conseguido resolvê-las
 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - Não, resolvo-as tão bem como dantes
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(o)
- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca